



# Réadaptation pour les clients vivant avec l'affection Post COVID-19 (COVID Longue)

---

Guide destiné aux professionnels canadiens de la réadaptation et de l'exercice



# Réadaptation pour les clients vivant avec l'affection Post COVID-19 (COVID Longue)

Guide destiné aux professionnels canadiens de la réadaptation et de l'exercice

Objectif : Il est urgent que les professionnels canadiens de la réadaptation et de l'exercice reconnaissent l'existence d'une nouvelle maladie : la COVID longue. Ces professionnels doivent être informés des interventions de réadaptation sûres dans un tel contexte – y compris les exercices thérapeutiques. S'inspirant du [document d'information](#)<sup>1</sup> publié par World Physio, des principales sources sur le sujet<sup>2,3,4</sup> et de consultations menées auprès de la communauté clinique, le présent document évolutif regroupe les ressources nécessaires à la prise de décisions cliniques éclairées. Actualisé en date du mois d'août 2021, il fait l'objet de mises à jour régulières. On peut consulter les mises à jour ici [l'ACP Répertoire de ressources](#)

## Qu'est-ce que la Affection Post COVID-19 (COVID Longue)?

La COVID longue est un problème de santé émergent qui survient à la suite d'une infection aiguë par le virus de la COVID-19. La maladie peut se manifester chez des clients ayant été hospitalisés ou non, et même chez ceux dont l'infection initiale était bénigne. Ainsi, au moins 10 à 30 % des clients continueront à présenter des symptômes 12 semaines après l'infection aiguë<sup>2</sup>. La COVID longue affecte plusieurs systèmes de l'organisme (respiratoire, cardiaque, rénal, endocrinien et nerveux) et peut entraîner des déficiences multi-organiques. Les clients présentent un ensemble de signes et de symptômes qui se manifestent de manière épisodique et imprévisible.

On peut les orienter vers des services de réadaptation ou d'exercice pour tenter de gérer ceux-ci.

## Symptômes courants:

- Fatigue/épuisement
- Dysfonctionnement cognitif/brouillard mental
- Essoufflement
- Maux de tête
- Étourdissements après s'être levé debout
- Palpitations
- Oppression thoracique
- Douleurs articulaires ou musculaires

Les clients font état d'une grande diversité de symptômes.



**Avant toute évaluation et toute prise en charge dans le cadre d'un programme de réadaptation ou d'exercice physique, il convient de rechercher chez les clients des antécédents médicaux d'infection par la COVID-19 (confirmée ou suspectée).**

## Pourquoi?

Les données probantes continuant d'émerger, on ne sait pas à quel moment au cours de leur récupération l'activité physique (y compris l'exercice) peut être sûre ou bénéfique chez les personnes vivant avec la COVID longue. Pratiquée trop tôt, elle pourrait se révéler nuisible et cause des rechutes. Une approche prudente s'impose donc pour éviter que les clients ne souffrent d'une aggravation de leurs symptômes ou d'une détérioration fonctionnelle découlant de l'activité physique.<sup>1</sup> ([Lien vers l'infographie de World Physio portant sur la réadaptation et la COVID longue](#))

## Ce qu'il faut dépister

### Exacerbation des symptômes après l'effort

Déclenchement ou aggravation des symptômes 24–72 heures après un effort. L'effort peut être cognitif, physique, émotionnel ou social; il est souvent minime ou correspond à des seuils précédemment tolérés. ([Lien vers l'infographie de World Physio sur la fatigue et l'exacerbation des symptômes après l'effort](#))

### Déficience cardiaque

La COVID-19 peut provoquer l'apparition précoce ou tardive de myocardites et de péricardites, ou de déficiences cardiaques. Il est important de reconnaître de telles affections et de savoir comment elles se présentent pendant l'exercice.

### Désaturation en oxygène

Un dysfonctionnement du système respiratoire ou pulmonaire peut être présent à la suite de la COVID-19.

### Dysautonomie

Certains clients présentent une incapacité concernant la régulation du système nerveux autonome. Cela se traduit par une instabilité du rythme cardiaque, de l'hypertension artérielle, des problèmes digestifs et un dérèglement de la température corporelle<sup>10</sup>.

