

AOÛT 2022

## GUIDES ET NORMES

Interventions en réadaptation pour les personnes qui présentent des affections post-COVID-19

Rapport en soutien à la fiche d'aide à la prise en charge : Interventions en réadaptation

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale





# Interventions en réadaptation pour les personnes qui présentent des affections post-COVID-19

Rapport en soutien à la fiche d'aide à la prise en charge : Interventions en réadaptation

*Rédaction*  
Désirée Nsanzabera  
Sybille Saury

*Collaboration*  
Marie-Claude Breton  
Isabelle David  
Christiane Carolle Lawson  
Julie Lefebvre  
Viviane Lortie  
Geneviève Morrow  
Annie Tessier

*Coordination scientifique*  
Isabelle Boisvert

*Direction*  
Anne Chamberland  
Marie-Claude Sirois



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

### **Membres de l’équipe de projet**

#### **Auteures principales**

Désirée Nsanzabera, M.A.

Sybille Saury, M. Sc.

#### **Repérage d’information scientifique**

Bin Chen, tech. doc.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

#### **Collaboratrices internes**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Isabelle David, M. Sc.

Christiane Carolle Lawson, M. Sc.

Julie Lefebvre, Ph. D.

Viviane Lortie, M. Sc.

Geneviève Morrow, Ph. D.

Annie Tessier, Ph. D.

#### **Soutien administratif**

Brigitte Beaulieu

#### **Coordonnatrice scientifique**

Isabelle Boisvert, Ph. D.

#### **Adjointe à la direction**

Anne Chamberland, M. S. S.

#### **Directrice**

Marie-Claude Sirois, M. Sc., M. Sc. Adm.

---

### **Équipe de l’édition**

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

#### **Sous la coordination de**

Renée Latulippe, M.A.

#### **Avec la collaboration de**

Littera Plus, révision linguistique

Traductions À la page, traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN 978-2-550-92517-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Pour citer ce document : Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Interventions en réadaptation pour les personnes qui présentent des affections post-COVID-19. Rapport en soutien à la fiche d’aide à la prise en charge : Interventions en réadaptation. Rédigé par Désirée Nsanzabera et Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS; 2022. 97 p.

L’Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l’élaboration du présent document.

## Comité de suivi<sup>1</sup>

Les membres du comité de suivi sont :

**M<sup>me</sup> Sarah Boucher-Guévremont**, travailleuse sociale, représentante de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

**M<sup>me</sup> Geneviève Chabot**, directrice, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

**M. Patrick Doiron-Cadrin**, physiothérapeute, représentant de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

**M<sup>me</sup> Guylaine Dufour**, ergothérapeute, représentante de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

**D<sup>r</sup> Hoang Duong**, interniste, représentant de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

**M<sup>me</sup> Mariève Dupont**, conseillère, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

**M<sup>me</sup> Jade Falardeau**, coordonnatrice clinique en maladies rares et programmes spécifiques, Direction des services hospitaliers, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux

**M<sup>me</sup> Julie Gélinas**, infirmière clinicienne, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**M. Michel Gilbert**, psychoéducateur, représentant de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

**D<sup>r</sup> Claude Guimond**, médecin de famille, représentant de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

**M<sup>me</sup> Martine Lafleur**, infirmière, Direction générale adjointe des services en santé mentale et en psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux

**D<sup>r</sup> Luc Monette**, otorhinolaryngologue et chirurgien cervicofacial, représentant de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

**M<sup>me</sup> Marie-Ève Rouleau**, psychologue, représentante de l'Ordre des psychologues du Québec

**M<sup>me</sup> Chantal St-Arnaud**, pharmacienne, représentante de l'Ordre des pharmaciens du Québec

---

<sup>1</sup> Le comité de suivi a accompagné l'INESSS dans l'ensemble des projets entourant les affections post-COVID-19.

Autres ordres professionnels consultés :

**M<sup>me</sup> Paule Bernier**, présidente de l'Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec

**M<sup>me</sup> Marie-Claude Paquette**, directrice du développement professionnel, Ordre des orthophonistes et audiologues du Québec

## Comité consultatif

Les membres du comité consultatif<sup>2</sup> sont :

**M<sup>me</sup> Véronique Angers**, neuropsychologue, pratique privée

**D<sup>re</sup> Anne Bhéreur**, médecin de famille, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et patiente atteinte d'une affection post-COVID-19

**M<sup>me</sup> Laura Caspin**, physiothérapeute, Hôpital juif de réadaptation, CISSS de Laval

**M. Simon Décarie**, professeur adjoint, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Stéphanie Larivière**, nutritionniste, CISSS de la Montérégie-Ouest

**M<sup>me</sup> Charline Maltais-Schiettekatte**, kinésiologue, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Audrey Ouaknine**, ergothérapeute, Hôpital juif de réadaptation, CISSS de Laval

**M<sup>me</sup> Vanessa Patrice**, ergothérapeute, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, site Constance-Lethbridge, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>re</sup> Catherine Savard**, médecin de famille, Groupe de médecine familiale universitaire de Chicoutimi, chef du service médical de réadaptation, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean et professeure adjointe, Département de médecine familiale et d'urgence, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Leigh Stephens**, travailleuse sociale, CISSS de la Montérégie-Ouest

## Consultation auprès d'usagers

**M<sup>me</sup> Anne Bhéreur**, usagère atteinte d'une affection post-COVID-19

**M<sup>me</sup> Geneviève Dubé**, usagère atteinte d'une affection post-COVID-19

**M<sup>me</sup> Audrey Roberge**, usagère atteinte d'une affection post-COVID-19

**M<sup>me</sup> Vicky Thibault**, usagère atteinte d'une affection post-COVID-19

---

<sup>2</sup> Un membre du comité consultatif a souhaité rester anonyme. Il n'a déclaré aucun conflit d'intérêt.

## Lectrices externes

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Levert**, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**M<sup>me</sup> Nicole Marquis**, professeure, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Brigitte Vachon**, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

## Autres contributions

L'INESSS tient à remercier aussi les personnes suivantes qui ont contribué à la révision de la fiche sur les interventions de réadaptation à titre de futurs utilisateurs.

**M<sup>me</sup> Julie Beaumier**, orthophoniste, CISSS des Laurentides

**M<sup>me</sup> Jacinthe Beauregard Millaire**, ergothérapeute, coordonnatrice Équipe Empreinte, Clinique universitaire de réadaptation de l'Estrie (CURE), Université de Sherbrooke

**M. Martin Couture**, kinésiologue, coordonnateur clinique, Clinique Dynamik

**M<sup>me</sup> Vanessa Cuillerier**, nutritionniste, pratique privée

**M<sup>me</sup> Josée Fortin**, travailleuse sociale, Centre universitaire de santé McGill et Institut de recherche du CUSM

**M<sup>me</sup> Marie-Ève Fournier-Hénault**, physiothérapeute, Hôpital de réadaptation Villa Medica, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Justine Goulet**, neuropsychologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Clinique NeuroSolution

**M<sup>me</sup> Marie-Ève Laquerre**, physiothérapeute, Clinique ISO-SANTÉ

**M<sup>me</sup> Laurence Villeneuve**, psychologue, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

## Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet. Les personnes consultées qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnées ci-dessous.

**M<sup>me</sup> Véronique Angers** : fait de la pratique privée.

**D<sup>re</sup> Anne Bhéreur** : participation au collectif COVID-STOP; prises de position publiques sur des sujets relatifs aux affections post-COVID-19 (trajectoire de soins, recherche, reconnaissance de l'état de santé); contribution ponctuelle à une activité rémunérée de formation continue sur les affections post-COVID-19; codirection des projets de la thématique de recherche sur l'accompagnement, le rétablissement et le retour à

l'équilibre des personnes atteintes de la COVID-19 du Réseau québécois COVID – Pandémie; patiente partenaire sur des projets de recherche en lien avec la COVID-19.

**M. Simon Décarly** : titulaire d'une subvention octroyée par la Fondation du centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour un programme de recherche en lien avec les affections post-COVID-19; titulaire d'une subvention octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada pour un projet de recherche sur la synthèse des connaissances sur la COVID longue; codirection d'un groupe de travail sur la réadaptation dans le contexte des affections post-COVID-19 pour World Physiotherapy et d'un groupe de travail sur les impacts de la COVID-19 sur les pratiques de première ligne pour Réseau-1; auteur d'articles scientifiques sur la réadaptation en première ligne dans le contexte de la COVID-19; auteur d'un éditorial sur les approches sécuritaires en réadaptation dans le contexte des affections post-COVID-19; auteur d'une revue sur les modèles de pratique pour les affections post-COVID-19; codirection d'un projet d'implantation de trajectoires de soins de première ligne et de réadaptation au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest; direction des projets de la thématique de recherche sur l'accompagnement, le rétablissement et le retour à l'équilibre des personnes atteintes de la COVID-19 du Réseau québécois COVID – Pandémie; direction scientifique de l'axe rétablissement du Réseau québécois de recherche sur la COVID du Fonds de recherche québécois – Santé (FRQS).

**M<sup>me</sup> Geneviève Dubé** : conférencière d'une présentation sur la COVID-19 à un congrès; participe à des études sur la COVID-19.

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Levert** : chercheure régulière au CRIR; détient des fonds de recherche du CRSH et du FRQ pour des projets portant sur la qualité de vie de personnes qui vivent avec des incapacités physiques ou mentales chroniques.

**M<sup>me</sup> Laurence Villeneuve** : chargée de cours en psychologie à l'Université de Montréal; conférencière sur l'impact psychologique de la COVID-19; titulaire d'une subvention et participation à des projets de recherche concernant notamment un projet d'espace sensoriel.

## Responsabilité

L'INESSS assume l'entièr responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions et les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.



# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES .....	VI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE .....	3
1.1 Questions d'évaluation .....	3
1.2 Méthodes de synthèse des données issues de la littérature .....	3
1.2.1 Type de revue de la littérature .....	3
1.2.2 Stratégies de recherche et repérage de la littérature.....	4
1.2.3 Critères et processus de sélection des documents .....	4
1.2.4 Évaluation de la qualité méthodologique.....	5
1.2.5 Extraction.....	5
1.2.6 Analyse et synthèse .....	6
1.2.7 Collaboration interdirection à l'INESSS.....	6
1.3 Information contextuelle et perspective des parties prenantes.....	6
1.3.1 Comité consultatif.....	6
1.3.2 Comité de suivi .....	7
1.4 Confidentialité des données et considérations éthiques .....	7
1.5 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	8
1.6 Processus d'élaboration de la fiche complémentaire .....	8
1.7 Processus de validation .....	8
1.7.1 Validation interne .....	8
1.7.2 Validation par les pairs .....	8
2 RÉSULTATS .....	10
2.1 Description des documents retenus .....	10
2.2 Fiche complémentaire sur les interventions en réadaptation.....	10
2.2.1 Affections post-COVID-19 .....	10
2.2.2 Manifestations cliniques .....	11
2.2.3 Présentation clinique de la fatigue et des malaises post-effort .....	12
2.2.4 Principes généraux .....	14
2.2.5 Évaluation en réadaptation.....	17
2.2.6 Interventions en réadaptation .....	20
DISCUSSION.....	31
MISE À JOUR .....	33
CONCLUSION .....	34
RÉFÉRENCES.....	35

ANNEXE A.....	37
Stratégie de repérage de l'information scientifique .....	37
Stratégie de recherche de la littérature grise.....	41
Sélection des documents.....	45
Liste des documents retenus et non retenus.....	46
ANNEXE B.....	50
Évaluation de la qualité des documents sélectionnés.....	50
ANNEXE C.....	52
Extraction de l'information et des recommandations cliniques .....	52
ANNEXE D.....	84
Sondage auprès des futurs utilisateurs .....	84
ANNEXE E.....	91
Évaluation des travaux par les lectrices externes.....	91

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents .....	5
Tableau A-1	Bases de données bibliographiques .....	37
Tableau A-2	Mots clés employés dans la recherche de littérature grise .....	41
Tableau A-3	Sites Web consultés.....	41
Tableau A-4	Liste des documents retenus, selon la source.....	46
Tableau A-5	Liste des documents non retenus et la raison d'exclusion .....	48
Tableau B-1	Scores à l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés (1 <sup>re</sup> partie) .....	50
Tableau B-2	Scores à l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés (2 <sup>e</sup> partie).....	50
Tableau B-3	Critères de qualité basés sur le score global.....	51
Tableau C-1	Précautions à prendre lors des évaluations et des interventions (section : Principes généraux).....	52
Tableau C-2	Prise en charge en réadaptation (section : Principes généraux) .....	53
Tableau C-3	Principes généraux.....	53
Tableau C-4	Précautions à prendre lors des évaluations (section : Évaluation en réadaptation) .....	55
Tableau C-5	Évaluation en réadaptation .....	56
Tableau C-6	Évaluation de l'état nutritionnel et des altérations de l'odorat et du goût (section : Évaluation en réadaptation).....	57
Tableau C-7	Considérations générales (section : Interventions en réadaptation).....	57
Tableau C-8	Interventions liées à la fatigue et aux malaises post-effort (section : Interventions en réadaptation) .....	62
Tableau C-9	Interventions liées aux symptômes cardiorespiratoires (section : Interventions en réadaptation) .....	68
Tableau C-10	Interventions liées aux symptômes neurocognitifs (section : Interventions en réadaptation).....	75
Tableau C-11	Interventions liées à l'état nutritionnel et aux altérations de l'odorat et du goût (section : Interventions en réadaptation) .....	77
Tableau C-12	Interventions visant le retour au travail (section : Interventions en réadaptation).....	82
Tableau D-1	Résultat du sondage auprès des futurs utilisateurs .....	84
Tableau D-2	Commentaires des futurs utilisateurs et réponses de l'équipe de projet.....	86
Tableau E-1	Grille d'évaluation à l'intention des lectrices externes.....	91
Tableau E-2	Commentaires des lectrices externes et réponses de l'équipe de projet.....	92

## **LISTE DES FIGURES**

Figure A-1	Diagramme de flux .....	45
------------	-------------------------	----



# RÉSUMÉ

## Introduction

Certaines personnes qui ont contracté la COVID-19 sont aux prises avec un ou des symptômes qui perdurent de plusieurs semaines à plusieurs mois suivant l'infection. Étant donné le nombre de personnes qui ont contracté le virus et la transmission toujours active de l'infection, les affections post-COVID-19 pourraient se traduire par un nombre important de personnes aux prises avec cette condition et une pression supplémentaire sur le système de santé québécois.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'élaborer un chantier visant à soutenir les professionnels qui exercent auprès des personnes atteintes d'une affection post-COVID-19. Dans le cadre de ces travaux, l'INESSS a développé un outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 ainsi que quatre fiches complémentaires portant sur 1) fatigue et malaise post-effort, 2) manifestations neurologiques, 3) manifestations cardiorespiratoires et 4) altérations de l'odorat et du goût pour soutenir le personnel médical de première ligne – c'est-à-dire médecins, personnel infirmier, pharmaciens.

De plus, une fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation – p. ex. diététistes-nutritionnistes, ergothérapeutes, kinésiologues, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux – a également été développée. Elle se veut un survol de l'information utile pour les intervenants en réadaptation qui travaillent auprès des personnes atteintes d'une affection post-COVID-19. Sans s'adresser à une profession spécifique, la fiche contient les principaux éléments d'information communs à l'ensemble des professionnels en réadaptation dans une perspective interprofessionnelle. Elle est l'objet du présent rapport.

## Méthodologie

L'élaboration de la fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation repose sur une revue rapide des guides de pratique clinique, des consensus d'experts, des lignes directrices ou de tout autre document contenant des recommandations cliniques portant sur les interventions en réadaptation offertes aux personnes qui présentent une affection post-COVID-19. La sélection des documents répertoriés lors de la recherche documentaire a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis. L'extraction de l'information et l'évaluation de la qualité méthodologique ont été faites par une professionnelle scientifique.

Les recommandations cliniques élaborées sont le fruit de l'analyse et de la synthèse des données retenues dans la littérature consultée, mais également de l'analyse et de l'intégration de la perspective d'experts québécois et d'usagers atteints des affections post-COVID-19. L'information contextuelle et les différentes perspectives ont été obtenues principalement par la consultation de parties prenantes au sein du comité de

suivi et du comité consultatif mis en place dans le cadre des travaux. De plus, afin de s'assurer de la qualité globale des outils, de leur clarté, de la complétude de l'information présentée ainsi que de leur applicabilité, une consultation de futurs utilisateurs potentiels a été réalisée.

Finalement, la fiche et le rapport en soutien ont été envoyés à trois lectrices externes pour qu'elles évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents.

## Résultats

Quatorze documents portant sur l'évaluation ou l'intervention en réadaptation relative aux affections post-COVID-19 ont été retenus dans le cadre de ces travaux.

De l'information générale portant sur la définition des affections post-COVID-19 et la description des manifestations cliniques, dont la fatigue et les malaises post-effort, est d'abord présentée dans la fiche.

Ensuite, une section aborde des principes généraux en mettant à l'avant-plan l'importance de la sécurité dans la prise en charge en réadaptation des affections post-COVID-19, notamment en tenant compte des malaises post-effort lors de l'évaluation et de l'intervention en réadaptation. De plus, l'impact psychologique et psychosocial des affections post-COVID-19 sur la personne et, plus largement, sur sa famille et ses proches est ressorti comme élément central à prendre en compte pour favoriser le rétablissement. Il ressort également que la collaboration interprofessionnelle et une approche de prise en charge partagée avec la personne et son entourage sont à privilégier.

La section portant sur l'évaluation en réadaptation rappelle les différents éléments à évaluer, comme les manifestations cliniques, l'impact de celles-ci sur le fonctionnement global, la réalisation des habitudes de vie et la qualité de vie de la personne, en plus de ses attentes, ses préférences et du soutien dont elle dispose. Cette section documente aussi des éléments spécifiques d'évaluation en lien avec la fatigue, les malaises post-effort, les manifestations cardiorespiratoires ou cognitives et l'état nutritionnel ainsi que les altérations de l'odorat et du goût.

Finalement, la section sur les interventions en réadaptation inclut de l'information au regard des objectifs de la réadaptation, des principes généraux d'intervention, notamment l'accompagnement de la personne dans le monitorage, la gestion des manifestations et l'évitement des rechutes de même que des précautions à observer lors des interventions. Des recommandations pour quelques manifestations spécifiques telles que les malaises post-effort et pour le retour au travail sont également proposées pour soutenir les intervenants en réadaptation.

## **Conclusion**

La fiche complémentaire sur la prise en charge des affections post-COVID-19 destinée aux intervenants en réadaptation est fondée sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des différentes parties prenantes ainsi que par des aspects contextuels. Sans se substituer au jugement clinique, les recommandations formulées devraient contribuer à une prise en charge judicieuse des personnes qui présentent des affections post-COVID-19. Enfin, l'évolution des connaissances sur le sujet permettra de mettre à jour et de bonifier l'information et les recommandations proposées dans la fiche destinée aux intervenants en réadaptation.

# SUMMARY

Rehabilitation interventions for people with post-COVID-19 conditions

## Introduction

Some people who contract COVID-19 experience one or more symptoms that last for several weeks to several months after infection. Given the number of people who have contracted the virus and still-active transmission of the infection, a significant number of people may be grappling with a post-COVID-19 condition. This could put an additional strain on Quebec's healthcare system.

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to support front-line professionals with the clinical management of post-COVID-19 conditions. As part of this work, INESSS developed a tool as well as four additional fact sheets on 1) post-exertional malaise and fatigue, 2) neurological manifestations, 3) cardiopulmonary manifestations, and 4) altered smell and taste.

In addition, a complementary sheet was developed for rehabilitation workers, e.g., dieticians/nutritionists, occupational therapists, kinesiologists, neuropsychologists, speech language pathologists, physiotherapists and social workers. It is intended to provide an overview of useful information for rehabilitation workers working with people who have post-COVID-19 conditions. While not targeting any specific profession, the fact sheet contains the main elements of information common to all rehabilitation professionals from an interprofessional perspective. This fact sheet is the subject of this report.

## Methodology

The complementary fact sheet for rehabilitation workers was developed through a rapid review of clinical practice guides, expert consensus, guidelines or any other documents containing clinical recommendations for rehabilitation interventions available to people with post-COVID-19 conditions. The documents listed in the literature search were selected independently by two scientific professionals using established inclusion and exclusion criteria. The data extraction and the methodological quality assessment were carried out by one scientific professional.

