

# Accompagnement en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) de l'hôpital au lieu de vie

## 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, mai 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](http://www.anfe.fr) – [www.afeg.asso.fr](http://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 « Accompagnement en ergothérapie des patients atteints de maladie à Coronavirus 2019 (Covid-19) de l'hôpital au lieu de vie - Recommandations professionnelles »*. Diffusion AFEG - ANFE.

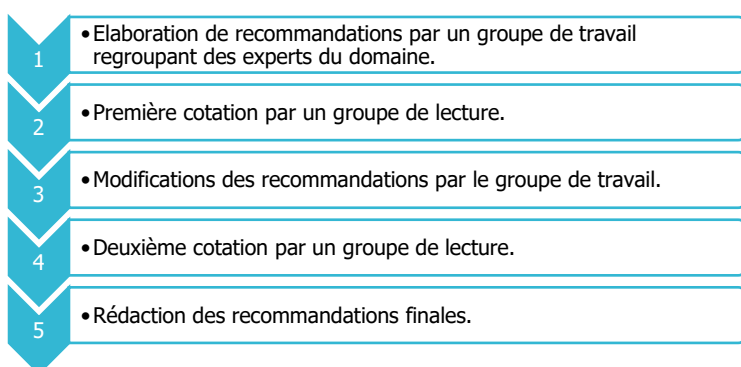
## Introduction

Face à la situation exceptionnelle à laquelle est confronté notre système de soins, l'ergothérapie est exposée à un défi majeur d'adaptation rapide à une situation nouvelle, une pathologie méconnue aux répercussions multiples. Il existe de nombreuses conséquences sur l'état de santé différentes de celles liées directement de l'affection respiratoire, nous observons par exemple des risques de perte d'autonomie et d'indépendance, d'aggravation et de décompensation des maladies chroniques mais aussi des répercussions liées au temps d'immobilisation et de confinement prolongé en particulier pour les personnes âgées fragiles. Les personnes atteintes de Covid-19 ont besoin d'accéder à des soins en ergothérapie leur permettant de retrouver le plus rapidement possible leurs capacités, leur autonomie, leurs activités. Il est essentiel d'inclure les ergothérapeutes dans la lutte contre l'épidémie en produisant en urgence un accord professionnel. Celui-ci permettra de guider le suivi en ergothérapie des patients atteints de Covid-19 au cours des différentes étapes de leur accompagnement. Ce document a pour objectif de restituer des messages clés, de décrire les objectifs, évaluations et actes de réadaptations que les ergothérapeutes peuvent mettre en œuvre pour les patients ayant des séquelles essentiellement pneumologiques ou pour ceux ayant d'autres répercussions. Il aborde les différentes séquences de l'accompagnement en ergothérapie, en service Covid, post Covid, en services de réadaptation, lors de la préparation de la sortie d'hôpital, sur le lieu de vie à domicile ou en institution. Ce document est rédigé en fonction de l'état des connaissances au moment de sa publication, les recommandations qu'il contient peuvent évoluer au fur et à mesure de l'évolution des connaissances.

Ce document n'est pas élaboré selon la méthodologie de recommandations de bonnes pratiques mais selon une méthode d'accord professionnel réalisée en mode dégradé compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de crise. 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 à l'origine d'un accord professionnel doivent être représentatifs des différents professionnels de santé concernés et des différentes modalités d'exercice. La formulation d'un accord professionnel nécessite la connaissance des pratiques professionnelles, il ne doit pas être en contradiction avec les textes officiels ou avec des données scientifiques existantes. (ANAES, 2000).

## Méthode

Elaboration de recommandations par un groupe de travail regroupant des experts du domaine en fonction d'une sélection restreinte de littérature et d'un consensus des experts.