## Comment procéder au dépistage et mesures à prendre

Surveillez et montrez aux clients à surveiller eux-mêmes l'aggravation de leurs symptômes pendant et dans les jours qui suivent une activité physique, un exercice ou un effort sur le plan émotionnel, cognitif ou communicationnel. Utilisez des [questionnaires](#)<sup>5</sup> à cette fin. Établissez le niveau de base des symptômes avant l'exercice. Interrogez les clients sur leur tolérance dans les jours qui suivent les séances avant de progresser. Utilisez le [dosage des activités](#) dans le cadre du traitement. Orientez le client vers un [physiothérapeute](#) ou un [ergothérapeute](#).

Les tests d'exercice et les interventions doivent être étroitement supervisés. Surveillez vos clients et apprenez-leur à s'auto-surveiller pour détecter tout symptôme suggérant une atteinte cardiaque : essoufflement disproportionné, tachycardie, palpitations, oppression ou douleurs thoraciques – au repos ou à l'effort. Une autorisation médicale peut être nécessaire avant de procéder. Utilisez des [questionnaires sur l'état de préparation](#)<sup>6</sup> et arrêtez l'exercice si le client est en détresse!

Les tests d'exercice et les interventions doivent être étroitement supervisés. Surveillez vos clients et apprenez-leur à s'auto-surveiller pour détecter les symptômes évocateurs d'une détresse respiratoire : fréquence > 20 respirations/min, essoufflement, utilisation des muscles accessoires, douleur thoracique, fatigue, étourdissements, tachycardie ou syncope<sup>7</sup>. Si elle est accessible, la surveillance à l'aide de l'oxymétrie de pouls peut être utile (en tenant compte des limites de précision et des particularités raciales<sup>8</sup>). Une autorisation médicale peut être nécessaire. Arrêtez l'exercice si le client est en détresse!

Les clients peuvent rapporter des étourdissements, des évanouissements, une tension artérielle instable ou une fréquence cardiaque anormale en réponse à l'activité<sup>9</sup>. Les cliniciens sont en mesure d'évaluer l'intolérance orthostatique en utilisant les [lignes directrices canadiennes](#)<sup>10</sup> (chez les adultes, elle se manifeste par une augmentation soutenue de la fréquence cardiaque de plus de 30 bpm, en présence d'une tension artérielle normale, lorsque la personne passe de la position couchée à la position debout, à l'intérieur d'une période de 10 minutes). Une évaluation médicale peut être nécessaire. Chez les clients dysautonomiques, une [thérapie par l'exercice en position couchée, semi-couchée ou horizontale est recommandée](#)<sup>9,10</sup>

## Ce qu'il faut dépister

### Cognition fonctionnelle et communication

Certains clients font état d'un « brouillard mental » ou de difficultés à réfléchir et à focaliser leur attention. Des problèmes de mémoire peuvent aussi être présents. Ces troubles cognitifs et de communication affectent la parole, la compréhension conversationnelle, la lecture, l'expression écrite et l'interaction sociale<sup>11,12,13</sup>

### Voix et déglutition

Certains clients peuvent avoir la voix enrouée et/ou des difficultés à avaler<sup>13</sup>.

### Audition et acouphènes

Certains clients peuvent présenter une modification de l'audition et/ou des acouphènes (perception de bourdonnements ou d'autres bruits parasites dans l'oreille), d'un côté ou des deux<sup>15</sup>.

### Considérations psychologiques, sociales et spirituelles

L'apparition d'une nouvelle maladie, la perte de rôles sociaux ou le manque de contacts humains sont des événements stressants qui peuvent provoquer de l'anxiété et/ou une baisse de l'humeur.

## Comment procéder au dépistage et mesures à prendre

La cognition et la communication peuvent être affectées par de nombreux facteurs tels que les problèmes médicaux en présence, l'état psychologique, la fatigue, la prise de médicaments et les rôles sociaux/productifs. Les tests de **dépistage cognitif** peuvent révéler la nécessité d'une évaluation neuropsychologique, **ergothérapeutique** ou **orthophonique**<sup>14</sup>.