The clinical recommendations developed stem from analyzing and synthesizing the data gathered in the literature search and from analyzing and integrating the perspective of Quebec experts and users suffering from post-COVID-19 conditions. The contextual information and various perspectives were obtained mainly by consulting stakeholders in the Monitoring Committee and the Advisory Committee which were set up as part of the work. In addition, potential future users were consulted in order to ensure the overall quality and clarity of the tool and its applicability, as well as the completeness of the information presented.

Finally, the fact sheet and the supporting report were sent to three external readers to assess the relevance of the content and the overall scientific quality of these documents.

## Results

Fourteen documents on assessment and rehabilitation intervention related to post-COVID-19 conditions were selected for this work.

The fact sheet first presents general information on the definition of post-COVID-19 conditions and provides descriptions of clinical manifestations, including fatigue and post-exertional malaise.

Next, there is a section that addresses general principles by highlighting the importance of safety in the rehabilitation management of post-COVID-19 conditions, in particular by taking into account post-exertional malaise during assessments and rehabilitation interventions. In addition, the psychological and psychosocial impact of post-COVID-19 conditions on an individual and, more broadly, on his/her family and loved ones emerged as a central element to be taken into account in order to promote recovery. It also appears that interprofessional collaboration and a sharedcare approach with the person and those around them are to be preferred.

The section on rehabilitation assessment sets out the various elements that need to be assessed, such as clinical manifestations, their impact on overall functioning, the achievement of lifestyle habits and the individual's quality of life as well as his/her expectations, preferences and available support. This section also documents specific assessment elements related to fatigue, post-exertional malaise, cardiopulmonary or cognitive manifestations, nutritional status and alterations in smell and taste.

Finally, the section on rehabilitation interventions includes information on the rehabilitation objectives, general intervention principles, including supporting individuals in monitoring and managing signs and symptoms and avoiding relapses, as well as precautions that need to be observed during interventions. Recommendations for a few specific manifestations such as post-exertional malaise and returning to work are also proposed as ways to support rehabilitation workers.

## Conclusion

The supplementary fact sheet on managing post-COVID-19 conditions for rehabilitation workers is based on clinical practice recommendations, which were supplemented with the perspectives of the different stakeholders and with contextual elements. While not a substitute for clinical judgment, the recommendations should contribute to the sound management of people with post-COVID-19 conditions. Finally, as knowledge on the subject evolves, it will be possible to update and upgrade the information and recommendations proposed in the fact sheet for rehabilitation workers.

## SIGLES ET ACRONYMES

AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AHS	Alberta Health Services
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CISSSMO	CISSS de la Montérégie-Ouest
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSP	Chartered Society of Physiotherapy
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (l'Institut)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS/WHO	Organisation mondiale de la Santé/World Health Organization
POTS	Syndrome de tachycardie orthostatique posturale, de l'anglais <i>postural orthostatic tachycardia syndrome</i>
SRAS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
WP	World Physiotherapy

# INTRODUCTION

## Problématique

L'infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) peut être asymptomatique ou donner lieu à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Cette dernière peut se présenter de différentes façons, allant d'une atteinte légère des voies respiratoires supérieures à une légère atteinte des voies inférieures, une pneumonie ou une insuffisance respiratoire. Certaines personnes qui ont contracté le virus sont aux prises avec un ou des symptômes qui perdurent de plusieurs semaines à plusieurs mois suivant l'infection [OMS, 2021] et qui compromettent leurs activités de la vie quotidienne et leur qualité de vie en général [Bryson, 2021; Taboada *et al.*, 2021].

## Intervention en réadaptation

Les connaissances actuelles montrent que les personnes atteintes d'affections post-COVID-19 présentent une variété de manifestations (p. ex. cardiorespiratoires, cognitives et malaises post-effort) qui entraînent des limitations et des restrictions à la participation sociale [OMS, 2021].

Pour faire face à une telle complexité, certaines personnes atteintes ont besoin de services de réadaptation. La réadaptation est définie comme un ensemble d'interventions visant à optimiser le fonctionnement dans les activités quotidiennes, à aider les individus à se rétablir ou à s'adapter, à réaliser leur plein potentiel et à permettre la participation à l'éducation, au travail, aux loisirs et aux rôles significatifs de la vie [World Physiotherapy, 2021]. Les interventions en réadaptation peuvent inclure l'éducation et l'autogestion, la reprise des activités quotidiennes, les interventions de conservation de l'énergie, les interventions en réadaptation pulmonaire, cardiovasculaire, cognitive ou olfactive, les exercices physiques et le soutien psychologique et social.

## Contexte des travaux

En date du 18 mai 2022, le Québec recensait 1 059 419 personnes infectées par le SRAS-CoV-2<sup>3</sup>. Ce nombre est toutefois sous-estimé étant donné le plafonnement des capacités de dépistage et le changement de stratégie adoptée avec l'arrivée du variant Omicron. Étant donné le nombre de personnes qui ont contracté le virus et la transmission toujours active de l'infection, les affections post-COVID-19 pourraient engendrer une pression supplémentaire sur le système de santé québécois. La prise en charge optimale des personnes atteintes est donc souhaitable.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a mis en place un chantier visant à soutenir le personnel médical de première ligne (c'est-à-dire médecins, personnel infirmier, pharmaciens) qui exercent auprès des personnes atteintes d'une affection post-

<sup>3</sup> Gouvernement du Québec. Données sur la COVID-19 au Québec [site Web]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/>.

COVID-19. Dans le cadre de ces travaux, l'INESSS a développé un outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 ainsi que quatre fiches complémentaires qui abordent les thèmes suivants : 1) fatigue et malaise post-effort, 2) manifestations neurologiques, 3) manifestations cardiorespiratoires et 4) altérations de l'odorat et du goût.

Compte tenu des manifestations ci-haut mentionnées et de leur impact sur l'autonomie, les habitudes de vie et la qualité de vie des personnes aux prises avec les affections post-COVID-19, une fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation a également été rédigée. Cette fiche est l'objet du présent rapport.

## **Objectif**

Élaborer une fiche d'aide à la prise en charge des personnes atteintes d'une affection post-COVID-19, destinée aux intervenants en réadaptation – p. ex. diététistes-nutritionnistes, ergothérapeutes, kinésiologues, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux.

## **Livrables**

- Une fiche complémentaire visant à soutenir les intervenants en réadaptation qui accompagnent les personnes présentant des affections post-COVID-19.
- Un rapport en soutien aux travaux.

# 1 MÉTHODOLOGIE

## 1.1 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à documenter dans la fiche d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19, destinée aux intervenants en réadaptation. Elles ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH : population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte clinique où s'appliquent les interventions (*health care setting*).

Certaines questions d'évaluation d'ordre général – p. ex. définition des affections post-COVID-19 et manifestations cliniques – ont préalablement été documentées dans l'outil de prise en charge développé pour le personnel médical de première ligne. Pour une description complète de la méthodologie employée pour documenter ces aspects, le lecteur est invité à consulter le *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*.

Ces contenus, également utiles aux intervenants en réadaptation, ont été extraits de l'outil de prise en charge des affections post-COVID-19 et des fiches complémentaires destinées au personnel médical de première ligne afin d'être intégrés dans la fiche destinée aux intervenants en réadaptation – sections « Affections post-COVID-19 » et « Manifestations cliniques » de la fiche.

Les questions d'évaluation spécifiques aux interventions en réadaptation retenues sont les suivantes :

1. Quels sont les principes généraux qui doivent guider les interventions en réadaptation?
2. Quels sont les principes de précaution à observer lors de la réadaptation?
3. Quelles sont les pratiques d'évaluation en réadaptation à mettre en place selon les types de manifestations cliniques des affections post-COVID-19?
4. Quelles sont les interventions en réadaptation à mettre en place selon les types de manifestations cliniques des affections post-COVID-19?

## 1.2 Méthodes de synthèse des données issues de la littérature

### 1.2.1 Type de revue de la littérature

Une revue rapide des guides de pratique clinique, des consensus d'experts, des lignes directrices ou de tout autre document contenant des recommandations cliniques portant sur les interventions en réadaptation offertes aux personnes qui présentent une affection post-COVID-19 a été réalisée. La méthodologie employée s'appuie sur les normes de production d'une revue rapide élaborées par l'INESSS [INESSS, en préparation].

### **1.2.2 Stratégies de recherche et repérage de la littérature**

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec une professionnelle scientifique. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie étaient la COVID longue et la réadaptation. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, *Embase* et *CINAHL* ont été interrogées les 1<sup>er</sup> et 2 février 2022. Les critères de repérage incluaient les documents publiés depuis janvier 2021.

De plus, une recherche manuelle de documents de la littérature grise a été réalisée entre décembre 2021 et février 2022 par deux professionnelles scientifiques. Les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels associés au thème des travaux ont été consultés. Seuls les documents provenant de pays dont le réseau de la santé et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Québec ont été examinés – p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Royaume-Uni, Écosse. Les documents sélectionnés dans les travaux réalisés pour la mise à jour de l'outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 ont également été examinés.

Les bibliographies des publications retenues ont été vérifiées pour répertorier d'autres documents pertinents. Enfin, une veille scientifique en continu a aussi été effectuée pour repérer d'éventuels nouveaux documents pertinents.

Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. Les stratégies de recherche et de repérage de la littérature sont présentées dans les tableaux A-1, A-2 et A-3 de l'[annexe A](#).

### **1.2.3 Critères et processus de sélection des documents**

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis ([tableau 1](#)). Il n'y a eu aucune divergence d'opinions, et l'avis d'une troisième personne n'a pas été nécessaire. Dans le cas de publications révisées, seule la version la plus récente a été conservée pour analyse. Le diagramme de flux est présenté dans la [figure A-1](#) et les listes des documents retenus et exclus sont présentées dans les tableaux A-4 et A-5 de l'[annexe A](#).

**Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents**

ÉLÉMENTS	CRITÈRES D'INCLUSION
POPULATION	Adultes présentant des symptômes persistants (au-delà de 4 semaines*) à la suite d'une infection par le SRAS-CoV-2
INTERVENTION	Interventions en réadaptation
PROFESSIONNELS VISÉS	Professionnels en réadaptation – p. ex. diététistes-nutritionnistes, ergothérapeutes, kinésiologues, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Principes généraux d'intervention en réadaptation</li> <li>▪ Principes de précaution en réadaptation</li> <li>▪ Évaluation en réadaptation</li> <li>▪ Interventions en réadaptation</li> </ul>
CONTEXTE CLINIQUE	Ambulatoire
TYPE DE PUBLICATION	Guides de pratique clinique, consensus d'experts, lignes directrices ou tout autre document qui présente des recommandations cliniques
ANNÉE DE PUBLICATION	De janvier 2021 à février 2022
CRITÈRES D'EXCLUSION	
MILIEU OU CONTEXTE D'INTERVENTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides et lignes directrices dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques sont différents de ceux du Québec – pays non membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)</li> <li>▪ Guides et lignes directrices destinés aux médecins spécialistes (cardiologues, pneumologues, etc.)</li> <li>▪ Documents traitant de l'organisation des services de réadaptation sans présenter des interventions</li> </ul>

\* Même si la définition de l'OMS des affections post-COVID-19 inclut un critère de persistance des signes et symptômes durant 12 semaines, certains documents répertoriés considèrent la persistance à partir de 4 semaines. Ces documents ont été conservés compte tenu de la rareté de la littérature sur le sujet.

#### 1.2.4 Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été faite par une professionnelle scientifique à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010]. Les résultats de cette évaluation sont présentés à l'[annexe B](#).

#### 1.2.5 Extraction

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques a été effectuée par une professionnelle scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents pour en assurer la validité. L'information extraite des documents retenus a été validée par une autre professionnelle scientifique. Cette information a été regroupée en fonction des différentes sections de la fiche – consulter les tableaux C-1 à C-12 de l'[annexe C](#) pour le détail des éléments extraits.

### **1.2.6 Analyse et synthèse**

Les données regroupées dans les tableaux d'extraction ont fait l'objet d'une synthèse narrative analytique. Elles ont été comparées afin d'en dégager les similitudes et les différences. Un résumé de cette synthèse est disponible dans la section portant sur les résultats du présent rapport de soutien.

### **1.2.7 Collaboration interdirection à l'INESSS**

Comme indiqué précédemment, la création de la fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation s'inscrit dans un chantier entrepris par l'INESSS et qui comporte d'autres volets. La fiche destinée aux intervenants en réadaptation a été élaborée à la suite d'une collaboration entre l'équipe de projet de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé et de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale.

À cet effet, des rencontres d'arrimage entre les deux équipes de projet ont été menées de façon bimensuelle, tout au long du processus, afin d'assurer la cohérence et l'homogénéisation des contenus entre les différentes fiches créées. À la suite de ces rencontres, certains contenus développés dans le cadre des fiches complémentaires destinées aux professionnels de première ligne ont été jugés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation. Ces contenus ont ainsi été intégrés à la fiche portant sur les interventions en réadaptation et discutés avec les différentes parties prenantes.

## **1.3 Information contextuelle et perspective des parties prenantes**

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de l'analyse et de la synthèse des données retenues dans la littérature consultée, mais également de l'analyse et de l'intégration de la perspective d'experts québécois et d'usagers atteints d'une affection post-COVID-19. Ces savoirs ont été obtenus par le biais de consultations auprès de différents comités créés dans le cadre des travaux.

### **1.3.1 Comité consultatif**

Un comité consultatif a été mis sur pied pour accompagner l'équipe de projet de l'INESSS dans la création de la fiche complémentaire. Le comité avait pour mandat de contribuer à orienter les travaux, dégager les enjeux et assurer la pertinence et l'acceptabilité de la fiche en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Le comité est composé de dix personnes qui ont développé une expertise entourant les affections post-COVID-19, à savoir : un médecin de famille, deux ergothérapeutes, deux kinésiologues, une physiothérapeute, une neuropsychologue, une nutritionniste, une travailleuse sociale, un chercheur et une usagère atteinte d'une affection post-COVID-19. La diversification géographique des membres du comité est également assurée (voir les pages liminaires du rapport).

Les membres du comité ont été consultés à deux reprises lors de rencontres qui se sont déroulées en mars et en avril 2022. Les rencontres ont été enregistrées, avec l'accord des participants. Enfin, ils ont également été conviés à fournir une rétroaction écrite sur une version préliminaire de la fiche à la fin d'avril 2022. Les membres du comité consultatif ont ainsi pu valider l'information recueillie et donner des conseils relativement à la présentation de cette information.

L'ensemble des propos formulés par les membres du comité lors des rencontres de même que les commentaires écrits qu'ils ont transmis ont été consignés dans un tableau. Chacun des commentaires a été analysé par les professionnelles scientifiques de l'équipe de projet afin de les intégrer à la fiche créée, en collaboration avec la coordonnatrice scientifique.

### **1.3.2 Comité de suivi**

Un comité de suivi a été mis sur pied au début du projet (mai 2021) et il a accompagné la création de l'ensemble des produits réalisés par l'INESSS sur les affections post-COVID-19. Il est composé de représentants de diverses organisations professionnelles associées aux travaux, comme la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (voir les pages liminaires du rapport). Le mandat du comité de suivi était notamment de s'assurer que l'orientation des travaux et le déroulement des différents projets sont en phase avec les besoins des milieux et de préciser les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité. L'information issue des rencontres a été intégrée dans la fiche développée.

Par ailleurs, deux ordres professionnels non représentés au comité de suivi ont fourni une rétroaction écrite sur une version préliminaire de la fiche. Leurs commentaires ont été intégrés au même titre que ceux des membres du comité de suivi.

## **1.4 Confidentialité des données et considérations éthiques**

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme pour protéger l'identité de ces personnes. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

## **1.5 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce projet ont dû déclarer au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts – commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis ont fait l'objet d'une évaluation par l'Institut. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du présent rapport en soutien, par souci de transparence.

## **1.6 Processus d'élaboration de la fiche complémentaire**

Pour chaque question d'évaluation, des constats préliminaires ont été formulés par les membres de l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble des données extraites de la littérature. L'information contextuelle et la perspective des membres du comité consultatif ont par la suite été intégrées à ces constats afin d'élaborer des propositions de recommandations. Celles-ci ont été discutées avec les membres du comité consultatif.

Les recommandations finales ont été élaborées en tenant compte de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, des valeurs et préférences des professionnels et des usagers et de l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec.

À la suite des rencontres, la fiche a été envoyée par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires.

## **1.7 Processus de validation**

### **1.7.1 Validation interne**

La validation des travaux a été effectuée par la coordination scientifique et la direction responsable de la production. La validation de la cohérence et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée par le Bureau – Méthodologies et éthique.

### **1.7.2 Validation par les pairs**

Au total, neuf futurs utilisateurs potentiels venant de diverses régions du Québec ont été consultés par le biais d'un sondage en ligne à la fin d'avril 2022. La méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été retenue. La sélection des participants a été effectuée de manière à favoriser la diversification des régions administratives et des professions. Les futurs utilisateurs qui ont accepté de participer à cette consultation représentent les professions suivantes : ergothérapeute (1), kinésiologue (1),

neuropsychologue (1), nutritionniste (1), orthophoniste (1), physiothérapeutes (2), psychologue (1), travailleuse sociale (1). Cette consultation avait pour objectif de s'assurer de la qualité globale de la fiche, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des directives dans les différents milieux dans lesquels exercent les professionnels de la réadaptation. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du présent document. Les commentaires des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport en soutien. Une synthèse des commentaires ainsi que leur répercussion sur la fiche sont présentées à l'[annexe D](#).

Finalement, la fiche et le rapport en soutien ont été envoyés à trois lectrices externes pour qu'elles évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des documents. Les lectrices externes ont été choisies en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné. Le nom et l'affiliation des lectrices externes sont présentés dans les pages liminaires du rapport en soutien. Les commentaires des lectrices externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans les documents finaux, le cas échéant<sup>4</sup>. Certains des commentaires n'ont pu être intégrés dans la fiche compte tenu du processus d'élaboration conjoint de certaines sections. Il sera tenu compte de ces commentaires lors de la mise à jour de l'ensemble des outils de prise en charge des affections post-COVID-19. Une synthèse des commentaires ainsi que leurs répercussions sur la fiche et le rapport sont présentées à l'[annexe E](#).

---

<sup>4</sup> Une des lectrices externes a fourni une évaluation du contenu de la fiche seulement.

## 2 RÉSULTATS

### Note aux lecteurs

Dans le présent rapport en soutien, les données issues des guides de pratique consultés sont présentées en premier lieu, suivies de suggestions et commentaires des membres du comité consultatif et des futurs utilisateurs. Étant donné que les parties prenantes consultées ont contribué à prioriser et hiérarchiser l'information, il convient de préciser que l'ordre de présentation de cette information à l'intérieur des sections de la fiche complémentaire diffère de celui du rapport.

### 2.1 Description des documents retenus

Quatorze documents portant sur les interventions en réadaptation offertes aux personnes qui présentent une affection post-COVID-19 ont été retenus dans le cadre de la recherche documentaire [AHS, 2022; Beauchamp *et al.*, 2022; Fine *et al.*, 2022; Maley *et al.*, 2022; NICE *et al.*, 2022; AHS, 2021; Canadian Physiotherapy Association, 2021; CDC, 2021; CSP, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; HAS, 2021; Herrera *et al.*, 2021; WHO, 2021; World Physiotherapy, 2021] (voir [annexe A](#)).

La qualité méthodologique de la quasi-totalité des documents retenus est faible (7/14 documents) ou modérée (6/14 documents). De façon générale, le champ d'application, les objectifs et la clarté des recommandations de ces documents ont été jugés bons. La participation des groupes concernés et l'indépendance éditoriale ont été estimées modérées, tandis que la rigueur du processus d'élaboration du guide et l'applicabilité des recommandations ont été jugées faibles (voir [annexe B](#)).

Les tableaux C-1 à C-12 de l'[annexe C](#) présentent les éléments extraits des documents retenus, regroupés en fonction des différentes sections de la fiche.

### 2.2 Fiche complémentaire sur les interventions en réadaptation

#### 2.2.1 Affections post-COVID-19

La section sur les affections post-COVID-19, qui présente la définition de ces affections, est constituée de contenus développés dans le cadre de la mise à jour de l'outil général, *Affections post-COVID-19*, destiné aux professionnels de première ligne – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*. Il a été tenu compte des commentaires émis par les membres du comité consultatif et les futurs utilisateurs dans l'élaboration de l'outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 destiné au personnel médical de première ligne.

## INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Affections post-COVID-19

Les affections post-COVID-19 correspondent à l'état de santé d'une personne qui répond aux 3 conditions suivantes :

- ➔ infection initiale par le SARS-CoV-2 confirmée (analyses ou investigations) ou plausible (lien épidémiologique);
- ➔ présence de manifestations cliniques au-delà de 12 semaines après l'infection initiale;
- ➔ présence de manifestations cliniques qui ne peuvent pas être expliquées par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection.

