29 juin 2020

Prise en charge en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) en réanimation et en soins intensifs

Recommandations professionnelles

A l'initiative de :

L'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)

Avec la participation et le soutien :

Du Conseil National Professionnel de l'Ergothérapie (CNPE)

De l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes belges francophones et germanophones (UPE)

De l'Association Luxembourgeoise des Ergothérapeutes Diplômés (ALED)

©AFEG, ANFE, juin 2020, Tous droits réservés.

Document réalisé par l'AFEG et l'ANFE

L'AFEG est l'association des ergothérapeutes en gériatrie
L'ANFE est l'association professionnelle des ergothérapeutes en France.
Nos membres sont des ergothérapeutes qualifiés, dispensant des soins de santé, d'accompagnement social et de conseil aux usagers.
Notre mission est de soutenir l'excellence professionnelle et des interventions de qualité en fournissant les meilleures ressources possibles à nos membres.
Pour en savoir plus, consultez nos sites internet **www.anfe.fr** – **www.afeg.asso.fr**

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Vous pouvez le télécharger, l'afficher, l'imprimer et le reproduire sans l'altérer pour votre usage personnel ou professionnel dans le cadre de votre exercice.

Les recommandations professionnelles de l'AFEG et de l'ANFE sont rédigées par des membres ou des groupes d'intérêts spécialisés de nos associations.

Toute demande relative à ce document est à adresser à :

ANFE
64 Rue Nationale
CS41362
75214 PARIS Cedex 13

ou

AFEG
51 chemin des Manardes
34160 BOISSERON

Pour toute citation de ce document :

AFEG, ANFE (2020). *Dossier « Prise en charge en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) en réanimation et en soins intensifs - Recommandations professionnelles ». Diffusion AFEG - ANFE.*

Introduction

L'objectif de ce document est de guider la pratique des ergothérapeutes dans la prise en charge thérapeutique des personnes hospitalisées en service de réanimation et de soins intensifs.

La présence des ergothérapeutes au sein des services de réanimation et de soins intensifs est inégale dans le monde (Costigan, Crit.Care. Med, 2019) et a connu une baisse depuis 20 ans avec un besoin pour les ergothérapeutes d'acquérir un guide de pratique (Affleck, AJOT, 1986, Foreman, OT Now, 2005)

Les consultations d'ergothérapeutes pour des interventions ponctuelles en réanimation et en unité de soins intensifs se sont alors développées et plusieurs projets ont réimplanté l'ergothérapie. (NICE 2018, Alvarez, Journal of Critical Care, 2017)

La décompensation des pathologies aiguës n'est pas le seul défi de la réanimation et des soins intensifs qui doivent faire face aux complications comme les escarres, les troubles posturaux, les installations en décubitus, les déliriums post sédation, les pathologies neuromusculaires. Les études et les pratiques des ergothérapeutes experts montrent que la prise en compte et en soins de ces complications sont les conditions sine qua none d'une récupération et d'un maintien de l'indépendance à long terme et un retour à domicile à distance de l'épisode aigu.

Ce document n'est pas élaboré selon la méthodologie de recommandations de bonnes pratiques mais selon une méthode d'accord professionnel réalisé en mode dégradé compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de crise, selon une analyse de la littérature et un consensus d'ergothérapeutes notamment d'un groupe de travail constitué d'ergothérapeutes experts européens francophones travaillant en Belgique, Suisse et France.

Méthode

Selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé) (2020), un accord professionnel exprime une opinion quasi unanime des professionnels.
Il nécessite d'être validé par un groupe de lecture externe au groupe de travail à l'origine de l'accord professionnel. Les groupes d'experts doivent être représentatifs des différents professionnels de santé concernés et des différentes modalités d'exercice afin d'obtenir un accord professionnel concerté.

La formulation d'un accord professionnel nécessite la connaissance des pratiques professionnelles, connaissance fournie au mieux par des enquêtes de pratiques, des audits, des données épidémiologiques et des données probantes.