## Contexte

La pathologie Covid-19 peut être responsable d'une atteinte respiratoire, mais aussi d'autres déficiences (neurologiques, neuromusculaires, cardiovasculaires, digestives, hépato-rénales, psychiatriques, cognitives etc.) entraînant de nombreuses séquelles générant des conséquences de restriction de participation aux activités. Elle peut évoluer vers une insuffisance respiratoire restrictive par faiblesse des muscles respiratoires (Chan et al., 2003), fibrose pulmonaire secondaire associée à un trouble de la diffusion responsables d'un déconditionnement à l'effort (Ye et al., 2020) (Bissett et al., 2012) (Pan et al., 2020). Les patients ayant séjourné de façon prolongée en Unité de Soins Intensifs ou en réanimation peuvent présenter un syndrome post soins intensifs, avec des atteintes musculaires, sensitives, psychologiques, cognitives pouvant affecter leurs activités de la vie quotidienne durablement. Les cas graves de Covid-19 atteignent préférentiellement les personnes âgées, mais aussi les personnes ayant des facteurs de risque associés (surpoids, diabète). La prise en charge à la phase aiguë de ces patients est elle-même responsable du fait de l'alitement et de situations de déconditionnement, de risques de décompensations de fonctions préalablement fragilisées (cognitives, posturales, motrices, psychologiques...). Chez les sujets fragiles

on peut prévoir une augmentation des risques d'escarres, de fonte musculaire, de déconditionnement de l'orthostatisme (Connolly et al., 2016), de rétractions articulaires, musculaires et tendineuses (Clavet et al., 2015), de syndrome de désadaptation psychomotrice (Manckoundia & Mourey, 2020), de troubles cognitifs ainsi qu'une dénutrition sévère multifactorielle (van Zanten et al., 2019). Les risques de troubles cognitifs sont prédominants auprès des sujets présentant des antécédents de pathologies cognitives, ils peuvent se présenter sous forme d'une confusion aiguë, de troubles attentionnels et de l'orientation temporo-spatiale, d'une apathie, d'une dépression ou de troubles du comportement.

La présence de difficultés de mobilisation en décubitus avec signes de rétropulsion, hypertonie oppositionnelle, de stasobasophobie doit faire penser à un syndrome de désadaptation psychomotrice nécessitant une prise en charge spécifique (Manckoundia & Mourey, 2020).

Le risque d'escarres est majoré du fait d'une augmentation des facteurs de risque (nutritionnel, immobilité, macération). Des localisations atypiques d'escarres liées aux décubitus ventraux réalisés en phase de réanimation peuvent être observées (visage, rotules, orteils, sternum).

La récente revue systématique de littérature de Ceravolo le 22 avril 2020 portant sur les besoins en réhabilitation liés au Covid-19 a retenu 9 articles, elle conclut :

- 1)- La réhabilitation précoce doit être proposée aux patients atteints du Covid19.
- 2)- Les sujets avec restriction de mobilité due à une quarantaine ou au confinement doivent recevoir des programmes d'exercices permettant de réduire leur fragilité, sarcopénie, déclin cognitif et dépression.
- 3)- La télé-réhabilitation représente la première option à domicile (Ceravolo et al., 2020).

Des données récentes portant sur les besoins en réadaptation suite à une atteinte par Covid-19 montrent que 50% des personnes n'auront pas besoin de soins de santé ou de services sociaux après leur sortie, 45% des personnes pourront être renvoyées à la maison avec le soutien des services de soins de santé et sociaux, 4% des personnes auront besoin d'une réadaptation • 1% ne pourront pas être renvoyés à la maison après une crise aiguë (NHS, 2020).

Les programmes de réadaptation respiratoire auprès des patients Covid-19 ne sont pas documentés du fait de l'apparition récente de la maladie, on peut les rapprocher des programmes de réadaptation respiratoire des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique (BCPO) ou d'atteintes pulmonaires de type Sras-Cov. Selon des