⚠ Selon le tableau clinique, la caractérisation des manifestations cliniques et le soutien à leur gestion peuvent être envisagés à partir de 4 semaines après l'infection.

### 2.2.2 Manifestations cliniques

La section sur les manifestations cliniques présente de l'information générale portant sur les manifestations cliniques des affections post-COVID-19. Cette section est constituée de contenus développés dans le cadre de la mise à jour de l'outil général, *Affections post-COVID-19*, destiné aux professionnels de première ligne – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*. Il a été tenu compte des commentaires émis par les membres du comité consultatif et les futurs utilisateurs dans l'élaboration de l'outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 destiné au personnel médical de première ligne.

## INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Manifestations cliniques

### GÉNÉRALITÉS

- ➔ Les affections post-COVID-19 ne sont pas liées à la sévérité de la phase aigüe de l'infection.
- ➔ La présentation clinique est variable :
  - persistance de certaines manifestations cliniques présentes durant la phase aigüe de l'infection avec ou sans apparition de nouvelles manifestations;
  - apparition de manifestations cliniques après une période de rémission suivant la phase aigüe ou une infection asymptomatique.
- ➔ Les affections post-COVID-19 regroupent un grand éventail de manifestations physiques et mentales présentes au moins 12 semaines après une infection par le SARS-CoV-2. Ces manifestations incluent des complications de la maladie prolongée et des séquelles de l'hospitalisation ou de la phase aigüe.
- ➔ La récupération varie d'une personne à l'autre. Le recul et les données disponibles sont limités, mais il semble :
  - qu'une amélioration progressive de l'état de santé serait observée chez plusieurs personnes jusqu'à 12 semaines après l'infection;
  - que, lorsque les symptômes persistent au-delà de 12 semaines, l'amélioration subséquente aurait tendance à être beaucoup plus lente et demeure incertaine.

Manifestations cliniques des affections post-COVID-19 (liste non exhaustive)	
Catégories <sup>1</sup>	Manifestations <sup>1,2</sup>
Cardiorespiratoires	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arythmie</li><li>• Dyspnée<sup>3</sup></li><li>• Inconfort ou douleur thoracique</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intolérance orthostatique</li><li>• Palpitations</li><li>• Toux</li></ul>
Dermatologiques	<ul style="list-style-type: none"><li>• Éruptions cutanées</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perte de cheveux</li></ul>
Gastro-intestinales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diarrhée</li><li>• Douleurs abdominales</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nausées</li><li>• Vomissements</li></ul>
Générales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Altération de la thermorégulation (fièvre ou sudation profuse)</li><li>• Baisse ou perte d'appétit</li><li>• Fatigue incapacitante et soutenue<sup>3</sup></li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypersensibilité aux stimuli environnants</li><li>• Malaises post-effort<sup>3</sup></li><li>• Tolérance limitée à l'effort</li></ul>

Musculosquelettiques	• Douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires		
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altérations du sommeil</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Difficultés cognitives<sup>3,4</sup>, y compris des pertes de mémoire, un manque de clarté de la pensée et de la difficulté à se concentrer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbation des sens, y compris des altérations de l'odorat et du goût, des douleurs neuropathiques et une vision brouillée</li> <li>• Perturbations motrices, y compris de la difficulté à prononcer ou à articuler</li> </ul>	
Otorhinolaryngologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acouphènes</li> <li>• Changements de la voix (p. ex. qualité, hauteur ou timbre)</li> <li>• Difficulté à déglutir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal de gorge</li> <li>• Mal d'oreilles</li> <li>• Vertiges</li> </ul>	
Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes d'anxiété</li> <li>• Symptômes de dépression</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes de stress post-traumatique</li> </ul>

**?** La présentation clinique pourrait changer selon les variants du SARS-CoV-2 et l'avancement des connaissances.

1. L'information est présentée en ordre alphabétique. La fréquence des manifestations peut différer selon les caractéristiques des populations étudiées.

2. Certains symptômes pourraient appartenir à plus d'une catégorie, mais ils ont été mis à un seul endroit pour simplifier le tableau.

3. Signes et symptômes les plus fréquemment observés.

4. Les difficultés cognitives sont souvent regroupées sous le terme « brouillard mental ».

### 2.2.3 Présentation clinique de la fatigue et des malaises post-effort

La section sur la présentation clinique de la fatigue et des malaises post-effort présente de l'information supplémentaire sur ces manifestations, qui pourra être utile pour la réadaptation.

Cette section est constituée de contenus développés dans le contexte de la fiche complémentaire *Fatigue et malaises post-effort*, destinée aux professionnels de première ligne – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*. Il a été tenu compte des commentaires émis par les membres du comité consultatif et les futurs utilisateurs dans l'élaboration de l'outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19 et de la fiche complémentaire portant sur la fatigue et les malaises post-effort destinés au personnel médical de première ligne.

## INFORMATION CLINIQUE RETENUE – Présentation clinique de la fatigue et des malaises post-effort

### TYPES DE FATIGUE ET LEURS CARACTÉRISTIQUES

Caractéristiques	Fatigue classique	Fatigue associée au déconditionnement	Fatigue associée aux malaises post-effort
Présentation clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensation de lourdeur, de lassitude ou d'épuisement</li> <li>• Intensité généralement proportionnelle à l'effort consenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intolérance à l'effort</li> <li>• Capacité réduite à effectuer une activité physique à la fréquence, l'intensité et la durée normalement habituelles en fonction de l'âge, de la taille, du genre, de la masse musculaire et de la capacité cardiovaskulaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue intense et incapacitante</li> <li>• Sensation d'écrasement ou d'être exténué</li> <li>• Intensité disproportionnée par rapport à l'effort qui l'a causée</li> <li>• Apparition ou exacerbation à la suite d'activités non problématiques avant l'infection</li> </ul>
Survenue	Durant ou après un effort physique, cognitif ou émotionnel	Durant ou tôt après un effort physique	De quelques heures à 72 heures après un effort physique, cognitif ou émotionnel
Récupération	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'estompe avec le repos ou le sommeil</li> <li>• Peut durer quelques heures ou quelques jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'estompe avec le repos ou le sommeil</li> <li>• Dure généralement moins d'une journée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne s'estompe pas ou peu avec le repos ou le sommeil</li> <li>• Peut durer des jours, des semaines ou des mois</li> </ul>

**?** Les trois types de fatigue peuvent coexister.

→ La dépression, et la fatigue qui peut y être associée, est généralement une conséquence des affections post-COVID-19 ou du contexte pandémique et elle peut complexifier le tableau clinique.

## MALAISES POST-EFFORT ET LEURS CARACTÉRISTIQUES

**Les malaises post-effort (post-exertional malaise – PEM):**

- ➔ correspondent à une **apparition ou une aggravation de signes et symptômes** qui surviennent à la suite d'un effort physique, cognitif ou émotionnel, même minime. Ils se produisent généralement de quelques heures à 72 heures après l'activité et peuvent durer des jours, des semaines ou des mois;
- ➔ sont souvent associés à une **réduction du niveau fonctionnel** par rapport à celui d'avant l'infection;
- ➔ sont liés à la **quantité d'énergie** que possède une personne:
  - chaque personne a une **quantité d'énergie disponible** qui lui est propre et qui peut varier dans le temps;
  - **chaque activité** requiert une quantité d'énergie propre à chaque personne et, si elle ne dépasse pas la quantité d'énergie disponible, peut entraîner une fatigue de type classique qui peut se résorber avec un repos suffisant;
  - **le cumul d'activités** entraîne une augmentation de l'énergie dépensée;
  - **le seuil de déclenchement des malaises post-effort** correspond au moment où l'énergie disponible est entièrement dépensée;
  - **une fois le seuil atteint**, la fatigue intense et les autres manifestations des malaises post-effort surviennent après un certain délai et durent un certain temps.

Caractéristiques des malaises post-effort	
Paramètres	Caractéristiques
Types d'activité qui peuvent contribuer à l'atteinte du seuil de déclenchement des malaises post-effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tous les types</b> d'activité peuvent contribuer:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Physique</b> (p. ex. se doucher, s'habiller, se brosser les dents, monter un escalier, cuisiner, faire le lavage, faire le ménage, marcher);</li> <li>- <b>Cognitif</b> (p. ex. écouter de la musique, lire, travailler à l'ordinateur, regarder un film ou une émission, remplir un formulaire, conduire);</li> <li>- <b>Emotionnel</b> (p. ex. deuils, difficulté à reprendre les activités antérieures, événements stressants ou heureux).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>💡 L'énergie requise pour réaliser une activité peut varier en fonction du type d'activité, de sa durée, de son intensité, de l'environnement, de l'état mental au moment de faire l'activité ou de la façon dont celle-ci est réalisée.</b></p>
Seuil d'effort qui déclenche les malaises post-effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Variable:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une personne à l'autre;</li> <li>- d'une journée à l'autre pour une personne donnée.</li> </ul> </li> <li>• <b>Tributaire</b>, notamment, de l'évolution de l'état de santé de la personne, de la prise de médicaments et de l'ajout de nouvelles activités à la routine établie.</li> <li>• Peut être précédé de <b>symptômes avant-coureurs</b> (p. ex. mal de tête, sensibilité accrue aux stimuli, difficulté d'élocution, palpitation ou irritabilité).</li> </ul> <p><b>💡 Les symptômes avant-coureurs sont différents selon les personnes et peuvent varier selon le type d'effort. Ils se recoupent avec les symptômes des malaises post-effort, mais sont généralement isolés. Un repos dès leur apparition peut prévenir l'évolution vers les malaises post-effort.</b></p>
Délai entre l'activité et les malaises post-effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De <b>quelques heures à 72 heures</b> selon les personnes.</li> </ul>
Durée du malaise post-effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable. Peut durer <b>des jours, des semaines ou des mois</b>.</li> </ul>

Manifestations qui peuvent apparaître ou être exacerbées en cas de malaises post-effort		
Catégories <sup>1</sup>	Manifestations <sup>1</sup> (liste non exhaustive)	
Cardiorespiratoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arythmie</li> <li>Chute de pression</li> <li>Douleur thoracique</li> <li>Dyspnée</li> <li>Intolérance orthostatique (voir encadré gris ci-contre)</li> <li>Palpitations</li> </ul>	<span style="color: #FFA500;">⚠</span> Une tachycardie orthostatique serait observée chez un sous-groupe de personnes qui ont des symptômes persistants.
Cognitives	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à penser clairement</li> <li>Difficulté à trouver les mots</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution de l'attention</li> <li>Perdes de mémoire</li> </ul>
Générales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue intense</li> <li>Sensation d'inconfort en position assise ou debout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sommeil non réparateur</li> <li>Symptômes pseudo-grippaux<sup>2</sup></li> </ul>
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à articuler/à prononcer</li> <li>Douleurs</li> <li>Étourdissements</li> <li>Sensibilité accrue aux stimuli<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maux de tête</li> <li>Paresthésies</li> <li>Sensation de tremblements intérieurs<sup>4</sup></li> <li>Vision brouillée</li> </ul>
Musculosquelettiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Douleur musculaire ou articulaire</li> <li>Faiblesse musculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue musculaire</li> <li>Sensation de brûlure aux muscles</li> </ul>

1. L'information est présentée en ordre alphabétique.

2. Inclus les maux de gorge, les adénopathies douloureuses, la fièvre et les myalgies.

3. Inclus le bruit, la lumière, les odeurs et le toucher.

4. Généralement non perceptibles de l'extérieur et touchant souvent les membres inférieurs.

ⓘ Les malaises post-effort sont une manifestation cardinale de l'encéphalomyélite myalgique. Cette condition partage des similarités avec certains aspects cliniques des affections post-COVID-19; toutefois, les incertitudes relatives à la physiopathologie de chacune de ces conditions rendent leur lien incertain.

## 2.2.4 Principes généraux

De façon générale, les documents retenus [AHS, 2022; Beauchamp *et al.*, 2022; NICE *et al.*, 2022; CDC, 2021; CSP, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; HAS, 2021; Herrera *et al.*, 2021; World Physiotherapy, 2021] mettent à l'avant-plan l'importance de placer la sécurité des personnes qui présentent une affection post-COVID-19 au centre des principes guidant les interventions en réadaptation. Ils soulignent notamment :

- l'importance de réaliser une évaluation médicale préalable avant de procéder à une intervention en réadaptation, dans le but d'exclure les pathologies sous-jacentes;
- d'orienter la personne vers un professionnel médical s'il n'y a pas d'amélioration ou s'il y a dégradation de son état;
- l'importance de tenir compte de certains risques tels que les malaises post-effort lors de l'évaluation et de l'élaboration des objectifs de la réadaptation.

Il est également rapporté que la prise en charge en réadaptation des personnes qui présentent une affection post-COVID-19 pourrait améliorer leur rétablissement physique, psychologique et émotionnel et prévenir l'apparition de problèmes futurs [CSP, 2021]. Le processus de récupération étant individuel, imprévisible et épisodique, il est suggéré que la réadaptation soit personnalisée et que les objectifs de celle-ci soient réévalués en continu [CSP, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021]. Plusieurs guides de pratique clinique rapportent aussi qu'une collaboration interprofessionnelle peut s'avérer nécessaire selon les objectifs de réadaptation envisagés [NICE *et al.*, 2022; CDC, 2021;]

CSP, 2021; OMS, 2021] et que ceux-ci devraient être discutés avec l'usager [NICE *et al.*, 2022; CSP, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021].

Les documents retenus soulignent la nécessité d'appliquer des pratiques d'évaluation et d'intervention qui tiennent compte des manifestations cliniques présentées par l'usager ainsi que de ses capacités et préférences [NICE *et al.*, 2022; CDC, 2021; CSP, 2021]. Ils soulignent par conséquent l'importance d'adapter les pratiques d'évaluation et d'intervention selon la présence et l'évolution des manifestations présentées par la personne durant tout le processus de réadaptation. Parmi les autres modalités possibles d'évaluation ou d'intervention suggérées dans les documents retenus se trouvent notamment l'utilisation de la téléréadaptation, le soutien à l'automonitorage des manifestations ou la participation d'un membre de la famille ou des proches aux séances de réadaptation [Maley *et al.*, 2022; CSP, 2021; World Physiotherapy, 2021].

Enfin, les documents retenus suggèrent de tenir compte de l'impact psychologique et psychosocial des affections post-COVID-19 au moment de la réadaptation, en adoptant, en tant qu'intervenants en réadaptation, une approche de validation, d'écoute et de soutien, non seulement auprès de la personne atteinte, mais également auprès de ses proches [AHS, 2022; Beauchamp *et al.*, 2022; Fine *et al.*, 2022; NICE *et al.*, 2022; CDC, 2021; HAS, 2021; OMS, 2021]. L'accompagnement de la personne qui présente une affection post-COVID-19 pour l'aider à faire face aux difficultés rencontrées est jugé central dans les documents consultés.

Les contenus développés dans le cadre de l'outil général *Affections post-COVID-19*, qui portaient sur le fait d'encourager la personne à adopter des comportements favorables à la récupération et sur les risques pour la santé et la sécurité, ont été jugés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*. Ils ont par conséquent été ajoutés à la fiche.

En accord avec les recommandations proposées dans les principes généraux, les membres du comité consultatif ont apporté leur expertise en modulant certaines des propositions initiales. Ils ont notamment souligné l'importance d'ajuster non seulement la durée des séances, mais aussi leur nombre ou leur fréquence. Ils ont appuyé l'importance de placer la sécurité au centre de la réadaptation dans le cas des affections post-COVID-19. Ils ont souligné la nécessité d'orienter la personne vers les services médicaux avant de commencer l'intervention en réadaptation ou durant les services, en fonction du jugement clinique. Dans l'attente des résultats médicaux, ils étaient d'avis que certaines pratiques de réadaptation pouvaient être maintenues si elles étaient jugées sécuritaires, ou adaptées si nécessaire.

Les membres du comité consultatif ont discuté des conditions faisant en sorte qu'une personne atteinte d'une affection post-COVID-19 pourrait bénéficier d'une intervention en réadaptation. Sans que cela soit exhaustif, ils ont notamment indiqué qu'une intervention en réadaptation devrait être envisagée lorsque la personne présente des limitations fonctionnelles ou expérimente certains impacts des manifestations sur sa participation à la réalisation des habitudes de vie, sur sa qualité de vie ou dans l'atteinte d'objectifs liés à son projet de vie. De plus, une intervention en réadaptation pourrait être utile, selon

eux, pour soutenir l'usager qui a besoin d'accompagnement dans la gestion des manifestations cliniques ainsi que de soutien dans son adaptation à l'affection post-COVID-19 sur le plan psychologique ou domiciliaire, par exemple.

Les membres du comité consultatif ont également rapporté l'importance de tenir compte de l'impact psychologique et psychosocial des affections post-COVID-19 sur la personne et son entourage dans l'évaluation et les interventions étant donné que les conséquences psychologiques et psychosociales des affections post-COVID-19 peuvent ralentir voire empêcher le rétablissement de la personne. Ils ont également souligné que les personnes qui présentent une affection post-COVID-19 peuvent avoir besoin d'être soutenues dans la redéfinition d'un nouveau projet de vie compte tenu de l'impact significatif des manifestations cliniques sur les rôles sociaux occupés.

Pour leur part, les futurs utilisateurs ont souhaité apporter des exemples complémentaires d'adaptation des pratiques d'évaluation et d'intervention en réadaptation. Ils ont notamment souligné l'importance de ne pas négliger les moyens traditionnels d'échange tels que le téléphone ou les communications écrites pour les personnes dont l'accès à Internet serait plus difficile.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Principes généraux

### PRINCIPES GÉNÉRAUX

❶ Une intervention en réadaptation peut être envisagée, notamment pour les personnes qui :

- présentent une ou plusieurs manifestations persistantes des affections post-COVID-19 (y compris le syndrome post soins intensifs) qui entraînent d'importantes limitations fonctionnelles ou compromettent de façon importante la participation à la réalisation des habitudes de vie (p. ex. activités de la vie quotidienne et domestique, travail, école), la qualité de vie ou l'atteinte d'objectifs liés au projet de vie;
- ont besoin d'accompagnement dans la gestion des manifestations des affections post-COVID-19 et de soutien à l'adaptation (p. ex. soutien psychologique, adaptation à sa nouvelle condition, y compris l'adaptation de l'environnement).

➔ Favoriser la **prise en charge** en réadaptation et la **collaboration interprofessionnelle** pour prévenir la détérioration de l'état de la personne et améliorer son rétablissement physique, cognitif et émotionnel.

➔ Adopter une **approche de prise de décision partagée** avec la personne, en collaboration avec sa famille et ses proches (si la personne le souhaite).

➔ Utiliser les **pratiques d'évaluation et d'intervention** qui tiennent compte des manifestations cliniques présentées, des capacités et des préférences de la personne.

⚠ Certains principes propres à la réadaptation (p. ex. réactiver, augmenter la force et l'endurance) peuvent être nuisibles à la personne qui présente des malaises post-effort.

➔ **Adapter les pratiques à l'aide de modalités alternatives**, dont :

- la téléréadaptation (p. ex. par téléphone, par visioconférence);
- l'ajustement du nombre, de la durée et de la fréquence des séances;
- l'autosurveillance soutenue par de l'équipement et des outils (p. ex. moniteur cardiaque de type montre intelligente, journal de bord quotidien);
- la communication d'information par le biais de dépliants, courriels, enregistrements sonores ou vidéos;
- la participation d'un membre de la famille ou d'un proche.

➔ **Réévaluer en continu** les objectifs de la réadaptation et leur atteinte étant donné que la trajectoire de récupération est individuelle, imprévisible et épisodique.