L'accord professionnel fort n'est pas en contradiction avec les textes officiels français (notamment AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et fiches de transparence), ou avec des données scientifiques parcellaires existantes ; · l'accord professionnel fort ne permet pas la dissémination d'une méthode récente non validée qui devrait et pourrait faire l'objet d'études plus approfondies pour que son utilité clinique soit démontrée.

L'expression d'un accord professionnel doit traduire un consensus professionnel obtenu par une méthode formalisée (vote, méthode Delphi, méthode modifiée de Delphi par RAND par exemple). (ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations Janvier 2000).

1. Elaboration de recommandations par un groupe de travail regroupant des experts du domaine.
2. Première cotation par un groupe de lecture.
3. Modifications des recommandations par le groupe de travail.
4. Deuxième cotation par un groupe de lecture.
5. Rédaction des recommandations finales.

Contexte

Les services de réanimation et de soins intensifs accueillent des patients présentant une défaillance des fonctions vitales.

Les pathologies les plus rencontrées sont la détresse respiratoire aiguë avec atteinte pulmonaire diffuse, une atteinte neurologique centrale, une insuffisance rénale aiguë et une anémie hémolytique avec thrombopénie. (Robert, Réanimation, 2005)

La COVID-19, qui a récemment surchargé les services hospitaliers, est responsable essentiellement d'une atteinte respiratoire, mais également d'autres déficiences (neurologiques, cognitives, cardiovasculaires, digestives, hépato-rénales, psychiatriques, etc.).

Il a été constaté :

- Une durée de séjour supérieure à la normale, (en moyenne de 8.5 j en réanimation et 7 jours en soins intensifs (FHP-MCO 2017)) à 14 jours en réanimation et jusqu'à 20 jours en réanimation soins intensifs (Santé Publique France))
- Une augmentation des patients souffrant d'obésité et une augmentation de la moyenne d'âge (Grasseli G, JAMA, 2020 ; Simonnet A, Obesity, 2020 ; Petrakis D, Mol Med Rep, 2020).

La crise de la COVID 19 s'est accompagnée d'une évolution des populations de réanimations en nombre de patients en hausse, au-delà de la limite dans les zones en tension (Nord-est et bassin parisien). Il a été constaté une durée de séjour supérieure à la normale, une augmentation des patients souffrant d'obésité et une augmentation de la moyenne d'âge (Grasseli G, JAMA, 2020 ; Simonnet A, Obesity, 2020 ; Petrakis D, Mol Med Rep, 2020).

Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe (SDRA), en service de réanimation, concerne 10,4% des patients et 23.4% des patients ventilés (Papazian, 2018). En réanimation et en soins intensifs il augmente la complexité des soins. La mobilisation et le positionnement en décubitus ventral deviennent problématique pour les personnes obèses et les personnes âgées qui présentent des modifications morphologiques rendant ce positionnement peu adapté et difficile à mettre en place (Lemyze, Revue des maladies respiratoires, 2019).

Le SDRA est également une complication de la COVID, le tableau clinique permettant de différencier s'il est consécutif à, la COVID ou non (Kräenbühl M, Rev Med Suisse, 2020).

L'évolution vers une insuffisance respiratoire restrictive par faiblesse des muscles respiratoires, fibrose pulmonaire secondaire associée à un trouble de la diffusion (Chan K, Respirology 2003 ; Ye Z, Eur Radiol 2020 ; Bissett B, Anaesth Intensive Care 2012) est responsable d'un déconditionnement à l'effort.

Les cas graves de COVID-19 atteignent préférentiellement les personnes âgées (Santé Publique France, point épidémiologique hebdomadaire du 2 avril 2020) Au-delà des répercussions pulmonaires, l'infection par le virus est potentiellement responsable d'autres déficiences neurologiques, cardiovasculaires, digestives, cognitives.

Chez les sujets fragiles on peut s'attendre à une perte d'autonomie, une augmentation des risques d'escarres, une fonte musculaire, du déconditionnement de l'orthostatisme (Connolly B J, Cachesia sarcopenia muscle 2016), des rétractions articulaires, musculaires et tendineuses (Clavet H, disability and rehab 2015), un syndrome de désadaptation psychomotrice (Manckoundia P 2014), des troubles cognitifs ainsi qu'une dénutrition sévère multifactorielle (Van Zanten ARH Crit care 2019).