recommandations de la société de pneumologie de langue française de 2009, la réhabilitation respiratoire « est un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie. La réhabilitation a pour objectif principal de maintenir dans la durée un niveau d'activités physiques quotidiennes jugé nécessaire à la santé physique et psychique du patient, de façon à diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé » (Société de Pneumologie de Langue Française, 2009). Ces programmes ont pour objectif d'améliorer l'adaptation à l'effort, la qualité de vie et le pronostic vital à long terme. L'ergothérapie part du constat selon lequel il existe une relation entre les activités et la santé, et que les activités peuvent modifier l'évolution de la maladie et la survie des sujets atteints de maladies chroniques (Iwarsson et al., 1998). Le « Pulmonary Rehabilitation Program including Occupational Therapy (PPR-OT) » est un programme de réadaptation pulmonaire en ergothérapie, il a pour objectif de faciliter la reprise des activités de la vie journalière, réduire la consommation d'oxygène durant les activités de la vie journalière et d'améliorer ainsi ses performances et sa qualité de vie. Pour chaque activité le niveau d'intensité permettant de prévenir la désaturation et de réduire la dyspnée est déterminé sous contrôle médical en fonction des résultats obtenus aux tests de tolérance à l'effort. Les séances d'ergothérapie ont pour objectif d'adapter les activités et l'environnement afin de réduire la consommation d'oxygène. Les méthodes d'éducation thérapeutique en ergothérapie ont toute leur place dans ces programmes. Elles ont pour objectif de favoriser de nouveaux apprentissages pour le bon fonctionnement des actes de la vie quotidienne intégré à l'environnement du patient, d'améliorer le niveau de connaissances et de capacités à faire face des patients et de leur entourage (Stélianides, 2017). L'éducation en ergothérapie part du principe que les situations d'activités de la vie quotidienne sont des occasions éducatives, elle se base donc sur une observation en situation écologique « *En observant la façon dont le patient s'y prend, il sera ainsi plus facile de travailler en collaboration pour l'amener à trouver la solution qui lui convient le mieux pour qu'il puisse résoudre son problème. La démarche de l'analyse fonctionnelle de la situation vise ainsi à faire réfléchir le patient sur ses actions et d'en comprendre la problématique pour mieux s'y adapter. Cette analyse doit avant tout passer par un processus d'observation et de réflexion en collaboration avec le patient* » (Guillemot, 2014).

L'étude randomisée prospective de Maekura a montré que la mortalité, toutes causes confondues, à 7 ans était extrêmement faible chez les patients du groupe réhabilitation pulmonaire en ergothérapie (PPR-OT) (28,2%), par rapport à celle du groupe témoin (44,7%) (Maekura et al., 2015). Une étude récente réalisée à Hong Kong auprès de 431 patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique a suivi pendant 12 ans les effets d'un programme de réadaptation pulmonaire pluri professionnelle associant de

l'ergothérapie. Le score de MOSER  $\geq 2$  et le non-achèvement du programme ont été les facteurs prédictifs essentiels de diminution de survie (Lau et al., 2019).

En France le guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive publié par la Haute Autorité de Santé recommande l'implication des ergothérapeutes lors : du sevrage tabagique, aide à l'utilisation des aides respirateurs (qui est un problème majeur lorsque des troubles cognitifs sont associés), éducation à la santé, réadaptation, rééducation avec principalement renforcement des membres supérieurs (HAS, 2020).

Si l'on se réfère à l'étude de Kennedy portant sur des sujets atteints d'insuffisance respiratoire chronique, la présence d'une fragilité est associée à une augmentation du taux d'hospitalisation, de décès et à une plus mauvaise qualité de vie (Kennedy et al., 2019). Néanmoins, pour Maddocks les personnes âgées fragiles atteintes d'insuffisance respiratoire chronique répondent favorablement aux programmes de réhabilitation pulmonaire, on peut donc penser que la réhabilitation pulmonaire puisse leur être proposée dans le cadre de l'atteinte de Covid-19 (Maddocks et al., 2016).

Les programmes de réadaptation ne doivent pas se limiter à une prise en charge des conséquences pulmonaires, si l'on analyse les causes de décès à long terme des patients ayant suivi un programme de réadaptation pulmonaire, on peut observer que seulement 45 à 63% sont dues à la pathologie pulmonaire. Parmi les facteurs prédictifs, on retrouve le statut nutritionnel, l'endurance, les performances fonctionnelles et des facteurs sociaux, autant d'éléments marqueurs de fragilité (Gerardi & ZuWallack, 2001). Un grand nombre de patients présentent des séquelles peu liées à des troubles respiratoires mais plutôt à une décompensation de leur état fonctionnel, postural, psychologique ou cognitif fragilisé. L'accompagnement en ergothérapie est alors essentiellement axé sur la reprise des activités instrumentales de la vie quotidienne. Il semble donc important de dépister et traiter l'ensemble des facteurs de fragilité, mais aussi les complications neuromusculaires acquises en réanimation pour orienter les soins de rééducation réadaptation. Pour cela l'approche doit être multifactorielle et pluridisciplinaire, basée sur un langage commun des différents intervenants en utilisant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

## Recommandations du groupe de travail

### 1) Objectifs de l'accompagnement en ergothérapie des patients atteints de Covid-19 en hospitalisation, réadaptation et à domicile.