- ➔ Tenir compte de l'**impact psychologique et psychosocial** de l'affection post-COVID-19 sur la personne et, plus largement, sur sa famille et ses proches. Notamment:
    - valider l'expérience vécue, écouter les préoccupations et les inquiétudes;
    - reconnaître que le caractère nouveau et imprévisible des affections post-COVID-19 nécessite une capacité d'adaptation importante;
    - adopter une approche de soutien face aux pertes et aux deuils;
    - favoriser le bien-être et la résilience (p. ex. gestion des émotions et du stress);
    - accompagner dans les difficultés rencontrées (p. ex. isolement, anxiété, problèmes financiers, problèmes familiaux, problèmes liés à l'emploi, insécurité alimentaire);
    - encourager la personne à:
      - être bienveillante envers elle-même;
      - se donner la permission de demander de l'aide;
      - déculpabiliser face à la difficulté de réaliser certaines tâches et à la perte de rôles;
      - avoir des attentes réalistes;
      - informer ses proches de ses symptômes et de leurs conséquences.
- ⚠ Certaines manifestations cliniques (dont les malaises post-effort) peuvent influer sur l'état psychologique de la personne.**
- ➔ Accompagner la personne dans l'élaboration de son **projet de vie et de ses rôles sociaux significatifs** (p. ex. travailleur, bénévole, parent, grand-parent).
- ⚠ Critères de sécurité à considérer:**
- Placer la **sécurité de la personne** qui présente une affection post-COVID-19 au centre de l'évaluation et de l'intervention en réadaptation (p. ex. malaise post-effort).
  - Considérer que certains signes et symptômes peuvent entraîner des **risques pour la santé et la sécurité** de la personne (p. ex. risque de chutes, incapacité à sentir la fumée).
  - Des **évaluations médicales** devraient être réalisées:
    - avant d'entamer un processus de réadaptation pour exclure les pathologies sous-jacentes et maximiser l'efficacité des interventions en réadaptation;
    - lorsqu'une absence d'amélioration ou une dégradation de l'état de la personne est observée.
  - Lors de l'attente de tests médicaux complémentaires, **adapter ou maintenir** les pratiques d'évaluation et d'intervention (p. ex. stratégies de gestion de l'énergie pour prévenir les malaises post-effort).

### 2.2.5 Évaluation en réadaptation

De façon générale, les documents retenus précisent les objets d'évaluation en réadaptation auprès des personnes qui présentent une affection post-COVID-19 [AHS, 2022; Beauchamp *et al.*, 2022; Fine *et al.*, 2022; Canadian Physiotherapy Association, 2021; CDC, 2021; HAS, 2021; Herrera *et al.*, 2021]. En plus de rechercher les types et les caractéristiques des manifestations présentées par la personne, l'évaluation en réadaptation doit permettre de documenter l'impact des signes et symptômes sur la qualité de vie de la personne, son niveau d'autonomie, ses besoins (dont ceux psychosociaux) et ses attentes. L'importance d'utiliser des outils d'évaluation et de suivi appropriés est également abordée dans les documents retenus [CDC, 2021; HAS, 2021].

En plus des éléments extraits, certains contenus développés dans le cadre de l'outil général *Affections post-COVID-19*, de la fiche *Fatigue et malaises post-effort* et de la fiche *Manifestations cardiorespiratoires*, qui visaient à expliciter les éléments à documenter lors de l'évaluation, ont été jugés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*. Ces contenus ont, par conséquent, été intégrés comme information complémentaire pour certaines manifestations cliniques.

Les membres du comité consultatif trouvent qu'il est important d'évaluer les manifestations des affections post-COVID-19 et de recueillir de l'information au sujet de la prise en charge médicale en cours de la personne. De plus, ils soulignent qu'il est essentiel d'évaluer l'impact des manifestations sur le fonctionnement de la personne,

sa qualité de vie, ses habitudes de vie telles que les activités de la vie quotidienne ainsi que le soutien dont dispose la personne dans son milieu de vie.

Même si plusieurs outils d'évaluation pouvant être utiles pour les intervenants en réadaptation sont suggérés dans les documents consultés, leur validation pour les affections post-COVID-19 n'est pas encore complétée. Les membres du comité consultatif auraient souhaité que des outils d'évaluation ou de suivi ainsi que les adaptations requises pour les utiliser dans le contexte des affections post-COVID-19 soient recommandés dans cette fiche. Cependant, ils sont en accord avec le fait qu'il est nécessaire que ces outils soient validés avant d'être recommandés par l'INESSS.

Au regard de l'évaluation de la fatigue et des malaises post-effort, les membres du comité consultatif suggèrent d'ajouter que les malaises post-effort peuvent perdurer avec le temps et interagir avec les autres manifestations présentées par la personne. De plus, ils soulignent l'importance de tenir compte de l'impact possible de l'évaluation (pendant ou après) sur l'état physique, cognitif et émotionnel de la personne, et de l'informer de ces impacts.

Au regard de l'évaluation de l'état nutritionnel et des altérations de l'odorat et du goût, les membres du comité consultatif ont rappelé l'importance d'évaluer également les symptômes gastro-intestinaux et les habitudes alimentaires de la personne.

Pour leur part, les futurs utilisateurs ont suggéré d'ajouter des précisions ou des exemples pour augmenter la clarté au sujet des facteurs ou conditions préexistants qui peuvent causer ou contribuer aux affections post-COVID-19. Ils ont également émis le souhait que soient indiqués plus clairement dans la fiche les types de professionnels qui peuvent faire l'évaluation et intervenir auprès des usagers atteints d'une affection post-COVID-19. Étant donné que la fiche est générale et s'adresse à l'ensemble des intervenants en réadaptation, il a été choisi de rappeler, dans son introduction, que son application s'inscrit dans le cadre des champs d'exercice professionnel définis par la Loi et les règlements.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Évaluation en réadaptation - Pour l'ensemble des manifestations cliniques

### Pour l'ensemble des manifestations cliniques

- ◆ Rechercher et caractériser les manifestations cliniques et suivre leur évolution en documentant:
  - les types de manifestations (consulter le tableau [Manifestations cliniques des affections post-COVID-19](#));
  - l'apparition, la durée et les fluctuations des manifestations;
  - les traitements ou les activités qui soulagent ou exacerber les manifestations;
  - les effets des essais antérieurs d'intervention thérapeutique (p. ex. médication, ergothérapie, physiothérapie).
- ◆ Documenter l'impact des manifestations cliniques sur le fonctionnement global, la réalisation des habitudes de vie et la qualité de vie de la personne.
- ◆ Documenter les attentes et les préférences de la personne.
- ◆ Documenter l'aide dont dispose la personne dans son milieu de vie.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Évaluation en réadaptation - Informations complémentaires pour certaines manifestations cliniques

Information complémentaire pour certaines manifestations cliniques	
<b>Pour la fatigue et les malaises post-effort</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Documenter les caractéristiques de la fatigue et des malaises post-effort (consulter les tableaux <a href="#">Fatigue</a> et <a href="#">Caractéristiques des malaises post-effort</a>);</li> <li>→ Documenter l'effet de l'introduction d'une activité (physique, cognitive ou émotionnelle) ou de l'augmentation de son intensité sur les symptômes, le niveau d'énergie et l'humeur sur les malaises post-effort.</li> </ul> <p><b>⚠</b> Tenir compte de l'impact possible de l'évaluation (pendant ou après) sur l'état physique, cognitif et émotionnel de la personne et l'informer de ces impacts.</p> <p><b>⚠</b> L'accumulation de malaises post-effort dont la récupération n'est pas complète peut complexifier l'évaluation du tableau clinique.</p> <p><b> ⓘ Les malaises post-effort</b> peuvent être difficiles à évaluer compte tenu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la difficulté pour les personnes atteintes de les décrire;</li> <li>• du fait qu'ils peuvent passer inaperçus et perdurer dans le temps;</li> <li>• du fait qu'ils peuvent interagir avec les autres manifestations cliniques.</li> </ul> </p>
<b>Pour les manifestations cardiorespiratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Documenter l'effet du changement de position du corps sur les symptômes (p. ex. apparition ou exacerbation en position debout, atténuation ou amélioration en position couchée).</li> </ul> <p><b>⚠</b> Pour l'évaluation des symptômes sévères de l'intolérance orthostatique, orienter, au besoin, la personne vers un médecin et adapter l'intervention durant l'attente des résultats.</p> <p><b> ⓘ L'intolérance orthostatique</b> consiste en une constellation de symptômes qui surviennent lors du passage de la position couchée ou assise à la position debout. Ceux-ci peuvent se produire avec ou sans tachycardie orthostatique, hypotension orthostatique ou syncope.</p>
<b>Pour les manifestations cognitives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Documenter les manifestations cognitives en tenant compte du fait que les pratiques d'évaluation cognitive peuvent être exigeantes et sources de malaises post-effort.</li> </ul> <p><b> ⓘ Les difficultés cognitives</b> (p. ex. difficultés d'attention et de concentration, difficultés mnésiques, difficultés liées aux fonctions exécutives) sont souvent regroupées sous le terme <b>brouillard mental</b>.</p>
<b>Pour l'état nutritionnel et les altérations de l'odorat et du goût</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Documenter, notamment:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• la variation de poids involontaire;</li> <li>• le risque de malnutrition et de sarcopénie;</li> <li>• l'altération ou la perte de l'odorat ou du goût;</li> <li>• la perte d'appétit et la satiété précoce ou faible;</li> <li>• les symptômes gastro-intestinaux;</li> <li>• les difficultés de déglutition (dysphagie);</li> <li>• les habitudes alimentaires (p. ex. horaire des repas et collations, quantité et qualité des aliments, hydratation).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>⚠</b> Les <b>altérations de l'odorat et du goût</b> entraînent souvent des modifications aux habitudes alimentaires (p. ex. ajout de sucre ou de sel, diversité alimentaire réduite) qui peuvent à leur tour entraîner des carences nutritionnelles ou des risques pour la santé (p. ex. hypertension, diabète).</p> <p><b> ⓘ La malnutrition et la sarcopénie</b> sont observées chez des personnes qui présentent des affections post-COVID-19. Elles peuvent être liées à certains symptômes, dont la difficulté de déglutition, l'altération de l'odorat, l'altération du goût, les nausées, les vomissements, la fatigue et la dyspnée.</p>

**⚠ Critères de sécurité à considérer :**

- Tenir compte des **facteurs ou conditions** qui pourraient causer, contribuer ou exacerber les manifestations cliniques observées (p. ex. antécédents médicaux et comorbidités).
- **Interrompre l'évaluation** en cas d'apparition ou d'aggravation significative des signes et symptômes et **demandez un avis médical**, selon le jugement clinique.

## **2.2.6 Interventions en réadaptation**

### **2.2.6.1 Considérations générales**

Les documents retenus font état de plusieurs éléments d'intérêt pour les interventions en réadaptation offertes aux personnes qui présentent des affections post-COVID-19, notamment au regard des objectifs de la réadaptation, des principes généraux d'intervention et des précautions à observer lors des interventions.

En raison de la complexité des problèmes associés aux affections post-COVID-19, les publications consultées suggèrent d'aborder la réadaptation de façon holistique [AHS, 2022; CSP, 2021]. Ainsi, l'élaboration d'un plan de réadaptation complet peut être utile pour certains patients. Il peut inclure la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la réadaptation au travail ainsi que la réadaptation neurocognitive en cas de symptômes cognitifs [CDC, 2021].

L'approche de la prise de décision partagée est privilégiée dans la littérature [AHS, 2022; NICE *et al.*, 2022; CSP, 2021]. Ainsi, il est suggéré de discuter avec l'usager des avantages et des risques potentiels de chaque intervention dans un processus de prise de décision partagée [CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021].

Les documents consultés soulignent que les interventions devraient être articulées autour de l'accompagnement de l'usager dans l'autogestion des manifestations, y compris le monitorage de ses symptômes et l'évitement des rechutes. Les documents consultés soulignent à cet égard que les usagers ont souvent besoin de soutien pour améliorer leur confiance, leurs connaissances et leurs compétences afin de gérer les impacts physiques, sociaux et émotionnels associés à leur condition [AHS, 2022; NICE *et al.*, 2022; CSP, 2021; HAS, 2021]. L'importance de tenir compte de l'impact psychologique et psychosocial des affections post-COVID-19 lors de l'intervention en réadaptation est également soulignée.

Concernant les modalités d'intervention, les guides consultés suggèrent d'envisager la possibilité de varier les modalités d'action afin d'offrir des interventions sécuritaires et adaptées à la condition de l'usager. Il est rapporté que les interventions peuvent être individuelles ou de groupe afin de permettre aux personnes qui éprouvent des problématiques similaires de s'entraider [AHS, 2022; CDC, 2021; HAS, 2021]. Ces interventions peuvent aussi être en personne ou à distance (téléréadaptation) [AHS, 2022].

Les membres du comité consultatif abondent dans le même sens que les documents consultés et soulignent également l'importance des éléments susnommés. Ils ont indiqué que, pour les affections post-COVID-19, l'objectif de la réadaptation devrait être de mener le patient à sa nouvelle normalité, à accomplir ses activités de la vie quotidienne et, si possible, retourner au travail ou aux études. Ils ont cependant indiqué que la gestion de l'énergie devrait être un des éléments centraux de l'intervention. Il a été suggéré de déterminer les objectifs de réadaptation en suivant la hiérarchisation suivante :

1. Viser en premier lieu la sécurité et la stabilité en limitant les situations de surcharge (stratégies compensatoires et adaptations);
2. Limiter le déconditionnement par des activités douces et adaptées aux capacités (sans provoquer de malaises post-effort);
3. Viser la récupération douce et progressive des fonctions et de la reprise des occupations;
4. Assurer le maintien des acquis (sans rechute).

Plusieurs moyens à mettre en œuvre pour optimiser la réadaptation ont été proposés par les membres du comité, notamment de faire participer l'entourage pour soutenir la réadaptation et diminuer le stress chez l'usager, et de miser sur la collaboration interprofessionnelle entre l'équipe médicale, l'équipe de réadaptation et l'agent payeur. De plus, étant donné que la récupération peut être lente, le comité recommande de persister dans l'approche si une tendance à l'amélioration est observée – p. ex. symptômes plus espacés, de moindre intensité, de plus courte durée.

Les futurs utilisateurs ont rappelé l'importance de la sécurité des interventions et de l'équilibre entre l'évitement du déconditionnement et des malaises post-effort.

L'information et le développement des capacités d'autogestion sont également perçus comme un des objectifs premiers de l'intervention en réadaptation.

## **INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation**

### **GÉNÉRALITÉS**

- ➔ En tenant compte de la présence ou non de malaises post-effort, les **pratiques d'intervention** devraient avoir les objectifs suivants:
  - viser en premier lieu la sécurité;
  - éviter le déconditionnement et, par la suite, favoriser la récupération de façon progressive;
  - assurer le maintien des acquis.
- ⚠ Ne pas appliquer les stratégies habituelles de reprise graduelle des activités avec augmentation continue de la durée et de l'intensité en présence ou suspicion de malaises post-effort.
- ➔ Discuter des **avantages** et des **risques potentiels** des différentes pratiques d'intervention.
- ➔ Accompagner la personne dans l'**autosurveillance**, la **gestion de ses manifestations** et dans l'**évitement des rechutes**, dont:
  - fournir de l'information fiable et adaptée sur:
    - l'évolution des affections post-COVID-19 et leurs manifestations cliniques;
    - les personnes à contacter en cas d'inquiétude concernant les symptômes;
    - les moyens d'obtenir des services psychologiques et psychosociaux, y compris au regard du logement, des services à domicile, de l'emploi et du soutien financier;
  - inviter la personne à documenter:
    - les signes et symptômes (apparition, détérioration et résolution) afin de repérer les éléments déclencheurs, exacerbants et atténuateurs;
    - ses activités significatives réalisées et son niveau d'énergie;
    - sa capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique et d'être présente ou non au travail ou à l'école;
  - favoriser l'adoption de saines habitudes de vie pour permettre un fonctionnement le plus optimal possible.

- Tenir compte de l'**impact psychologique et psychosocial** des affections post-COVID-19 en adaptant les pratiques d'intervention.
- Offrir des **interventions de groupe** lorsque possible (p. ex. information, éducation sur des techniques spécifiques – respiration, etc. –, soutien par les pairs, soutien psychosocial) **combinées à un suivi individuel**.
- Étant donné que la récupération peut être lente, **persistez dans l'approche si une tendance à l'amélioration est observée** (p. ex. symptômes plus espacés, de moindre intensité, de plus courte durée).

**⚠ Critères de sécurité à considérer:**

- **Interrompre l'intervention** en cas d'apparition ou d'aggravation significative des signes et symptômes et **demander un avis médical**. Certaines interventions en réadaptation peuvent être adaptées ou maintenues en attendant la consultation auprès de spécialistes.
- **Indiquer à la personne les signes et symptômes à surveiller** et quand chercher de l'aide médicale urgente (p. ex. douleur thoracique soudaine qui persiste plus de 15 minutes).

### 2.2.6.2 Interventions pour les malaises post-effort, y compris la fatigue associée

Certains contenus développés à l'occasion de la rédaction de la fiche complémentaire *Fatigue et malaises post-effort* destinée aux professionnels de première ligne ont été jugés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*.

En plus de ces contenus, les publications consultées suggèrent que, compte tenu de l'impact de la fatigue chez des personnes aux prises avec des affections post-COVID-19, la réadaptation devrait veiller à les renseigner sur la reprise des activités quotidiennes de manière conservatrice, à un rythme approprié, sûr et gérable pour leur niveau d'énergie [Canadian Physiotherapy Association, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; World Physiotherapy, 2021]. Pour ce qui est du malaise post-effort, les publications retenues suggèrent d'envisager l'autogestion dans le cadre du principe de conservation de l'énergie – *pacing*, positionnement, planification, priorisation, résolution de problème, permission) [AHS, 2022; CSP, 2021; Herrera et al., 2021].

Si pertinent, il est suggéré de considérer un objectif de réadaptation visant l'évitement des malaises post-effort [HAS, 2021]. Au lieu de déterminer une échéance précise pour l'atteinte de cet objectif, il est notamment recommandé de s'appuyer plutôt sur l'évitement de l'exacerbation des symptômes [AHS, 2022] et, si la personne présente des malaises post-effort, de proposer des activités ou des exercices en dessous du niveau d'effort qui exacerbé les symptômes. L'augmentation graduée des exercices sans tenir compte des symptômes n'est pas recommandée [AHS, 2022]. Par ailleurs, dans certains cas, les exercices physiques sont même à proscrire [CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021].

Certains documents consultés suggèrent de prendre des précautions lors de la réadaptation des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-effort, notamment d'arrêter les interventions si l'usager exprime de la dyspnée ou une douleur inexplicable à la poitrine [AHS, 2022], et de surveiller l'apparition ou l'aggravation de problèmes cardiaques, respiratoires ou psychologiques [AHS, 2022; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; World Physiotherapy, 2021].

Les membres du comité consultatif se sont dit en accord avec l'information rapportée et les recommandations formulées dans la fiche. Selon les membres du comité, certains principes propres à la réadaptation (réactiver, augmenter la force et l'endurance) peuvent être nuisibles aux personnes qui présentent des affections post-COVID-19. Ainsi, ils ont insisté sur l'importance de déterminer avec l'usager sa fenêtre de tolérance à l'effort afin d'éviter les malaises post-effort. Ils ont également mis l'accent sur l'importance d'éviter le cycle activités – malaises post-effort et d'aggraver la présentation clinique lors des interventions en réadaptation.

Afin de favoriser l'efficacité de la réadaptation, le comité suggère de privilégier des interventions moins intenses sur une plus longue durée et d'enseigner les stratégies de conservation de l'énergie. Certains membres ont proposé de formuler des objectifs qui ne contiennent pas de notion de temps afin d'éviter de mettre de la pression et, comme l'indiquent les guides de pratique consultés, de varier et d'adapter les modalités de l'intervention – p. ex. individuelle et en groupe, à distance et en personne, horaires flexibles. Enfin, les membres du comité ont suggéré d'envisager des interventions particulières qui pourraient être utiles pour les personnes qui présentent une affection post-COVID-19, comme les vignettes de stationnement, l'adaptation du domicile (y compris des aides techniques) et le soutien aux proches.

Les commentaires des futurs utilisateurs à propos de la fiche rejoignent en grande partie ceux du comité. La précaution quant au déclenchement des cycles de malaise post-effort a été soulignée, ainsi que l'importance d'amener les usagers à reconnaître leurs limites, et cela malgré la difficulté à les identifier et à doser l'effort en conséquence.

Concernant la proposition d'adapter les activités et les environnements d'intervention, les futurs utilisateurs ont rappelé l'importance de tenir compte des spécificités de la personne. Par exemple, pour les interventions de groupe, il est important d'évaluer les capacités de la personne d'y participer, puisque les interactions sociales en elles-mêmes peuvent être coûteuses en énergie. Enfin, il a été suggéré d'enseigner des stratégies d'adaptation et de conservation de l'énergie et de recommander des outils d'autogestion comme un journal de bord quotidien qui permettrait de repérer plus facilement les activités qui déclenchent des malaises post-effort.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation pour les malaises post-effort (y compris la fatigue associée)

### ◆ Pour éviter les cycles activités – malaises post-effort (*crash*) et favoriser la récupération :

- attendre la stabilisation de l'état de la personne avant de la guider de façon prudente vers le retour progressif aux activités (pour les activités en lien avec le travail, voir la section [Pour le retour au travail](#));
- ne pas encourager la personne à faire des efforts/activités pour augmenter son endurance;
- s'assurer de soutenir la personne dans le dosage des efforts requis pour chacune des activités et pour l'ensemble de celles-ci afin qu'elles demeurent en dessous du seuil d'effort qui exacerbe les symptômes.