La présence de difficultés de mobilisations, de postures en rétropulsion, de stasobasophobie (peur panique de la verticalisation et la marche) doit faire penser à un syndrome de désadaptation psychomotrice. Les risques d'escarres sont majorés du fait d'une augmentation des facteurs de risque (nutritionnels, immobilité, macération).

Des localisations atypiques d'escarres liées aux décubitus ventral réalisés en phase de réanimation peuvent être observées (visage, genoux, orteils, sternum).

Les troubles cognitifs sont prédominants auprès des sujets présentant des antécédents de pathologies cognitives, confusion aigüe, troubles attentionnels et de l'orientation temporo-spatiale, apathie, dépression, troubles du comportement.

La COVID-19 est susceptible d'avoir comme porte d'entrée, le système nerveux via le bulbe olfactif (Lechien, Rhinology, 2020) et de provoquer dans le cadre d'un SDRA des complications neurologiques comme de l'agitation, un syndrome pyramidal ou un syndrome dysexécutif (Helms, NEJM, 2020).

A la sortie de réanimation et des soins intensifs, on peut également observer une NMR (atteintes neurologiques périphériques et centrales liées à la réanimation) qui ont des répercussions ventilatoires et locomotrices (De Jonghe, 52e congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2010).

On peut alors observer :

- Un delirium (état différé de conscience liée, notamment, à la sédation)
- Une neuromyopathie de réanimation (tétraparésie + diaphragme)
- Une dysfonction cognitive aiguë de réanimation (DCAR)
- Un déficit attentionnel/vigilance
- Une désorganisation spatio-temporelle
- Une altération des capacités d'interprétation
- Une désorganisation de la pensée
- Un déficit de mémorisation
- Des hallucinations visuelles voire auditives
- Des troubles comportementaux :
    - Passifs : prostration/indifférence
    - Actifs : agitation/inversion du rythme nycthéméral
- Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT) :
    - Flash-backs intrusifs et envahissants
    - Comportements d'évitements
    - État d'hyper vigilance

Tous ces troubles peuvent avoir un retentissement sur l'orientation du patient en sortie de réanimation ou de soins intensifs ce qui impactera sa qualité de vie future.

Dans ce contexte, nous avons constaté que la stimulation aux activités de la vie quotidienne doit être initiée dès la diminution de la sédation, pour prévenir la survenue ou limiter l'intensité des complications précitées et permettre une reprise d'indépendance accélérée.

Une mobilisation précoce est recommandée en services de réanimation et de soins intensifs dès l'arrêt, le plus tôt possible, de la sédation (Dena H Tran, Respiratory Care 2020). Plus de la moitié des personnes qui ont pu marcher en soins intensifs rentreront à domicile après hospitalisation (Kim RY, Critical Care Explorations 2019).

L'ergothérapie est ainsi en développement dans les services de réanimation et de soins intensifs. Elle est une approche thérapeutique à recommander également en dehors la période COVID actuelle.

Le groupe de travail a défini les missions générales des ergothérapeutes en services de réanimation et de soins intensifs. Les actes sélectionnés sont issus d'une méta analyse des études mondiales sur les actes d'ergothérapie dans ces services (Costigan AF, Critical Care of Medecine, 2019).

Actes sur les fonctions physiques
➢ Déplacement et mobilité ➢ Réadaptation motrice ➢ Réadaptation aux Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ➢ Conseil et conception de l'appareillage et des orthèses ➢ Prévention des troubles cutanés
Actes sur l'environnement de la personne
➢ Equipement et adaptation des moyens de communication ➢ Adaptation du fauteuil roulant et du positionnement assis ➢ Modification et adaptation de l'environnement ➢ Attribution d'aides techniques aux AVQ
Actes sur les fonctions cognitives
➢ Prévention et prise en charge du delirium ➢ Evaluation cognitive et interventions sur l'impact des troubles sur l'autonomie
Actes sur les fonctions sensorielles
➢ Stimulation sensorielle
Autres interventions
➢ Adaptation du rythme de la journée ➢ Education thérapeutique de la personne