Dès la phase de réveil post réanimation, en hospitalisation, service de réadaptation et à domicile.

- Permettre la récupération fonctionnelle et la reprise d'activités.

Pendant la phase d'immobilisation.

- Prévenir les complications cutanées et orthopédiques liées au décubitus et à la restriction d'activités.

Pendant la phase de réadaptation.

- Favoriser la reprise des activités de la vie journalière antérieures afin de récupérer et d'entretenir les capacités physiques, cardio respiratoires et cognitives.
- Diminuer la dyspnée, prévenir la désaturation et la fatigue liées à l'insuffisance respiratoire restrictive lors des activités de la vie journalière.

A la sortie d'hospitalisation.

- Préparation, organisation, facilitation du retour à domicile : assurer le lien hôpital-lieu de vie (préconiser des aides techniques et aménagements de l'environnement, conseiller les aidants professionnels et familiaux).

### 2) Bilans et évaluations pour un accompagnement en ergothérapie des patients atteints de Covid-19

Dès la phase de réveil post réanimation, en hospitalisation secteur COVID et post COVID

- Evaluer l'état cutané et les risques d'escarre.
- Evaluer les troubles posturaux en décubitus et en position assise.
- Evaluer le niveau d'autonomie pour les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne (ADL de Katz, IADL de Lawton, Mesure d'indépendance fonctionnelle, Indice de Barthel, SMAF...).
- Evaluer les troubles cognitifs (conséquences de l'infection au Covid-19, du temps en réanimation ou d'une confusion aiguë chez un sujet âgé fragile), leur répercussion sur les activités de la vie journalière. (Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit CAM-ICU / Analyse d'activités perturbées / bilans de dépistage (Montreal



Cognitive Assessment (MOCA), Évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC), Batterie d'Évaluation Cognitive BEC96...).

Pendant la phase de réadaptation respiratoire en hospitalisation et à domicile.

- Identifier les activités que la personne perçoit comme limitant ou affectant sa performance dans la vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir des améliorations (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel MCRO (Dedding et al., 2004) / Mesure des Habitudes de vie MAHVIE (Cantin, 2019).
- Évaluer la tolérance à l'effort en situation d'activités de la vie quotidienne en fonction des valeurs maximales définies par le médecin. (Chronic Respiratory disease questionnaire (CQR) (Wijkstra et al., 1994) / Disability related to COPD tool (DIRECT) (Aguilaniu et al., 2011) / Niveaux de SaO2 et Fréquence Cardiaque) / .
- Évaluer la perception de l'effort en situation d'activités (score de Borg (Borg, 1970).
- Évaluer l'impact des restrictions respiratoires sur la qualité de vie (Questionnaire respiratoire du St Georges's Hospital (partie 2)). (Jones et al., 1992)
- Évaluer la dépression, les répercussions sur la restriction d'activités. (Gériatric Depression Scale) (Yesavage et al., 1982).

### 3) Actes de réadaptation pour une prise en charge en ergothérapie des patients atteints de Covid-19

Dès la phase de réveil post réanimation, en hospitalisation secteur Covid et post Covid.

- Préconiser des dispositifs d'aide à la prévention et au traitement des escarres au lit et au fauteuil.
- 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'assistance pour la communication (systèmes d'appels, téléphones...).
- Préconiser des dispositifs d'assistance pour compensation des troubles cognitifs (orientation, mémoire).
- Préconiser des dispositifs d'aide à la posture au lit et au fauteuil.
- Stimuler la reprise des activités de la vie quotidienne le plus précocement possible selon les capacités des sujets.