⚠ Certains principes propres à la réadaptation (p. ex. réactiver, augmenter la force et l'endurance) peuvent être nuisibles à la personne qui présente des malaises post-effort.

### ◆ Encourager la personne à :

- éviter de culpabiliser lors des malaises post-effort;
- voir les malaises post-effort comme une occasion d'en apprendre plus sur ses limites;
- se donner la permission de faire les choses autrement;
- informer ses proches sur les malaises post-effort et leurs conséquences.

### ◆ Soutenir la personne dans l'utilisation de différentes stratégies de gestion de l'énergie (*pacing*) (voir tableau suivant).

Conservation/maximisation/régularisation de l'énergie	
Éléments	Exemples
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Équilibrer</b> les périodes d'activité et de repos (voir la section correspondante).</li><li><b>Prioriser</b><ul style="list-style-type: none"><li>Établir un <b>ordre</b> de priorité des activités.</li><li><b>Conserver</b> de l'énergie pour des activités significatives.</li><li>Reconnaitre et <b>limiter</b> les activités énergivores.</li></ul></li><li><b>Adapter</b><ul style="list-style-type: none"><li><b>Modifier</b> les activités pour les rendre plus faciles à réaliser.</li><li><b>Fractionner</b> les grosses tâches en plus petites.</li></ul></li><li><b>Planifier</b><ul style="list-style-type: none"><li><b>Échelonner</b> les activités sur les jours ou les semaines.</li><li><b>Faire</b> les activités énergivores durant les périodes de la journée ou de la semaine où l'énergie est la plus élevée.</li><li><b>RésERVER</b> du temps pour les activités énergisantes – en respectant l'enveloppe énergétique.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Emplettes et épicerie<ul style="list-style-type: none"><li>Faire livrer, prioriser les périodes moins achalandées.</li></ul></li><li>Modification des activités (lorsque possible)<ul style="list-style-type: none"><li>Utiliser la position assise ou semi-assise (p. ex. brossage de dents, se doucher, cuisiner, s'habiller, passager en voiture).</li><li>Utiliser la position semi-assise ou couchée (p. ex. activités cognitives).</li><li>Limiter les stimuli (p. ex. bouchons ou coquilles, masque de sommeil, paravent, tamisage de la lumière, mode sombre sur les appareils électroniques).</li></ul></li><li>Aide technique<ul style="list-style-type: none"><li>Vignette de stationnement, déambulateur avec siège, transport adapté, fauteuil roulant.</li></ul></li><li>Aides à domicile<ul style="list-style-type: none"><li>Ménage, repas préparés, déneigement, entretien (p. ex. pelouse, paysagement, petits travaux domestiques).</li></ul></li><li>Activités énergisantes – en respectant l'enveloppe énergétique<ul style="list-style-type: none"><li>Pratique d'un passe-temps, s'asseoir à l'extérieur.</li><li>Toute activité qui procure plaisir et satisfaction.</li></ul></li></ul>

Équilibre des périodes d'activité et de repos	
Éléments	Exemples
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Équilibrage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouver les seuils d'efforts physiques, cognitifs et émotionnels qui déclenchent les malaises post-effort.</li> <li>- Ajuster l'intensité des activités et planifier une alternance de périodes d'activité et de repos de façon à ne pas dépasser les seuils d'efforts trouvés.</li> <li>- Attendre une stabilisation de l'état de santé durant quelques semaines avant d'essayer d'augmenter légèrement les activités, même si la personne se sent bien.</li> </ul> <p style="color: #FF0000;">⚠ Une augmentation trop rapide des activités pourrait entraîner une rechute.</p> <p style="color: #FF0000;">⚠ Les cycles efforts/activités – malaises post-effort (<i>crash</i>) sont à éviter le plus possible.</p> </li> <li>• <b>Éléments facilitateurs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir une période de repos avant et après une activité énergivore.</li> <li>- Prévoir une marge de manœuvre pour les imprévus.</li> <li>- Alterner entre les tâches (p. ex. faciles vs difficiles, physiques vs cognitives).</li> <li>- Arrêter une activité avant d'être très fatigué pour diminuer le temps de repos nécessaire.</li> <li>- Planifier les moments de repos d'abord et les activités par la suite.</li> <li>- Prévoir des périodes de pause et de repos chaque jour.</li> <li>- Choisir les activités de façon à ne pas dépasser la quantité d'énergie disponible pour la journée et ne pas empiéter sur celle des jours suivants (p. ex. théorie des cuillères).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouver les seuils d'efforts <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechercher des symptômes avant-coureurs; le cas échéant, arrêter l'activité avant ou dès leur apparition.</li> <li>- Se servir de la fréquence cardiaque comme point de repère (p. ex. 50 à 60 % de la fréquence maximale).</li> </ul> </li> <li>• Repos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire fréquemment des petites pauses en choisissant le moment, la fréquence et la durée avec l'expérience (p. ex. 2-5 minutes).</li> <li>- Faire des pauses sensorielles de 5 à 20 minutes (p. ex. bouchons ou coquilles, masque de sommeil, lumière tamisée, pas d'écran).</li> <li>- Se coucher une heure avant une sortie.</li> <li>- se réserver une ou des journées sans engagements la veille d'un rendez-vous.</li> <li>- S'accorder un repos complet (ne rien faire).</li> </ul> </li> <li>⚠ L'objectif n'est pas de dormir, car les siestes prolongées peuvent nuire au sommeil nocturne.</li> <li>• Activités de récupération <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxation, méditation, se centrer sur sa respiration, exercices de respiration.</li> </ul> </li> </ul>

⚠ Une gestion optimale de l'énergie peut nécessiter un certain temps d'apprentissage. De plus, des ajustements seront nécessaires en fonction de l'évolution de l'état de santé et de la mise en place de nouvelles activités dans la routine.

### 2.2.6.3 Interventions pour les manifestations cardiorespiratoires

Certains contenus développés dans le cadre de la fiche complémentaire *Manifestations cardiorespiratoires* destinée aux professionnels de première ligne ont été jugés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation – voir *Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19*.

En plus de ces contenus, les documents consultés suggèrent, dans le cas des interventions pour les manifestations cardiorespiratoires, de tenir compte des malaises post-effort et de miser sur des interventions visant le maintien du niveau d'énergie, sans exacerbation des symptômes [CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021]. D'autres proposent d'envisager l'utilisation de techniques de respiration de base telles que la respiration abdominale, le drainage postural, la technique de la toux dirigée et la respiration à lèvres pincées comme moyens d'intervention [Maley *et al.*, 2022; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; HAS, 2021].

Pour les usagers qui présentent une dyspnée, une désaturation en oxygène liée à l'effort, une toux chronique ou des symptômes cardiaques, des interventions combinant l'enseignement de certaines techniques de respiration, l'autogestion (p. ex. éléments à surveiller) et l'utilisation de certains outils (p. ex. oxymètre, moniteur de fréquence cardiaque) sont recommandées [AHS, 2022].

Pour les personnes qui présentent un syndrome d'hyperventilation, la réadaptation suggérée se base sur une observation méthodique de la respiration et une attention

bienveillante aux affects [HAS, 2021]. Quant aux personnes chez qui un syndrome de tachycardie orthostatique posturale est suspecté, il peut être pertinent de leur enseigner comment mesurer leur rythme cardiaque et d'autres techniques pour réduire les symptômes [AHS, 2022; HAS, 2021; World Physiotherapy, 2021]. Afin de prévenir les complications (p. ex. détresse, désaturation), les guides de pratique clinique recommandent toutefois de prendre certaines précautions en présence de symptômes cardiorespiratoires [Beauchamp *et al.*, 2022; Maley *et al.*, 2022; WHO, 2021].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'importance accordée à la sécurité dans le contexte de la prise en charge des manifestations cardiorespiratoires. Ils sont aussi en accord avec l'importance de tenir compte de l'intolérance orthostatique, puisqu'il s'agit d'une manifestation clinique fréquente des affections post-COVID-19 et que l'ensemble des intervenants en réadaptation n'ont pas développé d'expertise spécifique concernant cette manifestation et sa prise en charge.

Selon les membres du comité, l'enseignement des techniques de respiration par un intervenant en réadaptation est très utile pour les personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires. De plus, les exercices favorisant la mobilité de la cage thoracique semblent grandement appréciés.

La mention du syndrome de tachycardie orthostatique a soulevé des questions au sein du comité compte tenu de la difficulté à établir ce diagnostic médical et à traiter la personne par des interventions en réadaptation. Comme la condition est sous-diagnostiquée, le comité recommande de mentionner les deux concepts dans la fiche, pour conscientiser les intervenants.

Pour ce qui est des futurs utilisateurs, ils ont apprécié les exemples concrets d'activité physique ou de progression des exercices indiqués dans la fiche, qui peuvent être utilisés pour la sphère cardiorespiratoire afin d'aiguiller plus spécifiquement les intervenants. Ils ont également jugé pertinent de se servir de la fréquence cardiaque comme point de repère pour évaluer la tachycardie orthostatique.

## **INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation pour les manifestations cardiorespiratoires**

- ➔ En tenant compte de la présence ou non de malaises post-effort, les pratiques d'intervention devraient:
  - viser à optimiser la sécurité en minimisant l'intolérance à l'effort et l'exacerbation des symptômes (p. ex. les malaises post-effort);
  - se concentrer sur la reprise des activités (y compris la mobilisation et l'exercice, au besoin) en tenant compte de la gestion de l'énergie dans le contexte de symptômes cardiorespiratoires (p. ex. syndrome d'hyperventilation ou troubles du rythme respiratoire).
- ⚠ Suivre étroitement l'évolution de l'état de la personne lors de l'introduction des activités.
- ➔ Faire le suivi des signes vitaux et des paramètres de saturation en oxygène.
- ➔ Envisager l'utilisation de techniques de respiration de base (p. ex. respiration abdominale, respiration à lèvres pincées).
- ⚠ Si la personne présente des difficultés pour contrôler sa respiration au repos ou à l'effort, évaluer si elle pourrait bénéficier d'un réentraînement respiratoire ou d'une orientation vers l'inalothérapie ou la physiothérapie respiratoire.

- ➔ Pour les **signes et symptômes évocateurs de l'intolérance orthostatique**:
  - commencer en position non verticale avec des exercices sans redressement (en décubitus dorsal) et remplacer progressivement par de: exercices en position debout;
  - former la personne sur les moyens de gérer et de prévenir l'intolérance orthostatique:
    - bien s'hydrater et augmenter l'apport de sel (s'il n'y a pas d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque ou rénale);
    - éviter de se lever rapidement;
    - porter une gaine abdominale ou des collants de contention remontant jusqu'à la taille;
    - dormir sur un lit incliné de 15 degrés, la tête vers le haut (position de Trendelenburg inversée);
    - éviter les environnements chauds durant une période prolongée (p. ex. douche chaude);
    - s'allonger au moins 15 minutes après un repas copieux ou la consommation d'alcool;
    - fractionner les repas en cas d'hypotension artérielle postprandiale;
    - consommer des aliments riches en protéines et limiter les glucides;
  - enseigner à la personne comment mesurer sa fréquence cardiaque, au besoin.
- ➔ Dans la **reprise de l'exercice, s'il n'y a pas de malaises post-effort**, envisager des exercices structurés comprenant du reconditionnement aérobie et du renforcement.
  - Pour les personnes qui présentent des **symptômes respiratoires**:
    - tenir compte de certaines considérations supplémentaires (p. ex. l'utilisation de bronchodilatateurs);
    - former la personne:
      - à qualifier l'intensité de l'effort fourni lors de l'exercice;
      - à utiliser un oxymètre de pouls pour soutenir la progression de l'activité et la sécurité;
      - à propos des positions qui soulagent le souffle court (p. ex. se coucher sur le côté avec la tête surélevée).
  - Pour les personnes qui présentent des **symptômes cardiaques**:
    - s'assurer que la personne réalise des périodes d'échauffement et de retour au calme (environ 5 minutes);
    - envisager l'utilisation d'un moniteur de fréquence cardiaque, commencer avec un intervalle entre 40 et 60 % du rythme cardiaque maximal;
    - monitorer la récupération du rythme cardiaque après l'effort;
    - monitorer la réponse de la personne à l'activité (p. ex. arythmie, augmentation ou diminution rapide de la pression sanguine).
  - Pour les personnes qui présentent une **toux chronique**:
    - former la personne atteinte d'une toux non productive aux techniques de respiration et de toux et aux positions de sommeil adéquates;
    - sensibiliser et former la personne qui a une toux productive aux techniques de respiration de base (respiration diaphragmatique ou abdominale et à lèvres pincées) et aux techniques de dégagement des voies respiratoires (p. ex. la technique de toux contrôlée ou d'expiration par petits coups).

#### 2.2.6.4 Interventions pour les manifestations cognitives

Les guides de pratique clinique consultés suggèrent que le retour aux activités cognitives soit graduel et individualisé [AHS, 2022; Fine et al., 2022]. Les documents consultés indiquent que les intervenants en réadaptation pourraient envisager l'autogestion des manifestations cognitives à l'aide de stratégies de gestion de l'énergie [CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021]. De plus, la combinaison de la remédiation par un entraînement ciblé en fonction des symptômes avec l'enseignement de stratégies métacognitives et l'utilisation des méthodes compensatoires (p. ex. alarmes, agenda, prise de notes dans un journal) pourraient être envisagés [Fine et al., 2022; HAS, 2021; OMS, 2021].

Les membres du comité consultatif ont rapporté l'importance de tenir compte du fait que les efforts cognitifs contribuent également aux malaises post-effort et que des interventions de gestion de l'énergie peuvent aussi être pertinentes pour la prise en charge des manifestations cognitives, dont la fatigue mentale. Il a été également recommandé de réorganiser l'ordre de présentation des éléments pour refléter l'importance des différentes composantes dans le contexte de la réadaptation.

Les membres du comité consultatif ont recommandé de ne pas retenir les thérapies corps-esprit (p. ex. tai-chi, yoga) proposées dans certains documents, compte tenu que ces interventions ne sont actuellement pas suffisamment appuyées par des données probantes.

Les futurs utilisateurs ont, quant à eux, suggéré un entraînement ciblé pour réduire les symptômes, dont la remédiation cognitive, au besoin, et si bien tolérée.

## **INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation pour les manifestations cognitives**

- ◆ En tenant compte de la présence ou non de malaises post-effort, les pratiques d'intervention devraient:
  - inclure l'utilisation de méthodes compensatoires (p. ex. alarmes, agenda, prise de notes dans un journal);
  - enseigner des stratégies métacognitives (p. ex. autocontrôle, ajout de la rétroaction dans la performance à venir);
  - envisager des stratégies de gestion de l'énergie en cas de fatigue mentale [voir tableau sur les [différentes stratégies de gestion de l'énergie \(pacing\)](#)];
  - envisager un entraînement ciblé pour les symptômes déficitaires, dont la remédiation cognitive (p. ex. exercices d'attention ou de mémoire)

### **2.2.6.5 Interventions pour l'état nutritionnel et les altérations du goût et de l'odorat**

Les documents retenus suggèrent notamment d'envisager l'élaboration d'un plan de traitement nutritionnel visant un apport calorique et protéinique approprié, une hydratation adéquate et l'adoption d'une diète variée [AHS, 2021; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021; Herrera *et al.*, 2021]. Une forte augmentation calorique ou protéinique est toutefois déconseillée, pour éviter une surcharge du processus métabolique et de la demande cardiorespiratoire [AHS, 2021].

Pour les usagers qui subissent une perte de poids continue et ont des difficultés à avoir une nutrition adéquate durant une période prolongée, il est suggéré d'envisager d'autres voies de nutrition [HAS, 2021]. Si l'usager est incapable de stabiliser son poids malgré un apport calorique plus élevé, une augmentation graduelle de l'apport oral est suggérée. Enfin, une rééducation olfactive est conseillée pour les usagers qui présentent de l'anosmie [HAS, 2021].

Pour gérer la fatigue et les problèmes respiratoires pendant les repas, il est suggéré aux intervenants de recommander des stratégies d'autogestion – p. ex. prendre des portions plus petites et plus fréquentes, faire une pause avant les repas pour optimiser l'énergie, s'accorder plus de temps pour manger, limiter les conversations pendant les repas pour éviter l'essoufflement, manger des aliments plus mous, prendre position sur une chaise de soutien pour maximiser l'énergie pour la respiration et l'alimentation [AHS, 2021].

Pour les problèmes concernant le goût et l'odorat et leurs impacts sur l'appétit, il est suggéré aux professionnels de recommander des stratégies favorisant une nutrition et une hydratation adéquates en améliorant le plaisir de manger – p. ex. variété de saveurs, de textures, de présentations [AHS, 2021].

Les commentaires et suggestions formulés par les membres du comité convergent vers l'information extraite des documents consultés. Ils soulignent notamment l'importance de soutenir la personne qui présente une affection post-COVID-19 en matière d'alimentation : horaires de repas réguliers, favoriser le plaisir de manger, prendre de petites portions, mais plus fréquentes, etc.

Les futurs utilisateurs ont proposé d'optimiser l'enseignement aux usagers pour l'adoption de comportements favorables à la santé immunitaire et métabolique et afin d'aider la gestion des symptômes comme les troubles digestifs et l'intolérance orthostatique. Puisque la fiche est générale et s'adresse à l'ensemble des intervenants en réadaptation, il a été choisi de rappeler, dans son introduction, que son application

s'inscrit dans le cadre des champs d'exercice professionnel définis par la Loi et les règlements.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation pour l'état nutritionnel et les altérations de l'odorat et du goût

- ➔ En tenant compte de la présence ou non de malaises post-effort, employer des pratiques d'intervention pour réduire l'impact des manifestations cliniques sur l'alimentation, notamment :
  - maintenir une routine alimentaire régulière;
  - fractionner les portions (p. ex. prendre des aliments solides et liquides à intervalles réguliers);
  - adapter la position du corps à la table;
  - utiliser des aides techniques;
  - avoir en réserve des aliments nutritifs congelés préparés;
  - envisager de l'aide pour la préparation des repas ou de recourir à des services de traiteurs.
- ➔ Considérer l'élaboration d'un plan de traitement nutritionnel individualisé visant une alimentation variée et un apport approprié en énergie, protéines, vitamines, minéraux et eau (p. ex. en cas de perte de poids non volontaire ou de malnutrition).
- ➔ Pour les altérations de l'odorat et du goût :
  - soutenir la personne afin de favoriser une nutrition et une hydratation adéquates et augmenter le plaisir de manger en :
    - augmentant l'expérience sensorielle (p. ex. variété de textures et de températures);
    - stimulant les différents récepteurs du goût;
    - présentant la nourriture de façon attrayante et dans une ambiance agréable;
  - conscientiser la personne à propos des risques potentiels et des mesures de sécurité à prendre pour elle et pour les autres selon sa situation personnelle et professionnelle;
  - envisager la rééducation olfactive (consulter les détails dans la fiche d'aide à la prise en charge [Altérations de l'odorat et du goût](#)).

### 2.2.6.6 Interventions pour le retour au travail

Deux guides de pratique clinique [AHS, 2022; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021] indiquent que les manifestations des affections post-COVID-19 complexifient le retour au travail. Ils soulignent également que le principe habituel de reprise graduelle des activités avec une augmentation continue de la durée et de l'intensité n'est pas adéquat pour les personnes qui présentent des malaises post-effort, d'où l'importance d'envisager une tout autre approche pour le retour au travail.

Ces documents rapportent qu'il est pertinent, avant le retour au travail de la personne, de vérifier si celle-ci est en mesure d'accomplir les activités domestiques tout en respectant son niveau d'énergie physique et cognitif. Par la suite, il est suggéré de proposer à cette personne de simuler progressivement ses habitudes de vie en vue d'un retour au travail – p. ex. heure de lever et de coucher, horaire des repas, activités similaires à celles de l'emploi. Dans tous les cas, il convient d'envisager un retour au travail progressif et individualisé en s'appuyant sur le jugement clinique. Pour les personnes qui souffrent de malaises post-effort, les documents consultés suggèrent de concevoir la progression du retour au travail de façon à éviter des symptômes et non en se basant sur une échéance précise. Pour certains usagers, il est suggéré d'envisager le recours à des aides techniques, à des adaptations ou des modifications d'horaire et d'orienter la personne, au besoin, vers un professionnel de la réadaptation pour structurer les activités associées au retour au travail. Les documents consultés soulignent également l'importance d'informer les employeurs, notamment à propos des caractéristiques des malaises post-effort et des stratégies de gestion de l'énergie à appliquer [AHS, 2022; Herrera *et al.*, 2021].