Avertissements

Les critères de prise en charge des patients en réanimation et soins intensifs sont soumis à des critères stricts devant être respectés pour prévenir tout risque de décompensation et de risque létal :

1) Patient inconscient sédaté : Le monitoring constant des paramètres cardio respiratoires (Tolérance respiratoire et tensionnelle :

- Pression Artérielle Moyenne, rapport PaO2/FiO2, SaO2, FiO2, PEP)
- Indispensable, PAM>60 mmHg, PaO2/FiO2 > 150, SaO2 > 88%

2) Patients conscients et stables : Fréquence respiratoire et décompte en expiration si patient conscient

- RASS -1/+1, patient coopérant, PAM>60 mmHg, PaO2/FiO2 > 150, SaO2 > 88%, FiO2 < 60%, PEP < 10 cmH20.

(Recommandations HAS 2020 prise en charge Covid)

Recommandations du groupe de travail

1/ Objectifs de la prise en charge ergothérapique des patients en service de réanimation et de soins intensifs
Ces objectifs définissent le rôle de l'ergothérapie dans tous les stades des patients sédatés ou non, en service de réanimation et de soins intensifs.
➢ Prévenir les complications liées au décubitus, à la station assise et aux troubles posturaux ➢ Prévenir la perte d'autonomie liée à la restriction d'activités de la vie journalière afin d'éviter un déconditionnement ➢ Accompagner et former les équipes pour les mobilisations et les positionnements ➢ Apprendre les activités de vie quotidienne, la mobilisation en économie d'énergie et stimuler aux AVQ ➢ Prévenir les complications liées aux troubles du comportement et à la désorientation temporo spatiale (agitation, confusion...) ➢ Synthétiser le diagnostic d'ergothérapie avec les axes d'actions et les recommandations

2/ Bilans, évaluations indiquées pour une prise en charge ergothérapique des patients en service de réanimation et de soins intensifs

Pendant les phases de sédation

- Evaluer les troubles posturaux en décubitus ventral, latéral et dorsal

Dès le lever de la sédation

- Evaluer les déficiences et incapacités sensitives liées à l'infection par le coronavirus SARS-CoV-2 et aux répercussions neuropathiques potentielles liées à la réanimation par une évaluation de la sensibilité épicritique, des gnosies tridimensionnelles
- Evaluer la douleur avec des échelles validées : EVA chez le sujet cohérent pouvant s'exprimer, Algoplus pour le sujet non communiquant, Doloplus dans le cadre de troubles du comportement, le DN4 ou le questionnaire de Saint Antoine dans les douleurs neuropathiques
- Évaluer l'état confusionnel aigu avec le Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit
- Évaluer le niveau d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne avec la grille d'évaluation de l'autonomie Activity of Daily Living (ADL) de Katz
- Évaluer les répercussions de la fatigue sur les activités par le Moser's Activities of Daily Living (ADL) class
- Évaluer les capacités respiratoires en situation d'activités de la vie journalière par la mesure des niveaux de SaO2, de Fréquence Cardiaque et respiratoire et/ou en utilisant le score de Borg

3) Interventions, actes de rééducation et de réadaptation, compensations indiquées pour une prise en charge ergothérapique des patients en réanimation et soins intensifs

Pendant la sédation

- Préconiser des dispositifs d'aide à la posture au lit
- Préconiser des dispositifs d'aide à la prévention et au traitement des escarres au lit.
- Proposer de l'appareillage pour la prévention des complications orthopédiques

Dès la phase de réveil durant la levée de la sédation

- Proposer une mobilisation précoce dès la levée de la sédation avec accord médical.
- Préconiser le plus précocement possible avec accord médical, des aides techniques permettant d'améliorer les capacités de mobilité au lit, de transferts, de déplacements.

- Préconiser des dispositifs d'aide à la prévention et au traitement des escarres au lit et au fauteuil.
- Proposer de l'appareillage ou des orthèses pour la prévention des complications orthopédiques.

