



## Lettre à l'éditeur

# ROLE DE LA MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (MPR) EN TEMPS DE PANDEMIE COVID-19. EXEMPLE DU SERVICE DE MPR DU CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA.

## ROLE OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN TIMES OF PANDEMIC COVID-19. THE CASE OF THE PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE SERVICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN CASABLANCA.

F. Lmidmani\*, A. Elfatimi\*\*

\* Professeur de l'Enseignement Supérieur, Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

\*\* Professeur de l'Enseignement Supérieur, Chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Reçu le : 01/06/20

accepté le : 03/06/20

Coronavirus Disease 2019 ou COVID-19, est une pandémie qui a commencé en décembre 2019 en Chine et qui s'est répandue comme une vague dans plusieurs pays, constituant la plus grande crise sanitaire mondiale de notre époque. A la date du 31 Mai 2020, on compte selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS **5 934 936** cas confirmés dans le monde et **367 166** décès. [1] Au Maroc, un total de **7 780** cas ont été recensés et **204** décès déplorés. La région Casa-Settat a enregistré **33.75%** des cas. [1]

Le premier cas COVID-19 au Maroc a été enregistré le 2 Mars 2020.

Dès le 5 Mars 2020, le Maroc a mis en place différentes mesures pour contenir la propagation de la pandémie, ce qui a permis un ralentissement de la vitesse de propagation de l'infection avec une prédominance des formes bénignes et une faible létalité.

Le COVID-19 est certes responsable d'une atteinte respiratoire, mais également d'autres déficiences, neurologiques, musculo-squelettiques, cardiaques, métaboliques, psychiques, ...etc. A l'origine de limitations fonctionnelles et de restriction de participation [2].

Le service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle (MPR) a réadapté ses missions pour jouer son rôle dans la prise en charge de tous les patients atteints ou non de COVID-19 en ce temps de pandémie. Le COVID-19 est responsable d'une atteinte respiratoire, d'atteintes méningo-encéphaliques, médullaires et neurologiques périphériques directes ou indirectes, des neuromyopathies acquises en réanimation (NMAR) [2], voir un déconditionnement à l'effort à l'origine de plusieurs déficiences.

Dès l'annonce de la pandémie, le service de MPR a redéployé son personnel médical et paramédical afin de pouvoir prendre en charge tous les patients COVID positifs, mais aussi les patients non suspects hospitalisés ou suivis en hôpital de jour du service de MPR.

### Stratégie de prise en charge des patients confirmés COVID-19 positifs hospitalisés au service de réanimation ou en unité de soins intensifs

Des recommandations ont été élaborées en se basant sur une revue de la littérature.

Les principaux objectifs de la prise en charge rééducative de ces patients sont : la prévention des

complications de décubitus [3-5] (escarres, thromboses veineuses, raideurs, rétractions tendineuses, ...), l'amélioration de la fonction respiratoire et la récupération de l'autonomie. Tout en respectant le principe de surveillance du patient au cours et après chaque intervention (amélioration, aggravation) et la protection du personnel soignant (Equipement de Protection Individuelle pour le personnel et port de masque chirurgical par le patient s'il n'est pas ventilé, sinon travail en circuit fermé) [6].

#### ▪ La kinésithérapie respiratoire :

Ses indications sont en premier lieu la présence de symptômes sévères ; et en second lieu, la présence de symptômes légers et /ou pneumonie associés à une comorbidité respiratoire ou neuromusculaire coexistant, une évidence de consolidation exsudative, avec difficulté ou incapacité à éliminer les sécrétions de façon autonome [7, 8].

La kinésithérapie respiratoire n'est pas indiquée chez les patients présentant des symptômes légers sans altération respiratoire importante ou présentant une pneumonie, mais avec un besoin en oxygène de faible niveau (débit  $\leq$  5L/min pour une  $SpO_2 \geq 90\%$ ), une toux non productive ou bien chez un patient capable d'expectorer seul [7, 8].

Elle est contre indiquée devant un patient cliniquement instable [3, 8].

Et finalement, certaines techniques ne sont pas recommandées à la phase aigüe de la maladie, telle la respiration lèvres pincées, la respiration diaphragmatique, la mobilisation manuelle et l'étirement des muscles respiratoires, la toilette bronchique, le lavage nasal et le renforcement des muscles respiratoires [3].

#### ▪ La kinésithérapie motrice :

Elle est principalement indiquée chez les patients présentant un risque élevé de développer des limitations fonctionnelles importantes, ou ayant déjà de telles limitations. Par contre, il faut attendre la levée de la sédation pour commencer un travail de mobilisation active chez les patients intubés sans antécédents particuliers. Sans oublier que les patients peuvent être référés après la sortie des soins intensifs au service de MPR pour compléter leur prise en charge [7-9].