Les membres du comité consultatif ont appuyé les constats des guides de pratique clinique pour le retour au travail en soulignant l'importance d'amorcer la reprise des

activités par celles de la vie quotidienne et domestique et celles des loisirs avant d'envisager le retour au travail. De plus, les membres du comité consultatif ont rappelé l'importance de la collaboration entre les professionnels de la réadaptation, les médecins, l'employeur et les agents payeurs. Selon eux, l'accompagnement par des professionnels de réadaptation tout au long du processus de retour au travail est essentiel pour favoriser la mise en place d'aménagements et l'adaptation des tâches lors du retour au travail. Puisque les risques de rechute sont élevés, les membres du comité ont fortement recommandé d'ajouter la notion de la flexibilité et de la personnalisation du retour au travail, et de prendre en considération les aspects psychologiques qui pourraient être ressentis par l'usager à son retour au travail.

Enfin, les membres du comité consultatif suggèrent de consulter une équipe de réadaptation multidisciplinaire ou un ergothérapeute au sein d'un programme interdisciplinaire pour structurer les activités de retour au travail compte tenu de la complexité des évaluations à réaliser en prévision de ce retour.

## INFORMATION OU RECOMMANDATION CLINIQUE RETENUE – Interventions en réadaptation pour le retour au travail

→ S'appuyer sur la **collaboration interprofessionnelle** (p. ex. professionnels de la réadaptation, médecins) et un **partenariat** avec l'employeur et les agents payeurs.

→ **Lorsque le retour au travail est envisagé :**

- vérifier si la personne est en mesure d'accomplir les activités de la vie quotidienne et domestique et celles associées aux loisirs, tout en respectant son niveau d'énergie physique, cognitif et émotionnel;
- proposer à la personne de simuler progressivement ses habitudes de vie en vue d'un retour au travail (p. ex. heure de lever et de coucher, horaire des repas, activités similaires à celles de l'emploi);
- envisager, au besoin, des aides techniques, des adaptations ou des modifications d'horaire;
- soutenir la personne dans ses démarches auprès de son employeur et des agents payeurs pour la reprise d'activités liées au travail.

→ **Lors du retour au travail, l'intégration au travail devrait être individualisée, progressive et flexible:**

- s'appuyer sur les interventions de gestion de l'énergie [voir tableau sur les [différentes stratégies de gestion de l'énergie \(pacing\)](#)];
- aménager les tâches et réduire les exigences liées à l'emploi de façon à permettre un retour très progressif;
- maintenir l'accompagnement de la personne tout au long du processus du retour au travail.

⚠ Un risque de rechute du malaise post-effort et un nouvel épisode d'arrêt de travail sont possibles si l'intégration au travail est trop rapide, même si elle est progressive.

# DISCUSSION

## Bilan des principaux constats

La fiche complémentaire portant sur les interventions en réadaptation se veut un survol de l'information utile pour les intervenants en réadaptation qui exercent auprès des personnes atteintes d'affections post-COVID-19. Sans s'adresser à une profession spécifique, la fiche contient les principaux éléments d'information communs à l'ensemble des professionnels de la réadaptation, dans une perspective interprofessionnelle.

## Forces et limites de l'évaluation

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une revue rapide des guides de pratique clinique, des consensus d'experts, des lignes directrices ou de tout autre document contenant des recommandations cliniques portant sur les interventions en réadaptation offertes aux personnes atteintes d'une affection post-COVID-19, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse de l'information retenue. De plus, la mise en commun de la perspective des professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux, de représentants des ordres, fédérations et associations professionnelles, de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de patients a permis de bien saisir les enjeux cliniques et organisationnels. La consultation de futurs utilisateurs potentiels et de lecteurs externes a également permis de s'assurer que la fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation sera utile à la pratique et adaptée à la réalité du terrain.

Certaines limites doivent toutefois être signalées. Les affections post-COVID-19 sont de nouveaux problèmes de santé qui sont apparus à la suite de la pandémie de la COVID-19. Les preuves scientifiques sur le sujet sont donc limitées et de faible qualité méthodologique. En conséquence, les documents retenus appuient plusieurs de leurs recommandations sur des consensus obtenus grâce à l'expérience des parties prenantes consultées. De plus, la fiche vise à informer l'ensemble des intervenants en réadaptation et ne propose pas de contenu distinct en fonction des champs d'exercice respectifs.

## Impact clinique

Puisque les affections post-COVID-19 sont de nouveaux problèmes de santé, la fiche élaborée vise à soutenir les intervenants en réadaptation qui exercent auprès de personnes atteintes d'une affection post-COVID-19. Elle se veut également une source d'information sur le sujet. Un processus de diffusion sera établi par l'INESSS pour joindre l'ensemble des intervenants en réadaptation qui pourraient être appelés à prendre en charge les personnes atteintes de ces affections, en sollicitant la collaboration de l'ensemble des parties prenantes concernées. Il sera toutefois important que la fiche développée soit reprise par les différentes organisations qui participent à la prise en charge de ces personnes ainsi que dans les formations sur le sujet pour en assurer la

diffusion optimale. Par ailleurs, les preuves scientifiques et les connaissances sur la prise en charge des affections post-COVID-19 évoluent rapidement. En conséquence, les recommandations élaborées dans le cadre de ces travaux sont sujettes à des mises à jour périodiques, ce qui pourrait entraîner le retrait, l'ajout ou la bonification de certaines d'entre elles.

Quelques enjeux organisationnels relatifs à la prise en charge des personnes qui présentent des affections post-COVID ont été soulignés par les parties prenantes. En effet, certains défis d'accès aux services publics en réadaptation et en santé mentale pourraient être rencontrés. Il en serait de même pour l'accès aux services offerts par les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes. Selon les parties prenantes consultées, ces délais associés à l'accès pourraient entraver la prise en charge optimale des personnes qui présentent des affections post-COVID-19.

## MISE À JOUR

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour ou de bonifier la fiche complémentaire portant sur les interventions en réadaptation pour les personnes qui présentent des affections post-COVID-19 sera faite selon l'état d'avancement des connaissances scientifiques. Pour ce faire, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée au cours de l'année suivant la diffusion de la fiche afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles.

Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être effectuée. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné nos travaux pourraient être consultées pour vérifier si elles jugent nécessaire d'effectuer une mise à jour de la fiche complémentaire destinée aux intervenants en réadaptation.

## **CONCLUSION**

La réalisation de cette fiche complémentaire sur la prise en charge des affections post-COVID-19 destinée aux intervenants en réadaptation est fondée sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective de différentes parties prenantes ainsi que par des aspects contextuels. Sans se substituer au jugement clinique, les recommandations formulées dans cette fiche devraient contribuer à soutenir les pratiques de réadaptation auprès des personnes qui présentent des affections post-COVID-19. Enfin, l'évolution des connaissances sur le sujet permettra de mettre à jour et de bonifier l'information et les recommandations proposées dans le présent document et dans la fiche complémentaire portant sur les interventions en réadaptation.

## RÉFÉRENCES

- Alberta Health Services (AHS). Rehabilitation & allied health practice considerations – Post COVID-19. Version 3. Edmonton, AB : AHS; 2022. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf>.
- Alberta Health Services (AHS). Nutrition guideline post-COVID-19: Nutrition for recovery and rehabilitation (Adults). Edmonton, AB : AHS; 2021. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-post-covid-19-nutrition-for-recovery-and-rehab-adults.pdf>.
- Beauchamp MK, Janaudis-Ferreira T, Wald J, Aceron R, Bhutani M, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society position statement on rehabilitation for COVID-19 and implications for pulmonary rehabilitation. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2022;6(1):9-13.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- Bryson WJ. Long-term health-related quality of life concerns related to the COVID-19 pandemic: A call to action. *Qual Life Res* 2021;30(3):643-5.
- Canadian Physiotherapy Association. Rehabilitation for clients with post COVID-19 condition (Long COVID): Guidance for Canadian rehabilitation and exercise professionals. Ottawa, ON : Canadian Physiotherapy Association; 2021. Disponible à : [https://physiotherapy.ca/sites/default/files/site\\_images/Advocacy/long\\_covid\\_en-final-rev2.pdf](https://physiotherapy.ca/sites/default/files/site_images/Advocacy/long_covid_en-final-rev2.pdf).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance on evaluating and caring for patients with post-COVID conditions [site Web]. Atlanta, GA : CDC; 2021. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html>.
- Chartered Society of Physiotherapy (CSP). CSP COVID-19 rehabilitation standards. Community rehabilitation: Physiotherapy service delivery. Version 2. Londres, Angleterre : CSP; 2021. Disponible à : [https://www.csp.org.uk/system/files/publication\\_files/001745\\_Community%20Rehab%20Standards\\_A4\\_V7.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/001745_Community%20Rehab%20Standards_A4_V7.pdf).
- CISSS de la Montérégie-Ouest. Recommandations intérimaires – Réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue. Châteauguay, Qc : 2021. Disponible à : [https://santemonterege.qc.ca/sites/default/files/2021/11/recommandations\\_interimaires\\_covid\\_longue.pdf](https://santemonterege.qc.ca/sites/default/files/2021/11/recommandations_interimaires_covid_longue.pdf).

- Fine JS, Ambrose AF, Didehbani N, Fleming TK, Glashan L, Longo M, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *PM R* 2022;14(1):96-111.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge).
- Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J, Azola A, Baratta JM, Fleming TK, et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients. *PM R* 2021;13(9):1027-43.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les lignes directrices de revues de littérature. Québec, Qc : INESSS; en préparation.
- Maley JH, Alba GA, Barry JT, Bartels MN, Fleming TK, Oleson CV, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of breathing discomfort and respiratory sequelae in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *PM R* 2022;14(1):77-95.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal College of General Practitioners (RCGP), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. Version 1.14. Londres, Angleterre : NICE, RCGP et SIGN; 2022. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>.
- Organisation mondiale de la Santé. Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi. Genève, Suisse : OMS; 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1386763/retrieve>.
- Taboada M, Moreno E, Carinena A, Rey T, Pita-Romero R, Leal S, et al. Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. *Br J Anaesth* 2021;126(3):e110-3.
- World Health Organization (WHO). Living guidance for clinical management of COVID-19. Genève, Suisse : WHO; 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1394399/retrieve>.
- World Physiotherapy. Document d'information 9 – Approches de réadaptation sûres pour les personnes vivant avec un COVID long : activité et exercice physique. Londres, Angleterre : World Physiotherapy; 2021. Disponible à : [https://world.physio/sites/default/files/2021-10/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202110\\_0.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2021-10/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202110_0.pdf).

## ANNEXE A

### Stratégie de repérage de l'information scientifique

**Tableau A-1 Bases de données bibliographiques**

<b>MEDLINE (Ovid)</b> <b>Date du repérage : 1<sup>er</sup> février 2022</b> <b>Limites : 2021- ; anglais, français</b>	
1	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronaviru-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).tw,hw,kf
2	(after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected).tw,hw,kf
3	1 ADJ3 2
4	(postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*).tw,hw,kf
5	3 OR 4
6	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronaviru-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).ti
7	(after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected).ti
8	6 ADJ3 7
9	(postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*).ti
10	8 OR 9
11	(rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) ADJ3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training ADJ2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR mulidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) ADJ2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary))).tw,hw,kf
12	rh.fs
13	11 OR 12
14	(rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) ADJ3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training ADJ2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR mulidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment*

	OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) ADJ2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary))).ti
15	5 AND 14
16	10 AND 13
17	15 OR 16
18	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediatr* OR paediatr* OR school*).ti
19	17 NOT 18
20	cancer.ti
21	19 NOT 20
22	(Comment OR Editorial OR Interview OR Letter OR News).pt OR (comment* OR editor* OR interview OR letter OR news OR reply).ti
23	21 NOT 22

Embase (Ovid)	
Date du repérage : 2 février 2022	
Limites : 2021- ; anglais, français	
1	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoV).tw,hw,kf
2	(after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected).tw,hw,kf
3	1 ADJ3 2
4	(postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*).tw,hw,kf
5	3 OR 4
6	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoV).ti
7	(after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected).ti
8	6 ADJ3 7
9	(postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*).ti
10	8 OR 9
11	(rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) ADJ3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training ADJ2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR mulidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) ADJ2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary))).tw,hw,kf
12	rh.fs
13	11 OR 12

14	(rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) ADJ3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training ADJ2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR mulidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) ADJ2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary))).ti
15	5 AND 14
16	10 AND 13
17	15 OR 16
18	(child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediatr* OR paediatr* OR school*).ti
19	17 NOT 18
20	cancer.ti
21	19 NOT 20
22	(Comment OR Editorial OR Interview OR Letter).pt. OR (comment* OR editor* OR interview OR letter OR news OR reply).ti.
23	21 NOT 22
24	limit 23 to embase
25	limit 23 to exclude medline journals
26	24 OR 25

#### CINAHL (Ovid)

Date du repérage : 2 février 2022

Limites : 2021- ; anglais, français; Academic Journals

S1	TI ("corona virus*" OR "coronavirus disease-19" OR "coronavirus disease-2019" OR coronavirus-19" OR coronavirus-2019 OR "corona virus disease 2019" OR COVID-19 OR COVID19 OR "COVID 2019" OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR "new coronavirus*" OR "new corona virus*" OR "novel corona virus** OR "novel coronavirus** OR "novel human coronavirus** OR "SARS corona virus 2" OR "SARS coronavirus 2" OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR ("severe acute respiratory" AND syndrome AND ("coronavirus 2" OR "corona virus 2" OR CoV2)) OR "syndrome CoV 2" OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv)
S2	AB ("corona virus*" OR "coronavirus disease-19" OR "coronavirus disease-2019" OR coronavirus-19" OR coronavirus-2019 OR "corona virus disease 2019" OR COVID-19 OR COVID19 OR "COVID 2019" OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR "new coronavirus*" OR "new corona virus*" OR "novel corona virus** OR "novel coronavirus** OR "novel human coronavirus** OR "SARS corona virus 2" OR "SARS coronavirus 2" OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR ("severe acute respiratory" AND syndrome AND ("coronavirus 2" OR "corona virus 2" OR CoV2)) OR "syndrome CoV 2" OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv)
S3	SU ("corona virus*" OR "coronavirus disease-19" OR "coronavirus disease-2019" OR coronavirus-19" OR coronavirus-2019 OR "corona virus disease 2019" OR COVID-19 OR COVID19 OR "COVID 2019" OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR "new coronavirus*" OR "new corona virus*" OR "novel corona virus** OR "novel coronavirus** OR "novel human coronavirus** OR "SARS corona virus 2" OR "SARS coronavirus 2" OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR ("severe acute respiratory" AND syndrome AND ("coronavirus 2" OR "corona virus 2" OR CoV2)) OR "syndrome CoV 2" OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	TI (after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected)
S6	AB ((after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing

	OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected)
S7	SU ((after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR patient* affected)
S8	S5 OR S6 OR S7
S9	S4 N3 S8
S10	TI (postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*)
S11	AB (postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*)
S12	S10 OR S11
S13	S9 OR S12
S14	TI (rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) N3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training N2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR multidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) N2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary)))
S15	S13 AND S14
S16	AB (rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) N3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training N2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR multidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) N2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary)))
S17	SU (rehab* OR physiotherap* OR telerehab* OR tele-rehab* OR ((speech OR language OR physical OR occupational OR supportive OR cognitive) N3 (therap* OR intervention* OR treatment* OR support*)) OR neuropsycholog* OR kinesiotherap* OR ((physical OR therap* OR program*) ADJ3 activit*) OR exercise* OR pacing OR energy conservation OR endurance OR strength* OR (training N2 (program* OR session* OR mode* OR resistance OR aerobic)) OR multidisciplinar* OR multi-disciplinar* OR ((therap* OR treatment* OR intervention* OR manag* OR program* OR approach*) N2 (fatigue OR neurological OR physical OR respiratory OR pulmonary)))
S18	((S1 N3 S5) OR S10) AND (S16 OR S17)
S19	S15 OR S18
S20	TI (child* OR infant* OR youth OR adolescen* OR pediatr* OR paediatr* OR school*)
S21	S19 NOT S20
S22	TI cancer
S23	S21 NOT S22
S24	TI (comment* OR editor* OR interview OR letter OR news OR conference* OR congress* OR meeting* OR reply)
S25	S23 NOT S24

## Stratégie de recherche de la littérature grise

**Tableau A-2 Mots clés employés dans la recherche de littérature grise**

Concepts	Mots clés
1	Post-COVID-19 et autres appellations
2	Réadaptation : évaluation et intervention
3	Guide de pratique, recommandations, positions d'organisations savantes et d'associations
4	Janvier 2021 - février 2022

**Tableau A-3 Sites Web consultés**

Sites consultés	Documents repérés
<b>Agences et organismes d'évaluation des technologies de la santé</b>	
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Aucun document pertinent
British Columbia Guidelines	Aucun document pertinent
CADTH	An overview of post-COVID-19 condition (Long COVID)
Campbell Collaboration	Aucun document pertinent
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)	Long COVID: Pathophysiology – epidemiology and patient needs
Cochrane Library	Aucun document pertinent
ECRI Centre	Aucun document repéré (le site demande la création d'un compte)
3ie International Initiative for Impact Evaluation	Aucun document pertinent
Guidelines International Network	Aucun document pertinent
Haute Autorité de Santé (HAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19</li> <li>- Les fiches par symptôme ou spécialité (13)</li> </ul>
Health Quality Ontario (HQO)	Aucun document pertinent
Health Technology Wales	Aucun document pertinent
International Network of Agencies for Health Technology Assessment	Aucun document pertinent
HTAi	Aucun document pertinent
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	Aucun document pertinent
National Institute for Health and Care Excellence	COVID-19 updated rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19
National Institute for Health Research (NIHR)	A dynamic review of the evidence around on Ongoing Covid19 (often called Long Covid)
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	Aucun document pertinent
Social Care Institute of Excellence (SCIE)	Aucun document pertinent
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Managing the long-term effects of COVID-19 (en collaboration avec NICE et RCGP)