Les clients qui rapportent (ou manifestent) une voix enrouée ou de difficultés à avaler les aliments ou des liquides doivent être orientés vers un **orthophoniste**. Les clients qui éprouvent des problèmes de voix doivent également être orientés vers un oto-rhino-laryngologiste.

Les clients qui se plaignent de l'apparition d'une nouvelle déficience auditive et/ou d'acouphènes doivent être orientés vers un **audiologiste**.

Les cliniciens chargés des évaluations doivent adopter une approche holistique, centrée sur la personne et empreinte d'empathie. L'évaluation et le traitement doivent englober les symptômes physiques, cognitifs, communicationnels, psychologiques et psychiatriques, ainsi que les capacités fonctionnelles<sup>1</sup>. Posez des questions sur la façon dont la COVID longue affecte le travail, la scolarité et le bien-être physique et social. Utilisez des **questionnaires**. Suggérez les ressources **d'Espace Mieux-Être Canada** ou de la **Société canadienne de psychologie**.

## Considérations générales pour la prise en charge des patients ayant la COVID longue<sup>1,2</sup>

- En raison du risque d'aggravation des symptômes énumérés ci-dessus – à l'effort et dans les jours qui suivent – l'activité physique, y compris l'exercice, doit être prescrite avec prudence, selon une approche axée sur la décision clinique.
- Éduquez les clients vivant avec la COVID longue sur la [conservation et la maximisation de l'énergie](#).
- Veillez à ce que les patients commencent par surveiller leur état dans les activités de la vie quotidienne et qu'ils attendent de voir ce qu'ils peuvent tolérer avant de passer à une activité physique à bas impact et de faible intensité, y compris l'exercice.
- Déterminez si l'approche de prise en charge choisie contribuera à la fonction et à la récupération ou si, au contraire, elle entraînera une exacerbation ou un déclin fonctionnel (y compris sur le plan cognitif, communicationnel, émotionnel et social).
- La reconnaissance, la validation et l'inclusion des expériences des patients peuvent contribuer à faciliter la relation thérapeutique.
- Certains clients auront besoin d'une réadaptation intégrée et interprofessionnelle; envisagez de les aiguiller vers des programmes et services financés par l'État et offerts dans certains hôpitaux, établissements de réadaptation et milieux de soins de santé primaires, ou utilisez les ressources suivantes pour trouver un physio, [trouver un ergothérapeute](#), [trouver un orthophoniste ou un audiologiste](#) ou [trouver un diététiste agréé](#).
- On trouvera des considérations détaillées dans les lignes directrices élaborées par les [Services de santé de l'Alberta](#)<sup>4</sup> ou la [Chartered Society of Physiotherapists \(version 2\)](#).<sup>16</sup>

## Considérations spécifiques concernant la force, le conditionnement physique et le retour au sport

- [Le Réseau des instituts de sport olympique et paralympique du Canada a décrit le retour à la santé et à la performance après la COVID-19](#) pour les personnes asymptomatiques et celles dont la maladie a duré plus de 10 jours, dans le contexte d'un retour progressif au sport<sup>17</sup>.
- Avant de se remettre à l'entraînement, tous les athlètes doivent atteindre un état asymptomatique (y compris sans fatigue); on verra à appliquer un [protocole progressif de retour au sport](#)<sup>18</sup>.
- Les principes d'entraînement régissant la force et le conditionnement peuvent être suivis chez les personnes qui ne présentent pas d'exacerbation des symptômes après l'effort (voir ci-dessus); on verra à appliquer une [augmentation lente et progressive de l'intensité et du volume](#)<sup>19</sup>.
- Une surveillance continue des symptômes et des signes vitaux peut s'avérer nécessaire en raison de la nature imprévisible et récurrente de la COVID longue.