Réadaptation fonctionnelle en hospitalisation et à domicile des sujets ayant des séquelles

#### respiratoires dominantes.

- Proposer des modifications des activités de la vie quotidienne permettant des économies d'effort et de souffle (adaptation des stratégies, planification, organisation, séquençage, gestuelles d'économie d'efforts, adaptation du rythme de réalisation, fractionnement des activités, adaptation du souffle, des techniques de respiration).
- Pour chaque activité le niveau d'intensité permettant de prévenir la désaturation et réduire la dyspnée est déterminé sous contrôle médical.
- Apprendre au patient à reconnaître le seuil de désaturation dans les différentes activités de la vie journalière (sevrage du saturomètre).
- Proposer à domicile des dispositifs d'assistance et des aménagements de l'environnement permettant la réduction des efforts et le maintien des activités de la vie quotidienne.
- Réaliser des séances d'éducation des patients et de leur entourage régulières et suivies, permettant de définir un plan d'actions, l'intégration des consignes, d'économie d'effort et d'adaptation aux capacités respiratoires, le développement des capacités à faire face aux situations, la valorisation de ses capacités.
- Proposer une continuité des soins en ergothérapie à domicile ou en ambulatoire pour accompagner un retour à domicile.
- Prévenir les risques de chute

#### Réadaptation fonctionnelle en hospitalisation et à domicile des sujets ayant des séquelles dominantes non respiratoires.

- Proposer des aides techniques et aménagements permettant un maintien ou une reprise des activités de la vie quotidienne.
- Eduquer, former les patients, aidants professionnels et familiaux à l'utilisation de matériels préconisés par l'ergothérapeute.
- Proposer des séances d'entraînement en situation d'activités de la vie quotidienne permettant de développer des stratégies, améliorer les performances, d'intégrer l'utilisation des aides techniques et des aménagements.
- Proposer des séances d'ergothérapie de réadaptation cognitives.
- Prévenir les risques de chute, lutter contre la peur de tomber et la restriction d'activités.

## Avertissement préliminaire à la reprise d'activités physiques

Selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), pour la prise en charge des patients post-Covid-19 en médecine physique et de réadaptation (MPR), en soins de suite et de réadaptation (SSR), et retour à domicile : « une reprise d'activités non encadrée peut exposer à des situations de décompensation, lorsque l'une des conditions suivantes survient en cours de rééducation, le rééducateur doit immédiatement mettre fin à l'exercice et demander l'avis d'un médecin : Echelle de Borg > 3/10; (2) Oppression thoracique, essoufflement, malaise, maux de tête, vision trouble, palpitations, sueurs, cyanose, etc. Une polypnée > 22 /minutes ou une baisse de la SaO<sub>2</sub> > 4 points par rapport à la SaO<sub>2</sub> de repos nécessitent la diminution de l'intensité de l'exercice et l'administration d'O<sub>2</sub> (si prescrit par le médecin) » (HAS 2020).

## **Coordination**

Fabrice NOUVEL

## **Groupe de travail**

Karen BERNET, Nicolas BIARD, Hélène BAUDUIN, Claire BONAMICI JAMET, Mickael BRIQUET, Justine CABARET, Maguelone CAUMES, Kévin DEFRANCE, Gwendoline DUHOMME, Marine FEBVRE, Muriel GAILHAC ROUSSET, Julie GENER, Hélène GUERRE-BILLIG, Kévin KLEIN, Karine LEGAC, Agnes MARTIN, Anne REGNACQ, Emilie RUBIO, Simone THEIS, Lindsay VAN UYTVEN, Cyril VIGOUROUX, Teresa VRENNNA, Nadège VISSEYRIAS.

## **Groupe de lecture**

Comité scientifique de l'Association Nationale Française d'Ergothérapie.

# BIBLIOGRAPHIE

- ANAES 2012. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé : Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.
- Bissett, B., Leditschke, I. A., Paratz, J. D., & Boots, R. J. (2012). Respiratory dysfunction in ventilated patients : Can inspiratory muscle training help? *Anaesthesia and Intensive Care*, 40(2), 236-246. <https://doi.org/10.1177/0310057X1204000205>
- Borg, G. (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2(2), 92-98.
- Ceravolo, M. G., De Sire, A., Andrenelli, E., Negrini, F., & Negrini, S. (2020). Systematic rapid « living » review on rehabilitation needs due to covid-19 : Update to march 31st 2020. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06329-7>
- Chan, K. S., Zheng, J. P., Mok, Y. W., Li, Y. M., Liu, Y. N., Chu, C. M., & Ip, M. S. (2003). SARS : Prognosis, outcome and sequelae. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 8 Suppl, S36-40. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00522.x>
- Clavet, H., Doucette, S., & Trudel, G. (2015). Joint contractures in the intensive care unit : Quality of life and function 3.3 years after hospital discharge. *Disability and Rehabilitation*, 37(3), 207-213. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.913707>
- Connolly, B., Salisbury, L., O'Neill, B., Geneen, L., Douiri, A., Grocott, M. P. W., Hart, N., Walsh, T. S., & Blackwood, B. (2016). Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness : Executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7(5), 520-526. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12146>
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I. C. J. M., Dekker, J., & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure : A client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 660-667. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr746oa>