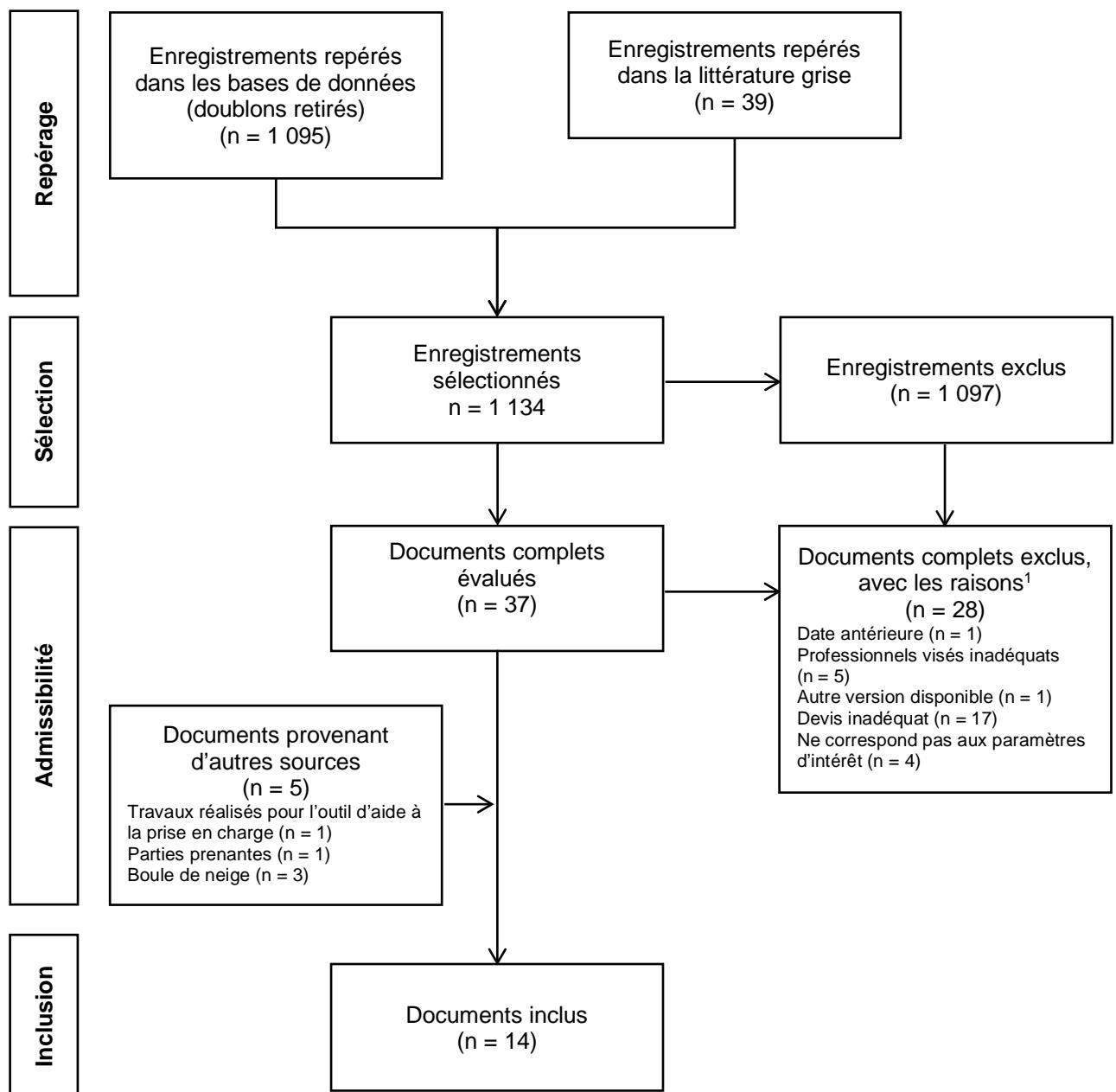
Sites consultés	Documents repérés
<b>Organisations internationales</b>	
Asia-Pacific Alliance for the Control of Influenza	Aucun document pertinent
Association of Southeast Asian Nations	Aucun document pertinent
European Centre for Disease Prevention and Control	Aucun document pertinent
Organisation mondiale de la Santé	Living guidance for clinical management of COVID-19, 23 November 2021
<b>Allemagne</b>	
Federal Ministry of Health	Aucun document pertinent
Robert Koch Institute	Aucun document pertinent
<b>Australie</b>	
Australian Government Department of Health	Aucun document pertinent
Australian Indigenous Health InfoNet	Aucun document pertinent
Australian National Audit Office (ANAO)	Aucun document pertinent
Queensland Health	Aucun document pertinent
<b>Canada</b>	
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	Aucun document pertinent
Institute for Clinical Evaluative Sciences	Aucun document pertinent
Institute of Health Economics (IHE)	Aucun document pertinent
Department of Health and Community Services – Terre-Neuve-et-Labrador	Aucun document pertinent
Department of Health and Social Services – Yukon	Aucun document pertinent
Department of Health and Wellness – Nouvelle-Écosse	Aucun document pertinent
Infobanque Association médicale canadienne (AMC)	Long COVID-19: A primer for cardiovascular health professionals
Ministry of Health – Alberta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AHS. Rehabilitation &amp; Allied Health Practice Considerations - Post COVID-19</li> <li>- AHS. Nutrition Guideline Post-COVID-19: Nutrition for Recovery and Rehabilitation (Adults)</li> <li>- AHS (2021). Post COVID-19 Rehabilitation Response Framework Summary Report</li> <li>- AHS (2021). Pulmonary Rehabilitation for Post-COVID-19 Patients</li> <li>- AHS (2021). COVID-19 Scientific Advisory Group Rapid Evidence Report What is known about the optimal management for patients with post-COVID conditions or complications</li> </ul>
Ministry of Health – Colombie-Britannique	PHSA. Living with Persistent Post-COVID-19 Symptoms
Ministère de la Santé, Aînés et Vie active – Manitoba	Aucun document pertinent
Ministère de la Santé – Nouveau-Brunswick	Aucun document pertinent
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Ontario	Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ontario Ministry of Health) (2021). Effectiveness of Rehabilitation Interventions for People with Long COVID.

<b>Sites consultés</b>	<b>Documents repérés</b>
Ministère de la Santé et des Services sociaux – Québec	Aucun document pertinent
Ministry of Health – Saskatchewan	Aucun document pertinent
Ministère de la Santé et des Services sociaux – Territoire du Nord-Ouest (T.N.-O.)	Aucun document pertinent
Santé Île-du-Prince-Édouard	Aucun document pertinent
<b>États-Unis</b>	
Agency for Healthcare Research and Quality	Topic Brief: Benefits of Pulmonary Rehabilitation
Biomedical Advanced Research and Development Authority	Aucun document pertinent
Centers for Disease Control and Prevention	Interim guidance on evaluating and caring for patients with post-COVID conditions
National Guideline Clearinghouse	Aucun document pertinent
Public Health Emergency Medical Countermeasures Enterprise	Aucun document pertinent
Strategic National Stockpile (SNS)	Aucun document pertinent
U.S. Department of Health and Human Services	Aucun document pertinent
<b>France</b>	
Coordination opérationnelle – Risque épidémiologique et biologique (COREB) – Dossier Covid-19	Aucun document pertinent
Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires	Aucun document pertinent
Haut Conseil de la santé publique (HCSP)	Avis relatif aux symptômes cliniques persistants au décours d'un Covid-19
Ministère des Santés et des Solidarités	Covid long : orienter les personnes concernées, informer leurs professionnels de santé
RISQUES – Prévention des risques majeurs	Aucun document pertinent
Santé publique France	Aucun document pertinent
<b>Japon</b>	
Cabinet Secretariat <a href="http://www.cas.go.jp/">http://www.cas.go.jp/</a>	Aucun document pertinent
Ministry of Health, Labour and Welfare	Aucun document pertinent
Ministry of Foreign Affairs of Japan	Aucun document pertinent
<b>Nouvelle-Zélande</b>	
New Zealand Ministry of Health	Guidance for the rehabilitation of people with or recovering from COVID-19 in Aotearoa New Zealand
National Reserve Supply (NRS)	Aucun document pertinent
<b>Royaume-Uni</b>	
Department of Health	Long-term effects of coronavirus (long COVID) ( <a href="https://www.gov.uk/government/news/new-research-into-treatment-and-diagnosis-of-long-covid">https://www.gov.uk/government/news/new-research-into-treatment-and-diagnosis-of-long-covid</a> )
Centre for Reviews and Dissemination	Aucun document pertinent
Healthcare Improvement Scotland	NICE and SIGN guideline
National Health Service (NHS)	Long-term effects of coronavirus (long COVID)
NHS England	Supporting colleagues affected by Long COVID

Sites consultés	Documents repérés
<b>Autres sites d'intérêt</b>	
Santécom	Aucun document pertinent
Bibliothèque du CHUM	Covid long, comment s'en sortir : 8 semaines de suivi / Dr Nicolas Barizien and Dr Laurent Uzan; avec Marie-Pierre Samitier
The Nuffield Council on Bioethics	Aucun document pertinent
The Hastings Center	Aucun document pertinent
EPPI-Centre	Nayana Gosavi, Bhagyashri Karande, Ajay Godse, Sunil Jaisingh. Assessment of Post COVID-19 Rehabilitation Programme using Post-Acute Lung Injury Functional Scale

## Sélection des documents

Figure A-1 Diagramme de flux



<sup>1</sup> La liste des documents exclus avec leur raison d'exclusion est disponible au [tableau A-5](#).

## Liste des documents retenus et non retenus

**Tableau A-4 Liste des documents retenus, selon la source**

Source	Documents
Littérature scientifique	<p>Fine JS, Ambrose AF, Didehbani N, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). PM R 2022;14(1):96-111.</p> <p>Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients. PM R 2021;13(9):1027-43.</p> <p>Maley JH, Alba GA, Barry JT, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of breathing discomfort and respiratory sequelae in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). PM R 2022;14(1):77-95.</p>
Agences et organismes d'évaluation des technologies de la santé, organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, associations ou ordres professionnels (sites Web)	<p>Alberta Health Services (AHS). Rehabilitation &amp; allied health practice considerations – Post COVID-19. Version 3. Edmonton, AB : AHS; 2022. Disponible à : <a href="https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if_ppih-covid-19-rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf">https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if_ppih-covid-19-rehab-allied-health-practice-considerations-post-covid.pdf</a>.</p> <p>Alberta Health Services (AHS). Nutrition guideline post-COVID-19: Nutrition for recovery and rehabilitation (Adults). Edmonton, AB : AHS; 2021. Disponible à : <a href="https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if_ppih-covid-19-post-covid-19-nutrition-for-recovery-and-rehab-adults.pdf">https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if_ppih-covid-19-post-covid-19-nutrition-for-recovery-and-rehab-adults.pdf</a>.</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance on evaluating and caring for patients with post-COVID conditions [site Web]. Atlanta, GA : CDC; 2021. Disponible à : <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html</a>.</p> <p>Haute Autorité de Santé (HAS). Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge</a>.</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal College of General Practitioners (RCGP), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. Version 1.14. Londres, Angleterre : NICE, RCGP et SIGN; 2022. Disponible à : <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742">https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742</a>.</p> <p>World Health Organization (WHO). Living guidance for clinical management of COVID-19. Genève, Suisse : WHO; 2021. Disponible à : <a href="https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1394399/retrieve">https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1394399/retrieve</a>.</p>

Source	Documents
Travaux réalisés pour l'outil d'aide à la prise en charge clinique des affections post-COVID-19	Beauchamp MK, Janaudis-Ferreira T, Wald J, Acker R, Bhutani M, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society position statement on rehabilitation for COVID-19 and implications for pulmonary rehabilitation. Can J Respir Crit Care Sleep Med 2022;6(1):9-13.
Parties prenantes consultées	CISSS de la Montérégie-Ouest. Recommandations intérimaires – Réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue. Châteauguay, QC : 2021. Disponible à : <a href="https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/11/recommandations_interimaires_covid_longue.pdf">https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2021/11/recommandations_interimaires_covid_longue.pdf</a> .
Bibliographies des documents retenus (boule de neige)	<p>Canadian Physiotherapy Association. Rehabilitation for clients with post COVID-19 condition (Long COVID): Guidance for Canadian rehabilitation and exercise professionals. Ottawa, ON : Canadian Physiotherapy Association; 2021. Disponible à : <a href="https://physiotherapy.ca/sites/default/files/site_images/Advocacy/long_covid_en-final-rev2.pdf">https://physiotherapy.ca/sites/default/files/site_images/Advocacy/long_covid_en-final-rev2.pdf</a>.</p> <p>Chartered Society of Physiotherapy (CSP). CSP COVID-19 rehabilitation standards. Community rehabilitation: Physiotherapy service delivery. Version 2. Londres, Angleterre : CSP; 2021. Disponible à : <a href="https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/001745_Community%20Rehab%20Standards_A4_V7.pdf">https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/001745_Community%20Rehab%20Standards_A4_V7.pdf</a>.</p> <p>World Physiotherapy. Document d'information 9 – Approches de réadaptation sûres pour les personnes vivant avec un COVID long : activité et exercice physique. Londres, Angleterre : World Physiotherapy; 2021. Disponible à : <a href="https://world.physio/sites/default/files/2021-10/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202110_0.pdf">https://world.physio/sites/default/files/2021-10/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202110_0.pdf</a>.</p>

**Tableau A-5 Liste des documents non retenus et la raison d'exclusion**

Document examiné	Raison d'exclusion
AHS (2021). Post COVID-19 Rehabilitation Response Framework Summary Report.	Objet : organisation des services
AHS (2021). Pulmonary Rehabilitation for Post-COVID-19 Patients.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
AHS (2021). COVID-19 Scientific Advisory Group Rapid Evidence Report What is known about the optimal management for patients with post-COVID conditions or complications.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
AHRQ. Topic Brief: Benefits of Pulmonary Rehabilitation.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
AMC. Long COVID-19: A Primer for Cardiovascular Health Professionals.	Professionnels visés : ne sont pas les professionnels de la réadaptation (médecins)
N. Barizien & L. Uzan ; avec Marie-Pierre Samitier. Covid long, comment s'en sortir : 8 semaines de suivi.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
W. Benzarti, E. Toulgui, C. Prefaut, K. Chamari and H. Ben Saad, 2022, General practitioners should provide the cardiorespiratory rehabilitation' 'minimum advice' for long COVID-19 patients.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
CADTH. An Overview of Post-COVID-19 Condition (Long COVID).	Devis : n'est pas un type de publication retenu
Y. Y. Cheng et al. Rehabilitation programs for patients with COronaVIrus Disease 2019: consensus statements of Taiwan Academy of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
H. Crook, S. Raza, J. Nowell, M. Young and P. Edison, 2021, Long covid - Mechanisms, risk factors, and management.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
Department of Health. Long-term effects of coronavirus (long COVID) (Sideropoulos et al.).	Devis : n'est pas un type de publication retenu
HAS. Les fiches par symptôme ou spécialité (13).	Professionnels visés : ne sont pas les professionnels de la réadaptation (usagers)
HCSP. Avis relatif aux symptômes cliniques persistants au décours d'un Covid-19.	Professionnels visés : ne sont pas les professionnels de la réadaptation
KCE. Long COVID: Pathophysiology – epidemiology and patient needs.	Objet : organisation des services
N. Gosavi, B. Karande, A. Godse, S. Jaisingh. Assessment of Post COVID-19 Rehabilitation Programme using Post-Acute Lung Injury Functional Scale.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
Ministère de la Santé et des Solidarités. Covid long : orienter les personnes concernées, informer leurs professionnels de santé.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
New Zealand Ministry of Health. Guidance for the rehabilitation of people with or recovering from COVID-19 in Aotearoa New Zealand.	Date : avant 2021
NHS. Long-term effects of coronavirus (long COVID).	Devis : n'est pas un type de publication retenu

<b>Document examiné</b>	<b>Raison d'exclusion</b>
NHS - England. Supporting colleagues affected by Long COVID.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
NIHR. A dynamic review of the evidence around on Ongoing Covid19 (often called Long Covid).	Devis : n'est pas un type de publication retenu
Parkin, J. et al. A Multidisciplinary NHS COVID-19 Service to Manage Post-COVID-19 Syndrome in the Community.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
PHSA. Living with Persistent Post-COVID-19 Symptoms.	Professionnels visés : ne sont pas les professionnels de la réadaptation (usagers)
Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ontario Ministry of Health) (2021). Effectiveness of rehabilitation interventions for people with long covid.	Devis : n'est pas un type de publication retenu
SIGN. Managing the long-term effects of COVID-19 (en collaboration avec NICE et RCGP).	Doublon
J. C. M. van Haastregt, et al. Management of post-acute COVID-19 patients in geriatric rehabilitation: EuGMS guidance.	Objet : organisation des services
H. Vance et al. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians.	Professionnels visés : ne sont pas les professionnels de la réadaptation (médecin)
M. Verduzco-Gutierrez et al. Models of Care for Postacute COVID-19 Clinics: Experiences and a Practical Framework for Outpatient Psychiatry Settings.	Objet : organisation des services
Z. Yan, M. Yang and C. L. Lai, 2021, Long COVID-19 Syndrome: A Comprehensive Review of Its Effect on Various Organ Systems and Recommendation on Rehabilitation Plans.	Devis : n'est pas un type de publication retenu

## ANNEXE B

### Évaluation de la qualité des documents sélectionnés

La qualité méthodologique des documents sélectionnés a été évaluée à l'aide de la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers et al., 2010].

**Tableau B-1 Scores à l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés (1<sup>re</sup> partie)**

	AHS, 2022		AHS, 2021		Beauchamp et al., 2022		CDC, 2021		CSP, 2021		CISSMO, 2021		Fine et al., 2022	
<b>Domaines</b>	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†
<b>Champ d'application et objectifs</b>	21	100	21	100	21	100	21	100	21	100	21	100	21	100
<b>Participation des groupes concernés</b>	14	61	9	33	14	61	9	33	21	100	14	61	17	78
<b>Rigueur du processus d'élaboration du guide</b>	38	63	14	13	20	25	18	21	30	46	10	4	29	44
<b>Clarté et présentation</b>	21	100	20	100	16	100	12	100	21	100	21	100	21	100
<b>Applicabilité</b>	10	25	10	25	9	21	4	0	4	0	9	21	8	17
<b>Indépendance éditoriale</b>	8	50	2	0	8	50	2	0	2	0	2	0	11	75
<b>Total</b>	<b>112</b>		<b>75</b>		<b>88</b>		<b>67</b>		<b>99</b>		<b>77</b>		<b>108</b>	
<b>Score global‡</b>		<b>64</b>		<b>38</b>		<b>47</b>		<b>32</b>		<b>55</b>		<b>39</b>		<b>62</b>

\* Somme des scores obtenus par domaine. † Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible / (score maximal possible -score minimal possible)) x 100. ‡ Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (23))/ (score maximal possible (161) - score minimal possible(23))] x 100.

**Tableau B-2 Scores à l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés (2<sup>e</sup> partie)**

(suite)	Canadian Physiotherapy Association, 2021		HAS, 2021		Herrera et al., 2021		Maley et al., 2022		NICE et al., 2022		OMS, 2021		World Physiotherapy, 2021	
<b>Domaines</b>	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†	*	%†
<b>Champ d'application et objectifs</b>	21	100	20	94	21	100	21	100	20	94	20	94	21	100
<b>Participation des groupes concernés</b>	14	61	14	61	20	94	20	94	18	83	20	94	13	56
<b>Rigueur du processus d'élaboration du guide</b>	10	4	13	10	39	65	39	65	48	83	31	48	22	29
<b>Clarté et présentation</b>	21	100	19	94	21	100	21	100	19	94	18	94	21	100
<b>Applicabilité</b>	4	0	6	8	6	8	6	8	11	29	9	21	7	13
<b>Indépendance éditoriale</b>	2	0	3	8	7	42	7	42	11	75	13	92	2	0
<b>Total</b>	<b>72</b>		<b>75</b>		<b>114</b>		<b>114</b>		<b>127</b>		<b>109</b>		<b>86</b>	
<b>Score global‡</b>		<b>36</b>		<b>38</b>		<b>66</b>		<b>66</b>		<b>75</b>		<b>62</b>		<b>46</b>

\* Somme des scores obtenus par domaine. † Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible / (score maximal possible -score minimal possible)) x 100. ‡ Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (23))/ (score maximal possible (161) - score minimal possible(23))] x 100.

**Tableau B-3 Critères de qualité basés sur le score global**

Critères de qualité	Score global
Bonne qualité	Score global > 75 %
Qualité modérée	Score global de 50 à 74 %
Faible qualité	Score global de 25 à 49 %
Très faible qualité	Score global < 25 %

## ANNEXE C

### Extraction de l'information et des recommandations cliniques

Note : Étant donné le nombre important de documents retenus pour la mise à jour de l'outil général d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19, seuls les documents qui contiennent de l'information ou des recommandations pertinentes au thème de chacun des tableaux C-1 à C-12 sont présentés afin de conserver la lisibilité du contenu.