En dehors des périodes de sédation

- Préconiser des aides techniques d'assistance à la communication.
- Préconiser des aides techniques d'assistance à l'alimentation.
- Préconiser des aides techniques de réorientation temporo-spatiale.
- Proposer des adaptations des activités de la vie journalière : économies d'effort et de souffle : gestuelles d'économie d'efforts, adaptation du rythme de réalisation, adaptation du souffle, techniques de respiration. Adaptation des stratégies cognitives, fractionnement des activités.
- Proposer des adaptations d'activités de la vie journalière dans les phases de délirium : adaptation des conduites, des stratégies et du rythme de réalisation. Détermination du niveau de surveillance et d'aide.
- Proposer des séances de réadaptation motrice, cognitive : posture, praxies, gnosies, dextérité fine.
- Proposer des séances de réadaptation des ADL : mobilité, toilette, habillage, continence, repas, communication.
- Proposer des séances de stimulation sensorielles : tactile, visuelle, auditive.
- Proposer des aides techniques et aménagements permettant la réduction des efforts et le maintien des activités de la vie journalière.
- Proposer des séances d'éducation sur la prévention des risques : escarre, chute, gestion de la respiration.
- Participer à la régulation du sommeil par l'adaptation du rythme de journée veille/sommeil avec adaptation des activités jour/nuit, gestion de la luminosité ambiante.

Coordination

Cyril VIGOUROUX

Groupe de travail

Caroline CHALFINE, Muriel GAILHAC ROUSSET, Hélène GUERRE BILLIG, Kevin KLEIN, Fabrice NOUVEL, Anne REGNACQ, Lindsay VAN UYTVEN.

Groupe de lecture

Comité scientifique de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

.

BIBLIOGRAPHIE

Affleck AT, Lieberman S, Polon J, & Rohrkemper K. (1986). Providing occupational therapy in an intensive care unit. The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 40, 323–332.

ANAES 2012. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, janvier 2000.

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine Volume 56, n° S1 pages e173-e174 (octobre 2013).

Bissett B, Leditschke IA, Paratz JD, Boots RJ. Respiratory dysfunction in ventilated patients : can inspiratory muscle training help? *Anaesth Intensive Care*. 2012 ;40(2) :236-246. Doi :10.1177/0310057X1204000205

Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc*. 1982 ;14(5) :377-381.

Chan KS, Zheng JP, Mok YW, et al. SARS: prognosis, outcome and sequelae. *Respirology*. 2003 ;8 Suppl :S36-40. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00522.x

Chinese Association of Rehabilitation Medicine, Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine, Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. [Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020;43(4):308-314. doi:10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206

Choon-Huat Koh G, Hoenig H. How Should the Rehabilitation Community Prepare for 2019-nCoV? *Arch Phys Med Rehabil*. Published online March 16, 2020. doi:10.1016/j.apmr.2020.03.003

Clavet H, Doucette S, Trudel G. Joint contractures in the intensive care unit : quality of life and function 3.3 years after hospital discharge. *Disabil Rehabil*. 2015;37(3):207-213. doi:10.3109/09638288.2014.913707

Connolly B, Salisbury L, O'Neill B, et al. Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(5):520-526. doi:10.1002/jcsm.12146

Costigan FA, Duffett M, Harris JE, Baptiste S, Kho ME. Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Crit Care Med*. 2019;47(12):e1014-e1021. doi:10.1097/CCM.0000000000003999

De Jonghe, B, Cléophax, C, Lachérade J-C et Outin, H. (2010). Atteintes neurologiques périphériques et centrales liées à la réanimation. Médecins. Les essentiels : 52è congrès d'anesthésie et de réanimation.