---

### Stratégie devant un patient suspect COVID-19 suivi au service de MPR

---

Si le patient présente des signes en faveur d'une suspicion de COVID-19 (selon la nouvelle définition des cas publiée par le ministère de la santé le 20/5/2020) [10], il faut isoler immédiatement le malade et lui faire porter un masque chirurgical. Mettre les moyens de protection (masque FFP2, casaque et gants) pour les professionnels de santé en contact étroit avec le patient et limiter les intervenants auprès du cas au strict minimum nécessaire à sa prise en charge. Finalement, il faut signaler le cas immédiatement au chef de service, qui à son tour va appeler l'enseignant référant d'astreinte au niveau du CHU [11].

---

### La stratégie de prise en charge en MPR des patients non suspects COVID-19

---

Cette stratégie est basée sur l'application des mesures barrières [3, 4] par les patients hospitalisés ou suivis en hôpital de jour et par le personnel soignant.

Au cours des séances de rééducation, il faut insister sur la désinfection du matériel de rééducation présent dans le plateau technique entre deux patients.

Pour programmer une exploration, les patients sont d'abord vus en consultation [6] (Éliminer un cas suspect [12], lister les facteurs de risque, déterminer le niveau d'urgence), puis programmés en commençant par les patients urgents et ceux déprogrammés au début de la pandémie [9].

---

### Activité physique en temps de pandémie

---

Le confinement est responsable d'une diminution du nombre de pas, d'une discontinuité de l'activité physique, une augmentation de la sédentarité, une diminution de la charge mécanique et une diminution de la dépense énergétique [13].

Tout cela serait responsable d'un déclin métabolique et constituerait un facteur de risque de développement de différentes pathologies qui seront à l'origine d'une charge économique et sociétale future [9, 13].

D'où l'importance de conseiller à nos patients la réalisation d'une activité physique régulière qui doit répondre aux recommandations de l'OMS à savoir de cumuler un minimum de 150 min d'activité physique modérée ou 75 min d'activité intense par semaine et

d'associer aussi bien le renforcement musculaire que le travail cardiorespiratoire.

---

### CONCLUSION

---

Le rôle de la médecine physique et de réadaptation est indéniable dans la prise en charge des patients atteints de COVID-19, depuis la phase aiguë et quel que soit le degré de gravité, jusqu'en post guérison avec une réhabilitation adaptée aux différentes séquelles résiduelles, retour à domicile et réinsertion. Sans oublier la prise en charge des patients hospitalisés au service de MPR ou suivis en hôpital de jour qui vont surement aggraver leurs pathologies musculo-squelettiques ou neurologiques suite au déconditionnement à l'effort et à la sédentarité secondaire au confinement et au retard de prise en charge. Et finalement, l'équipe médicale et paramédicale doit se préparer à l'afflux des patients après le dé-confinement, en appliquant le triage, les mesures barrières et les différentes recommandations de prise en charge.

---

### REFERENCES

---

- [1] Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 132, 31 May 2020
- [2] **HAS.** Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID+ en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), et retour à domicile. Avril 2020
- [3] Monaldi Archives for Chest Disease 2020;90:1285. doi:10.4081/monaldi.2020.1285
- [4] Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance V 1.2. 13 March 2020
- [5] Guidelines on Clinical Management of COVID – 19. Government of India.Ministry of Health & Family Welfare Directorate General of Health Services. 20/3/2020
- [6] **Dr. Tinku Joseph (India), Dr. Mohammed Ashkan (Iran).** International Pulmonologist's Consensus On Covid-19.
- [7] **Reffienna et al.** Recommandations sur la prise en charge kinésithérapique des patients COVID-19 en réanimation. Version 1 du 19/03/2020
- [8] Prise en charge en physiothérapie des patients de soins intensifs atteints de la COVID-19: Recommandations pour guider la pratique clinique. <https://www.journals.elsevier.com/journal-of-physiotherapy>.Version1.0, 23/03/2020

- [9] REHABILITATION OF COVID-19 PATIENTS. J Rehabil Med 2020; 52: jrm00046
- [10] Circulaire du ministère de la santé publié le 20/5/2020 : circulaire n°038/DELM/00
- [11] Circulaire du ministère de la santé n°006/DELM/2020
- [12] Plan national de veille et de riposte à l'infection par le Coronavirus 2019-nCoV
- [13] Physical Activity During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Prevention of a Decline in Metabolic and Immunological Functions. Front. Sport Act Living 30 April 2020