- Gerardi, D., & ZuWallack, R. (2001). Non-pulmonary factors affecting survival in patients completing pulmonary rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease = Archivio Monaldi Per Le Malattie Del Torace*, 56(4), 331-335.
- Iwarsson, S., Isacson, A., Persson, D., & Scherstén, B. (1998). Occupation and survival : A 25-year follow-up study of an aging population. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 52(1), 65-70. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.1.65>
- Kennedy, C. C., Novotny, P. J., LeBrasseur, N. K., Wise, R. A., Sciruba, F. C., & Benzo, R. P. (2019). Frailty and Clinical Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(2), 217-224. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201803-175OC>
- Lau, C. W., Mok, T., Ko, W. W., Ng, B. H., Chan, I. H., Tsui, T. T., Ling, S. O., Kwan, H. Y., Poon, Y. N., Yim, C. W., & Yau, P. Y. (2019). Survival prediction in patients with chronic obstructive pulmonary disease following a pulmonary rehabilitation programme in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy: HKJOT*, 32(2), 108-117. <https://doi.org/10.1177/1569186119882772>
- Maddocks, M., Kon, S. S. C., Canavan, J. L., Jones, S. E., Nolan, C. M., Labey, A., Polkey, M. I., & Man, W. D.-C. (2016). Physical frailty and pulmonary rehabilitation in COPD : A prospective cohort study. *Thorax*, 71(11), 988-995. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-208460>
- Maekura, R., Hiraga, T., Miki, K., Kitada, S., Miki, M., Yoshimura, K., Yamamoto, H., Kawabe, T., & Mori, M. (2015). Personalized pulmonary rehabilitation and occupational therapy based on cardiopulmonary exercise testing for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1787-1800. <https://doi.org/10.2147/COPD.S86455>
- Manckoundia, P., & Mourey, F. (2020). [Psychomotor disadaptation syndrome]. *Revue Medicale De Liege*, 75(3), 180-184.
- NHS. Department of Health and Social Care (2020) COVID-19 hospital discharge service requirements. London: Department of Health and Social Care. Available at: [assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/880288/COVID19\\_hospital\\_discharge\\_service\\_requirements.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/880288/COVID19_hospital_discharge_service_requirements.pdf).
- Pan, Y., Guan, H., Zhou, S., Wang, Y., Li, Q., Zhu, T., Hu, Q., & Xia, L. (2020). Initial CT findings and temporal changes in patients with the novel coronavirus pneumonia (2019-nCoV) : A study of 63 patients in Wuhan, China. *European Radiology*. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06731-x>.
- Société de pneumologie de langue française : Recommandation SPLF pour la prise en charge de la BPCO, mise à jour 2009. *RMR* 2010;27:522–48.

- Stélianides S, Grosbois JM. Réhabilitation respiratoire. EMC - Traité de Médecine Akos 1, Volume 0,n°0, 2017.
- Van Zanten, A. R. H., De Waele, E., & Wischmeyer, P. E. (2019). Nutrition therapy and critical illness: Practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Critical Care (London, England)*, 23(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2657-5>
- Wijkstra, P. J., TenVergert, E. M., Van Altena, R., Otten, V., Postma, D. S., Kraan, J., & Koëter, G. H. (1994). Reliability and validity of the chronic respiratory questionnaire (CRQ). *Thorax*, 49(5), 465-467. <https://doi.org/10.1136/thx.49.5.465>
- Ye, Z., Zhang, Y., Wang, Y., Huang, Z., & Song, B. (2020). Chest CT manifestations of new coronavirus disease 2019 (COVID-19): A pictorial review. *European Radiology*. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06801-0>

# CONTACT



Artisans de votre liberté

## **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](http://www.anfe.fr)**



## **Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie**

51 chemin des Manardes

34160 Boisseron

afeg.ergo@gmail.com

**[www.afeg.asso.fr](http://www.afeg.asso.fr)**