## Liens vers d'autres ressources

Long COVID Physio: <https://longcovid.physio/>

World Physiotherapy: <https://world.physio/covid-19-information-hub/long-covid>

Physiopedia: [https://www.physio-pedia.com/Long\\_COVID](https://www.physio-pedia.com/Long_COVID)

Rehab Care Alliance: <http://www.rehabcarealliance.ca/covid-19-rehab-resources>

*Nous tenons à remercier les 24 intervenants de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Québec et de la Saskatchewan qui nous ont fait part rapidement de leurs commentaires. Ces professionnels pratiquent dans les domaines de la physiothérapie (y compris en réadaptation cardiaque et pulmonaire), de l'ergothérapie, de l'orthophonie, de l'audiologie, de la kinésiologie, de la médecine et du conditionnement physique. Nous remercions également l'Association canadienne de physiothérapie, Orthophonie et Audiologie Canada, la Rehab Care Alliance ainsi qu'une clinicienne ayant fait l'expérience de la COVID longue présumée.*

Citation: Francis A., Harris J., Coleman J. *Réadaptation pour les clients Affection Post COVID-19 (COVID Longue): Guide destiné aux professionnels canadiens de la réadaptation et de l'exercice* Version 1, août 2021.

## Références

1. World Physiotherapy. World physiotherapy response to COVID-19 briefing paper 9. Safe rehabilitation approaches for people living with Long COVID: physical activity and exercise. London, UK: World Physiotherapy; 2021. Récupéré de [https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-English-2021\\_0.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-English-2021_0.pdf)
2. National Institute for Health Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE Guideline [NG188]. London, UK: NICE; 2020. Récupéré de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
3. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, Cook JR, Nordvig AS, Shalev D, Sehrawat TS, Ahluwalia N. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*. Avril 2021; 27(4):601-15.
4. Alberta Health Services, Allied Health Professional Practice and Education. Rehabilitation & allied health practice considerations post COVID-19. Version 1. Juin 2021. Récupéré de <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf>
5. Cotler J, Holtzman C, Dudun C, Jason LA. A brief questionnaire to assess post-exertional malaise. *Diagnostics*. Septembre 2018; 8(3):66.
6. Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). *Health & Fitness Journal of Canada* 4(2):3-23; 2011. Récupéré de <http://eparmedx.com/wp-content/uploads/2021/01/ParQ-Plus-Jan-2021-Image.pdf>
7. Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Järte L, MacDermott N, Delaney BC. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of patients with post COVID-19 condition ('Long COVID'): A Delphi Study. *Diagnosis, and Management of Patients with Post COVID-19 Condition ('Long COVID'): A Delphi Study*. 8 avril 2021.
8. Sjoding MW, Dickson RP, Iwashyna TJ, Gay SE, Valley TS. Racial bias in pulse oximetry measurement. *New England Journal of Medicine*. 17 décembre 2020; 383(25):2477-8.
9. Raj SR, Guzman JC, Harvey P, Richer L, Schondorf R, Seifer C, Thibodeau-Jarry N, Sheldon RS. Canadian cardiovascular society position statement on postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS) and related disorders of chronic orthostatic intolerance. *Canadian Journal of Cardiology*. 1er mars 2020; 36(3):357-72.
10. Dysautonomia International. Exercise for dysautonomia patients. [lieu inconnu]; [cité le 7 juillet 2021]. Récupéré de <http://www.dysautonomiainternational.org/page.php?ID=43>
11. Gulick SH, Mandel S, Maitz EA, Brigham CR. Cognitive screening after COVID-19. *Practical Neurology*, mai 2021; 19-23.
12. Ramage AE. Potential for cognitive communication impairment in COVID-19 survivors: a call to action for speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 12 novembre 2020; 29(4):1821-32.
13. Royal College of Speech & Language Therapists. Long COVID and speech and language therapy: understanding the medium to long-term speech and language therapy needs and the impact on services. UK; Mai 2021. Récupéré de <https://www.rcslt.org/news/new-rcslt-report-on-long-covid-and-speech-and-language-therapy/>
14. MacDonald S. The Cognitive-Communication Checklist for acquired brain injury: a means of identifying, recording, and tracking communication impairments. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 18 mai 2021; 30(3):1074-89.
15. Almufarrij I, Munro KJ. One year on: an updated systematic review of SARS-CoV-2, COVID-19 and audio-vestibular symptoms. *International Journal of Audiology*. 2 mars 2021; 1-1.
16. Chartered Society of Physiotherapy. Rehabilitation of adults who are hospitalised due to acute Covid-19 or long Covid: physiotherapy service delivery. London, UK; 1 avril 2021. Récupéré de <https://www.csp.org.uk/publications/rehabilitation-adults-who-are-hospitalised-due-acute-covid-19-or-long-covid>
17. Canadian Olympic and Paralympic Sport Institute Network. Return to health and performance following COVID-19 infection 2020. Version 1; 27 juillet 2020. Récupéré de [https://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2020/08/Return-to-Performance-Following-COVID-19-Infection\\_EN.pdf](https://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2020/08/Return-to-Performance-Following-COVID-19-Infection_EN.pdf)
18. Elliott N, Martin R, Heron N, Elliott J, Grimstead D, Biswas A. Infographic. Graduated return to play guidance following COVID-19 infection. *British Journal of Sports Medicine*. 1er octobre 2020;54(19):1174-5.
19. Gentil P, de Lira CA, Souza D, Jimenez A, Mayo X, de Fátima Pinho Lins Gryscek A, Pereira EG, Alcaraz P, Bianco A, Paoli A, Papeschi J. Resistance training safety during and after the SARS-Cov-2 outbreak: practical recommendations. *BioMed Research International*. 24 septembre 2020; 2020.