Denehy L, Skinner EH, Edbrooke L, et al. Exercise rehabilitation for patients with critical illness: a randomized controlled trial with 12 months of follow-up. *Crit Care*. 2013;17(4):R156. doi:10.1186/cc12835

Dowman L, Hill CJ, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):CD006322. doi:10.1002/14651858.CD006322.pub3

Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21):2703-2710. doi:10.1001/jama.286.21.2703

Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med*. 2014;42(4):849-859. doi:10.1097/CCM.0000000000000040

Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. Published online 06 2020. doi:10.1001/jama.2020.5394

Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med*. Published online April 15, 2020. doi:10.1056/NEJMc2008597

Herridge MS, Tansey CM, Matté A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2011;364(14):1293-1304. doi:10.1056/NEJMoa1011802

Heyland DK, Groll D, Caeser M. Survivors of acute respiratory distress syndrome: relationship between pulmonary dysfunction and long-term health-related quality of life. *Crit Care Med*. 2005;33(7):1549-1556. doi:10.1097/01.ccm.0000168609.98847.50

Iwarsson S, Isacsson A, Persson D, Scherstén B. Occupation and survival: a 25-year follow-up study of an aging population. *Am J Occup Ther*. 1998;52(1):65-70. doi:10.5014/ajot.52.1.65

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 1963;185:914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016

Kim RY, Murphy TE, Doyle M, et al. Factors Associated With Discharge Home Among Medical ICU Patients in an Early Mobilization Program. *Crit Care Explor*. 2019;1(11):e0060. doi:10.1097/CCE.0000000000000060

Krähenbühl M, Oddo M, Piquilloud L, Pantet O. Netgen. COVID-19 : Prise en charge aux soins intensifs. Revue Médicale Suisse. Accessed June 13, 2020. https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-691-2/COVID-19-Prise-en-charge-aux-soins-intensifs

Larson JL, Covey MK, Berry JK, Wirtz S, Kim MJ. Reliability and valididty of the Chronic Respiratory Disease Questionnaire. Am J Crit Care Med 1993;147:A350.

Lau CW, Mok T, Ko WW, et al. Survival prediction in patients with chronic obstructive pulmonary disease following a pulmonary rehabilitation programme in Hong Kong. *Hong Kong J Occup Ther*. 2019;32(2):108-117. doi:10.1177/1569186119882772

Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 1990;57(2):82-87. doi:10.1177/000841749005700207

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.

Lemyze M, Granier M. [The obese patient and acute respiratory failure, a challenge for intensive care]. *Rev Mal Respir*. 2019;36(8):971-984. doi:10.1016/j.rmr.2018.10.621

Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. [Psychomotor disadaptation syndrome]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2014;12(1):94-100. doi:10.1684/pnv.2014.0450

Maekura R, Hiraga T, Miki K, et al. Personalized pulmonary rehabilitation and occupational therapy based on cardiopulmonary exercise testing for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1787-1800. doi:10.2147/COPD.S86455

Moser KM, Bokinsky GE, Savage RT, Archibald CJ, Hansen PR. Results of a comprehensive rehabilitation program. Physiologic and functional effects on patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 1980;140(12):1596-1601.

NICE (2018), "Introduction of a structured approach to cognitive rehabilitation for critical care patients", available at : www.nice.org.uk/sharedlearning/introduction-of-a-structured-approach-to-cognitive-rehabilitation-for-critical-care-patients (accessed 26 March 2019).

Papazian L, Badet M. Complications et séquelles du syndrome de détresse respiratoire aiguë : quelles sont-elles, comment les prévenir ? Réanimation. sept 2005;14(5):390 9.

Papazian L, Aubron C, Brochard L, et al. Management of early Acute Respiratory Distress Syndrome in adults. :34. 2018

Petrakis D, Margină D, Tsarouhas K, et al. Obesity - a risk factor for increased COVID-19 prevalence, severity and lethality (Review). *Mol Med Rep*. 2020;22(1):9-19. doi:10.3892/mmr.2020.11127

Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obesity (Silver Spring). Published online April 9, 2020. doi:10.1002/oby.22831

Tran DH, Maheshwari P, Nagaria Z, Patel HY, Verceles AC. Ambulatory Status Is Associated With Successful Discharge Home in Survivors of Critical Illness. *Respir Care*. Published online March 31, 2020. doi:10.4187/respcare.07437

Van Zanten ARH, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Crit Care*. 2019;23(1):368. doi:10.1186/s13054-019-2657-5

Yang F, Liu N, Hu JY, et al. [Pulmonary rehabilitation guidelines in the principle of 4S for patients infected with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020;43(3):180-182. doi:10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.03.007

Ye Z, Zhang Y, Wang Y, Huang Z, Song B. Chest CT manifestations of new coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pictorial review. *Eur Radiol*. Published online March 19, 2020. doi:10.1007/s00330-020-06801-0

Annexes

Echelles de BORG : originale (1982) et modifiée (2010)

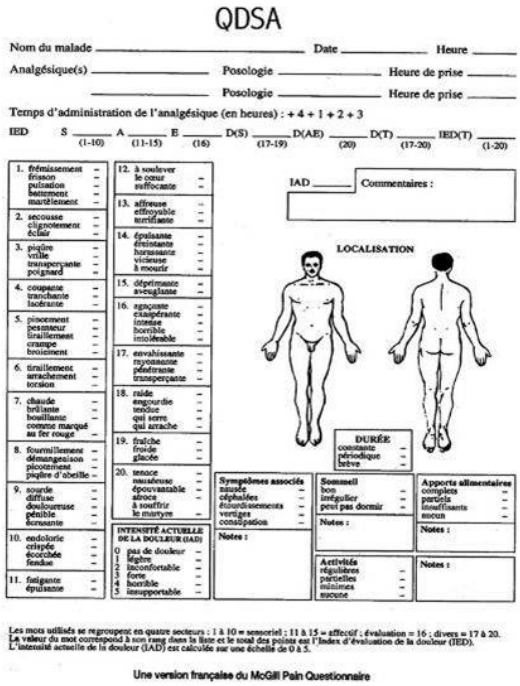
Borg CR10 Scale (1982)[12]

0	Nothing at all
0.5	Extremely weak (just noticeable)
1	Very weak
2	Weak (light)
3	Moderate
4	Somewhat strong
5	Strong (heavy)
6	
7	Very strong
8	
9	
10	Extremely strong (almost max)
•	Maximal

Borg CR10 Scale® (2010)[20]

0	Nothing at all	
0.3		
0.5	Extremely weak	Just noticeable
0.7		
1	Very weak	
1.5		
2	Weak	Light
2.5		
3	Moderate	
4		
5	Strong	Heavy
6		
7	Very strong	
8		
9		
10	Extremely strong	"Maximal"
11		
∫		
•	Absolute maximum	Highest possible

Questionnaire Douleur Saint- Antoine



QDSA

Nom du malade _____ Date _____ Heure _____

Analgésique(s) _____ Posologie _____ Heure de prise _____

_____ Posologie _____ Heure de prise _____

Temps d'administration de l'analgésique (en heures) : + 4 + 1 + 2 + 3

IED S _____ (1-10) A _____ (11-15) E _____ (16) D(S) _____ (17-19) D(AE) _____ (20) D(T) _____ (17-20) IED(T) _____ (1-20)

1. frémissement – frisson – pulsation – battement – martèlement –
2. secousse – clignotement – éclair –
3. piqûre – vrille – transperçante – poignard –
4. coupante – tranchante – lacérante –
5. pincement – pesanteur – tiraillement – crampe – broiement –
6. tiraillement – arrachement – torsion –
7. chaude – brûlante – bouillante – comme marqué au fer rouge –
8. fourmillement – démangeaison – picotement – piqûre d'abeille –
9. sourde – diffuse – douloureuse – pénible – écrasante –
10. endolorie – crispée – écorchée – fendue –
11. fatigante – épuisante –
12. à soulever le cœur – suffocante –
13. affreuse – effroyable – terrifiante –
14. épuisante – éreintante – harassante – vicieuse – à mourir –
15. déprimante – aveuglante –
16. agaçante – exaspérante – intense – horrible – intolérable –
17. envahissante – rayonnante – pénétrante – transperçante –
18. raide – engourdie – tendue – qui serre – qui arrache –
19. fraîche – froide – glacée –
20. tenace – nauséeuse – épouvantable – atroce – à souffrir – le martyre –

INTENSITÉ ACTUELLE DE LA DOULEUR (IAD)