## Contributeurs :

**Allison Francis, BHK, M. pht., D. pht.**, – physiothérapeute clinicienne, ReActive Physiotherapy, Ont. <auteure principale>

**Jaimie Coleman, pht. BPHE, MScPT, MHM** – Professeure adjointe, Teaching Stream, Département of Physical Therapy, Université de Toronto

**Jennifer Harris, pht.** – réadaptation cardiovasculaire, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

**Jessica DeMars, pht.** – Breath Well Physio, clinicienne, Alb.

**Prashna Singh, pht., BScPT, MScPT, CRE** – clinicienne en réadaptation pulmonaire, Ont.

**Stephanie McCarville, M. pht.** – clinicienne, N.-É.

**Faith Delos-Reyes**, – kinésiologue agréée

**Debbie Childerhose, pht.** – réhabilitation cardiovasculaire, Women's College Hospital, Ont.

**Helena Van Ryn, pht.** – réhabilitation cardiovasculaire, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

**Katie Churchill, ergothérapeute, conseillère principale** – Réhabilitation Advice Line, Services de santé de l'Alberta

**Meredith Wright, Ph. D.** – directrice de l'orthophonie, Orthophonie et Audiologie Canada

**Lynda Gibbons, M. Sc., Aud(C), Reg. CASLPO** – directrice de l'audiologie, Orthophonie et Audiologie Canada

**Lisa Carroll** – Association canadienne de physiothérapie, directrice des politiques et de la recherche

**Amanda Smart** – Association ontarienne de physiothérapie, directrice de la pratique et des politiques

**Kyra Perry, BSc pht.** – (présumée atteinte de la COVID longue)

**D<sup>re</sup> Melody Nguyen** – psychiatre, Hôpital Sunnybrook

**D<sup>r</sup> Paul Oh** – réhabilitation cardiovasculaire, Réseau universitaire de santé

**Scotty Butcher, Ph. D., pht., RCEP, CF-L1, CMMT** – Professeur agrégé, Université de la Saskatchewan

**Charissa Levy, M. Sc. (santé), B. Sc. (erg), Erg. Aut. (Ont.)** – directrice générale – Rehab Care Alliance

**Adam Brown, BSc PT, MCISc PT** – Réseau de santé universitaire, Cornerstone Physiotherapy

**Joncarlo Gosso** – étudiant en pht., Université de Toronto

**Lora Giangregorio Ph. D.** – professeure et titulaire de la chaire de recherche Schlegel sur la mobilité et le vieillissement, Département de kinésiologie, Université de Waterloo

**Michelle Kho, pht, Ph. D.** – School of Réhabilitation Science, McMaster Université, Chaire de recherche du Canada sur la réadaptation en soins critique et l'application des connaissances.

**Simon Décarry, pht., Ph. D.** – Professeur Adjoint de Réadaptation, Université de Sherbrooke, directeur de la recherche Long COVID Physio