0 pas de douleur –
1 légère –
2 inconfortable –
3 forte –
4 horrible –
5 insupportable –

IAD _____ Commentaires :

LOCALISATION

DURÉE
constante –
périodique –
brève –

Symptômes associés
nausée –
céphalées –
étourdissements –
vertiges –
constipation –
Notes :

Sommeil
bon –
irrégulier –
peut pas dormir –
Notes :

Activités
régulières –
partielles –
minimes –
aucune –

Apports alimentaires
complets –
partiels –
insuffisants –
aucun –
Notes :

Notes :

Les mots utilisés se regroupent en quatre secteurs : 1 à 10 = sensoriel ; 11 à 15 = affectif ; évaluation = 16 ; divers = 17 à 20.
La valeur du mot correspond à son rang dans la liste et le total des points est l'Index d'évaluation de la douleur (IED).
L'intensité actuelle de la douleur (IAD) est calculée sur une échelle de 0 à 5.

Une version française du McGill Pain Questionnaire

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.						
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.						
Total OUI	/5		/5		/5	

Tableau 110.1 **Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).**

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	

Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ;
score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités.
Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970 ; 10 : 20-30.

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom : Service :

Observation Comportementale

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toillette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toillette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absense ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différents activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

COPYRIGHT

Tableau 3. Critères du Confusion Assessment Method pour les soins intensifs (CAM-ICU)
(Adapté de réf.[4]).

Le score peut être utilisé uniquement chez les patients capables d'ouvrir les yeux et de serrer la main à la demande

Critère 1 : Début soudain et évolution fluctuante
- La modification de l'état mental du patient est-elle soudaine ? (oui = positif/non = négatif)
- Y-a-t-il des fluctuations sur les dernières 24 heures ? (oui = positif/non = négatif)

Critère 2 : Inattention
- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ?
  - Test «ABRACADABRA» : Epelez chaque lettre (1-2 secondes entre chaque lettre) et demandez au patient de serrer la main sur la lettre «A» :

Le test est positif s'il y a plus de deux erreurs (soit le patient ne sert pas la main sur la lettre A, soit il la sert sur une autre lettre)

Critère 3 : Désorganisation de la pensée
- Question oui/non :
  - Est-ce qu'une pierre flotte sur l'eau ?
  - Y-a-t-il des poissons dans la mer ?
  - Est-ce qu'un kilogramme pèse plus que deux kilogrammes ?
  - Peut-on utiliser un marteau pour enfoncer un clou ?

Le test est positif s'il y a plus d'une réponse fausse

- Commandes verbales :
  - Dites au patient : «Montrez-moi le même nombre de doigts» (Montrez-lui deux doigts)
  - Puis «Faites la même chose avec l'autre main»

Le test est positif si le patient se trompe dans ces deux commandes

Etape 4 : Evaluation de la vigilance
- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ? Alerte, vigile, léthargique, stuporeux, comateux

Le test est positif si le niveau de conscience est autre qu'alerte

Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

CLASSIFICATION DE MOSER

Class	Functional ability
1	No substantial restriction of instrumental activities of daily living (ADL) tasks (e.g., taking a bus, shopping), but noted dyspnoea on strenuous exertion; may be employable
2	No dyspnoea with essential ADL tasks or on level walking and able to do complex household tasks, but noted dyspnoea on climbing stairs, slopes, and shopping
3	Dyspnoea with basic ADL tasks (e.g., bathing or dressing); able to walk at own pace for a short distance or in the home environment, but unable to keep up with healthy individuals of comparable age
4	Homebound and dependent on others for some basic ADL tasks (e.g., using the toilet, bathing); not dyspnoeic at rest, but becomes dyspnoeic with minimal exertion
5	Limited to bed or chair; dyspnoeic at rest and dependent upon assistance from others for most of the basic ADL tasks

CONTACT

Association Nationale Française des Ergothérapeutes

64 rue Nationale - CS 41362

75214 Paris Cedex 13

01 45 84 30 97

accueil@anfe.fr

www.anfe.fr

Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

51 chemin des Manardes

34160 Boisseron

afeg.ergo@gmail.com

www.afeg.asso.fr