**Tableau C-1 Précautions à prendre lors des évaluations et des interventions (section : Principes généraux)**

Beauchamp et al., 2022	AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	NICE et al., 2022	WP, 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients with new or worsening symptoms of heart disease post-COVID should also have a cardiologist assessment to rule out myocarditis prior to beginning rehabilitation.</li> <li>- Exercise-induced desaturation and pre-existing health issues should be considered.</li> <li>- Identify general contraindications to exercise is also recommended.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refer back to primary care provider or specialist or urgent care (depending on clinical presentation): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unexplained chest pain or tightness or increasing/worsening chest pain</li> <li>- Heart palpitations Exertional</li> <li>- Oxygen Desaturation</li> <li>- Significant Dyspnea</li> <li>- Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS)</li> <li>- Myocarditis or known cardiac injury</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Healthcare professionals should use caution when conducting exercise capacity testing in some patients, especially those with post-exertional malaise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>It is important that people with suspected Long COVID have been medically assessed and where necessary have undergone investigations to exclude serious pathologies and differential diagnoses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclure une problématique cardiaque ou respiratoire avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention. Surveiller l'apparition d'une problématique cardiaque à l'effort.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devant un patient qui présente des symptômes prolongés au décours d'une Covid-19, il faut d'abord éliminer une complication de la phase aigüe, la décompensation d'une comorbidité et une autre cause que la Covid-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In case of Severe fatigue or significant PEM: Consider referral to a physician with knowledge of post-COVID care (such as a psychiatrist)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensure that any symptoms that could affect the person being able to start rehabilitation safely have been investigated first.</li> <li>- Be alert to symptoms developing that could mean referral or investigation is needed</li> <li>- Refer people with ongoing symptomatic COVID-19 or suspected post-COVID-19 syndrome urgently to the relevant acute services if they have signs or symptoms that could be caused by an acute or life-threatening complication, including (but not limited to): <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypoxaemia or oxygen desaturation on exercise</li> <li>- signs of severe lung disease</li> <li>- cardiac chest pain</li> <li>- Refer people with ongoing symptomatic COVID-19 or suspected post-COVID-19 syndrome urgently for psychiatric assessment if they have severe psychiatric symptoms or are displaying high risk of self-harm or suicide.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes présentant une déficience cardiaque confirmée, des symptômes cardiaques persistants, de la dyspnée, de la tachycardie ou de l'hypoxie, des douleurs thoraciques, des vertiges, des palpitations, une presyncope, une syncope ou un essoufflement, une désaturation induite par l'exercice, une suspicion de dysfonctionnement du système nerveux autonome ou d'intolérances orthostatiques ou le développement de nouveaux symptômes doivent avoir un examen médical approfondi avant de reprendre l'exercice.</li> </ul>

**Tableau C-2 Prise en charge en réadaptation (section : Principes généraux)**

CSP, 2021	Fine et al., 2022	HAS, 2021	Maley et al., 2022
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitating rehabilitation and symptom management little and often and integrated into daily care and activity minimises the risk of complications and empowers people to regain physical functioning and independence as soon as possible.</li> <li>- Rehabilitation is an active and enabling process which includes supporting and working with the person, their carers and those involved in helping them to achieve their personal goals in relation to education, work and meaningful life roles</li> <li>- During rehabilitation the person's clinical presentation (e.g. respiratory and cardiovascular function) may require close monitoring.</li> </ul>	If the Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection patient reports primary concerns affecting subjective cognition despite normal performance on screening instruments, referral to neurocognitive rehabilitation specialists may be appropriate. These practitioners may vary by community but are typically neuropsychologists, speech and language pathologists, or occupational therapists.	<p>La rééducation a une place centrale et doit prendre en compte l'éventualité d'un syndrome d'hyperventilation et d'une exacerbation post-effort des symptômes; rééducation olfactive en cas de troubles de l'odorat persistants; réentraînement après exclusion des contre-indications à l'effort avec un éventuel soutien psychologique.</p>	<p>Individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection who have persistent respiratory symptoms and are functionally limited and have abnormal pulmonary function tests that meet criteria for Pulmonary Rehabilitation or Respiratory Services should be referred.</p>

**Tableau C-3 Principes généraux**

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSSMO, 2021	HAS, 2021	Maley et al., 2022	NICE et al., 2022	WP, 2021	WHO, 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acknowledge and validate the client's experience.</li> <li>- People may be stressed or distressed, and may have multiple stressors.</li> <li>- Clinicians should also consider how recovery from COVID affects a patient's wellbeing, for this reason clinicians may wish to work with their teams to screen for psychosocial needs.</li> <li>- Supportive conversations are important to connect with people, and to understand their experience and needs.</li> </ul>	<p>A patient-centered medical home model could be helpful, with coordinated comprehensive care and open communication among a core group of specialty care providers and support services (e.g., occupational therapy, physical therapy, social work) to maximize functional improvement and rehabilitation efforts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- People with COVID-19 in community settings are offered individualised, equitable rehabilitation and/or symptom management as early as clinically appropriate, based on their personalised needs assessment and rehabilitation plan.</li> <li>- Rehabilitation and symptom management is holistic and undertaken in collaboration with the multidisciplinary team.</li> <li>- Timing, intensity, frequency and setting of rehabilitation and assessment is</li> </ul>	<p>Il est important que chaque professionnel de la santé soit conscient de la probabilité que des besoins pour des soins ou de la réadaptation soient présents à moyen ou long terme chez les personnes atteintes de COVID longue. Un dépistage est essentiel pour identifier les besoins de réadaptation continu d'un usager et pour identifier les références nécessaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute est empathique et explore le patient dans sa globalité, Le médecin traitant est au centre du dispositif. La stratégie diagnostique et thérapeutique doit être personnalisée et centrée sur la personne en l'accompagnant. Il convient d'inciter les patients à apprendre à s'autogérer, connaître leurs limites mais continuer à avoir des activités physiques, même modérées en respectant leurs capacités et en l'absence de contre-indications.</li> <li>- L'exploration de troubles anxieux et dépressifs et la proposition d'un soutien</li> </ul>	<p>Alternative delivery models are a potential solution. Tele-rehabilitation and programs of remote video rehabilitation can be considered.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinary approach to guide rehabilitation, including physical, psychological and psychiatric aspects of management.</li> <li>- Work with the person (and their family or carers, if appropriate) to develop a adapted rehabilitation and management plan that is recorded in a rehabilitation prescription and should include:</li> <li>-areas of rehabilitation and interventions based on their assessment</li> <li>-helping the person to decide and work towards goals</li> <li>-how to manage and monitor their symptoms, taking</li> </ul>	<p>Les informations fournies par les moniteurs de fréquence cardiaque et d'activité disponibles sur le marché peuvent être utilisées à la fois pour établir des critères objectifs pour les programmes de rythme des activités et pour fournir un signal externe (par exemple, un signal sonore ou une vibration) lorsqu'un surmenage physiologique peut se produire en temps réel.</p>	<p>- National (local), coordinated care pathways should be established that can include primary care providers (i.e. general practitioners), relevant specialists, multidisciplinary rehabilitation professionals, mental health and psychosocial providers, and social care services.</p> <p>- Management should be tailored according to patient needs and be coordinated.</p> <p>- For non-life-threatening complications, management may entail education, advice on self-</p>

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSSMO, 2021	HAS, 2021	Maley et al., 2022	NICE et al., 2022	WP, 2021	WHO, 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Broad sources of stress can include:           <ul style="list-style-type: none"> <li>-physical symptoms or loss of or greatly altered routines and meaningful participation</li> <li>-social needs and considerations (e.g. loss of income/finances, or relationship/role changes)</li> <li>-psychological impacts (e.g. new or re-developing mental health symptoms or illness) or concerns</li> <li>-spiritual impacts (e.g. suffering a loss of meaning and or a sense of connection) or concerns</li> <li>- The pandemic environment is itself a significant stressor, and those who have had COVID-19 may also have trauma-related symptoms.</li> <li>- monitoring of symptoms should occur throughout the patient's rehabilitation journey</li> </ul> </li> </ul>		<p>personalised and flexible to the person's individual needs, symptoms and response to rehabilitation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The potential of technology-enabled rehabilitation requires consideration taking into account the person's needs, symptoms and preferences</li> <li>- Needs assessment, outcome measurement, personalised care planning and review should be an ongoing and proactive process involving the individual that is both planned and responsive to changing needs.</li> <li>- Families and carers of people with COVID-19 are offered holistic support appropriate to their current needs and preferences.</li> <li>- Assessments, care planning and reviews are timely and responsive to the person's changing clinical and rehabilitation needs, their response to rehabilitation and their personalised outcome measures</li> <li>- Responsive and</li> </ul>		<p>psychologique et d'une prise en charge adaptée sont à envisager à toutes les étapes du suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un recours doit être possible dans des organisations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles au niveau territorial. Certains patients devraient pouvoir accéder à des services multidisciplinaires de rééducation, de réadaptation et de soutien.</li> <li>- Il faut définir avec le patient le suivi nécessaire, sa fréquence et les professionnels de santé impliqués, en tenant compte du niveau de besoin de la personne et des services disponibles. Le patient pourra apprendre à autogérer certaines difficultés de sa vie quotidienne et gérer ses symptômes :</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lors de la prise de décision partagée, discuter de la possibilité de suivi en présence du patient ou à distance;</li> <li>- adapter la surveillance des symptômes en fonction des personnes;</li> <li>- être attentif au développement de nouveaux symptômes ou d'une recrudescence de</li> </ul> </ul>		<p>into account that these may fluctuate, and what to do if symptoms return or change.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- For people who may benefit from support during their assessment, for example, to help describe their symptoms, include a family member or carer in discussions if the person agrees.</li> <li>- Consider supported self-monitoring at home, if this is agreed through shared decision making as part of the person's assessment. This may include heart rate, blood pressure, pulse oximetry or symptom diaries</li> <li>- Use shared decision making to decide how often follow up and monitoring are needed, which healthcare professionals should be involved and whether appointments should be carried out in person or remotely.</li> </ul> <p>Take into account: the person's needs and the services involved the person's symptoms, including new or</p>		<p>management strategies (i.e. breathing techniques, pacing), caregiver support and education, peer-to-peer groups, stress management, stigma mitigation and home modification; prescription of rehabilitation programmes, and/or specialty management.</p>

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSSMO, 2021	HAS, 2021	Maley et al., 2022	NICE et al., 2022	WP, 2021	WHO, 2021
		regular clinical needs assessment identifies people who are at risk of rapid deterioration, worsening disability, or require urgent input and rehabilitation planning.		ceux-ci qui pourraient justifier des investigations complémentaires, un avis spécialisé et/ou avoir des effets sur la qualité de vie et le bien-être de la personne. Il faut maintenir le suivi habituel des pathologies chroniques préexistantes et repérer leur aggravation, ce qui peut justifier un avis spécialisé.		worsening symptoms, and the effects of these on the person's life and wellbeing availability, clinical suitability and the person's preferences for in-person or remote appointments.		

**Tableau C-4 Précautions à prendre lors des évaluations (section : Évaluation en réadaptation)**

AHS, 2022	CDC, 2021	NICE et al., 2022	WP, 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthostatic Hypotension : If symptoms of OH are extremely limiting, consider referral back to the primary care physician for pharmacological management.</li> <li>-Voice and Upper Airway Respiratory Issues : An interdisciplinary team including voice/upper airway specialized ENT and SLP will continue to play an integral role in assessing and treating these patients, in coordination with primary care providers.</li> <li>- Eating, Feeding and Swallowing : Patients reporting or exhibiting signs of swallowing difficulty or risk factors for dysphagia should be referred to a dysphagia therapist for a comprehensive assessment.</li> </ul>	<p>Healthcare professionals should use caution when conducting exercise capacity testing in some patients, especially those with post-exertional malaise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Be alert to symptoms developing that could mean referral or investigation is needed, following recommendations in the section on assessment.</li> </ul>	<p>Le fait d'interroger les personnes atteintes de COVID long sur leurs symptômes et sur l'impact des activités physiques, cognitives et sociales sur les symptômes 12 heures ou plus après l'effort peut aider à identifier les personnes qui connaissent une exacerbation des symptômes après l'effort.</p>

**Tableau C-5 Évaluation en réadaptation**

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CDC, 2021</b>	<b>Fine et al., 2022</b>	<b>Canadian Physiotherapy Association, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Herrera et al., 2021</b>
<p>For patients beginning a modified pulmonary rehabilitation program, we recommend an assessment of the following domains:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspnea</li> <li>• Exercise capacity</li> <li>• Physical function</li> <li>• Health-related quality of life</li> <li>• Mental health</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Return to work items as applicable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identify rehabilitation and recovery needs of patients who have been diagnosed with or suspected to have COVID-19.</li> <li>- Rehabilitation needs should be determined using a combination of the Post COVID-19 Functional Status Scale (PCFS) and the symptom checklist. The following is meant to act as a guide but as always, clinicians are encouraged to use their clinical judgement when directing patients to rehabilitation services</li> </ul>	<p>Symptom inventories and assessment tools, such as those embedded within electronic health records, can help evaluate and monitor the status of post-COVID conditions. Functional testing can also be helpful to quantitatively document clinical status over time. Measures can also be found in the health measures toolbox and American Academy of Physical Medicine &amp; Rehabilitation's functional assessments, along with assessment tools for other rehabilitation needs (e.g., bowel and bladder function, pain, activities of daily living, cognition, mobility, sleep). Testing should be tailored to the patient's symptoms and presentation.</p>	<p>Assessment Statement 1: Patients should be screened for signs of cognitive symptoms using validated tools and instruments. Assessment Statement 6: Clinicians should assess impact of cognitive symptoms using standardized patient-reported assessments, to include activities of daily living, instrumental activities of daily living, school, work and avocational (ie, hobbies), and quality of life.</p>	<p>Clinicians making assessments should take a holistic, person-centred, and empathetic approach. Assessment and treatment should encompass physical, cognitive, communication, psychological, and psychiatric symptoms, as well as functional abilities. Ask questions about how Long COVID affects work, education, and physical or social wellbeing. Functional Cognition &amp; Cognitive Communication Some clients experience "brain fog" or difficulties with thinking, attention and/or memory. These difficulties can cause cognitive-communication disorders, which may affect talking, understanding conversations, reading, written expression and social interaction.</p>	<p>Évaluation de l'état actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écoute attentive du patient avec empathie.</li> <li>- Recueil des caractéristiques de l'épisode actuel, des dates de survenue, des types et de la fréquence des manifestations. Cette consultation peut être aidée par la tenue d'un agenda par le patient (fréquence, intensité, durée, type, conditions favorisantes ou d'amélioration, des symptômes et des activités).</li> <li>- Contexte de survenue, facteurs déclencheurs ou aggravants l'état actuel, conduites d'évitement</li> <li>- Conséquences physiques et psychologiques.</li> <li>- Impact sur la qualité de vie, la vie sociale et professionnelle</li> <li>- Pour les patients nécessitant une rééducation, le programme de rééducation devra être consigné par écrit et partagé avec l'équipe soignante. Il comprendra :</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un bilan initial;</li> <li>- les objectifs partagés et atteignables pour chaque domaine de rééducation;</li> <li>- une réévaluation régulière de l'efficacité du programme</li> </ul> </ul>	<p>Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection fatigue assessment recommendations</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Patients should be assessed for fatigue patterns throughout their normal day to guide activity recommendations.</li> <li>1a Patients should be assessed for their responses to initiating and escalating activity on their fatigue.</li> <li>1b Patients should be evaluated for changes in daily functioning and activity levels.</li> <li>1c Patients' physical functioning and endurance should be assessed to inform activity and therapy recommendations.</li> <li>2 Clinicians should assess for changes in activities of daily living, independent activities of daily living, school, work, and avocational (ie, hobbies)</li> <li>3 A full patient history with review of preexisting conditions should be conducted</li> <li>4 Patients should be evaluated for conditions that may exacerbate fatigue symptoms and warrant further testing and potential subspecialty referral. Particular areas include: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sleep</li> <li>• Mood, including anxiety, depression and PTSD</li> <li>• Cardiopulmonary</li> <li>• Autoimmune</li> <li>• Endocrine</li> </ul> </li> <li>5 A medication review should be conducted to investigate medications that may be contributing to fatigue.</li> <li>6 Basic lab workup should be considered in new patients or those without lab workup in the 3 months before visit.</li> </ol>

**Tableau C-6 Évaluation de l'état nutritionnel et des altérations de l'odorat et du goût (section : Évaluation en réadaptation)**

AHS, 2022	AHS, 2021
<p><b>Nutrition</b>  For individuals recovering from COVID-19, certain symptoms such as fatigue, shortness of breath, loss of taste or smell, or changes in swallowing can make it difficult to eat and drink. Food security may also be an issue for some people as they may be unable to return to work due to ongoing symptoms  Post-COVID-19 Common-Nutrition-Related Side-Effects:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Early satiety/poor or loss of appetite</li> <li>• Diarrhea</li> <li>• Unintentional weight loss or gain</li> <li>• Fatigue or low energy</li> <li>• Constipation</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Loss of taste/taste changes</li> <li>• Difficulty swallowing</li> <li>• Nausea and vomiting</li> <li>• Impaired or loss of smell</li> </ul> Additional Nutrition Considerations – Decreased access to food and/or household food insecurity:  - Social isolation, government lockdown orders, difficulties getting to a grocery store, or limited food choices in one's community can significantly impair a patient's ability to access foods. The ability to afford basic needs, including food, will impact patients' recovery.  As rehabilitation clinicians, it is important to be aware of the impacts COVID-19 may have on nutrition and the resources available to support patients in their recovery.</p> <p><b>Eating, Feeding and Swallowing</b>  An integrated multi-disciplinary team is required to assess and manage the complex etiology of eating, feeding and swallowing difficulties associated with COVID-19 and to manage concurrent demands related to respiratory health, nutrition, hydration, swallowing rehabilitation, medication requirements, and other health needs.</p>	<p><b>Common Post-COVID-19 Nutrition-Related Side Effects</b>  Malnutrition can be worsened by nutrition-related side effects.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Early satiety and poor or loss of appetite</li> <li><input type="checkbox"/> Fatigue or low energy</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulty swallowing (dysphagia)</li> <li><input type="checkbox"/> Loss of taste and taste changes</li> <li><input type="checkbox"/> Impaired or loss of smell</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrhea and constipation</li> <li><input type="checkbox"/> Nausea and vomiting</li> <li><input type="checkbox"/> Unintentional weight loss</li> </ul> <p>Screening for malnutrition and other common side effects of COVID-19 is recommended to improve or maintain nutrition status.</p> <p>Attention to the impact post-COVID-19 infection has on food access and financial strain leading to household food security are important considerations in the recovery process from COVID-19.</p>

**Tableau C-7 Considérations générales (section : Interventions en réadaptation)**

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	NICE et al., 2022
Self-management is essential to optimizing health outcomes for those recovering from symptoms of COVID-19. These patients often require support to improve their confidence, knowledge and skills to manage the physical, social and emotional impacts associated with their illness. Consider involving	<b>General post-COVID care considerations</b> Many post-COVID conditions can be diagnosed clinically based on history and findings on physical examination. Others might require directed diagnostic testing with the understanding that such clinical assessments may be uninformative and that potential harms could arise from excessive testing such as the increased risk for incidental findings, anxiety about abnormal results that do not have clinical significance, imaging-related radiation exposure, and cost. For most	Principles of pacing and energy management, including recognition of signs of post-exertional symptom exacerbation, are incorporated into rehabilitation interventions <b>Personalised rehabilitation and symptom management Quality Statement 2</b> 2. People with COVID-19 in community settings are offered individualised, equitable rehabilitation and/or symptom management as early as	L'utilisation de programmes d'exercice fixes, ou standardisés (p. ex. <i>graded exercise therapy</i> ou GET) est à éviter pour les personnes atteintes de la COVID longue. Le développement ou la récurrence de signes et symptômes d'un problème cardiaque indique la nécessité de cesser les exercices et de consulter un médecin.	<b>Rééducation et réadaptation multidisciplinaire</b> <b>La rééducation est un point important de la prise en charge des patients présentant des symptômes prolongés.</b> Cette rééducation peut être effectuée en ambulatoire ou en service spécialisé. Pour les patients nécessitant une	Provide integrated, multidisciplinary rehabilitation services, based on local need and resources. Healthcare professionals should have a range of specialist skills, with expertise in managing fatigue and respiratory symptoms (including breathlessness). Additional expertise may be needed depending on the age and symptoms of the person. The core team could include, but not be limited to, the following specialist areas: -occupational therapy -physiotherapy -clinical psychology and psychiatry -rehabilitation medicine. <i>Other areas of expertise could also include, but are not limited to, rheumatology, neurology rehabilitation, cardiology, paediatrics, dietetics, speech and language therapy, nursing, pharmacy, social care and support to return to education or work or usual activities.</i>

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	NICE et al., 2022
patients in group programming so they can learn from other patients with similar issues or concerns. Collaborative goal setting conversations can be the first step in identifying client-centered goals and priorities for allocating and maximizing energy.	patients with possible post-COVID conditions, healthcare professionals might choose a conservative diagnostic approach in the first 4 to 12 weeks following SARS-CoV-2 infection. Laboratory and imaging studies can often be normal or nondiagnostic in patients experiencing post-COVID conditions and symptoms may improve or resolve during the first few months after acute infection in some patients, further supporting an initial conservative approach to diagnostic testing. However, workup and testing should not be delayed when there are signs and symptoms of urgent and potentially life-threatening clinical conditions (e.g., pulmonary embolism, myocardial infarction, pericarditis with effusion, stroke, renal failure). Symptoms that persist beyond three months should prompt further evaluation. Most post-COVID conditions can be diagnosed and managed by primary care providers, and a patient-centered medical home model could be helpful, with coordinated comprehensive care and open communication among a core group of specialty care providers and support services (e.g., occupational therapy, physical therapy, social work) to maximize functional improvement and rehabilitation efforts. Healthcare professionals may also consider referral to multidisciplinary post-COVID care centers, where available, for additional care considerations. Multidisciplinary post-COVID care centers based	clinically appropriate, based on their personalised needs assessment and rehabilitation plan. 2.1 Rehabilitation and symptom management is holistic and undertaken in collaboration with the multidisciplinary team 2.2 During rehabilitation the person's clinical presentation (e.g. respiratory and cardiovascular function) may require close monitoring 2.3 Timing, intensity, frequency and setting of rehabilitation is personalised and flexible to the person's individual needs, symptoms and response to rehabilitation 2.4 Principles of pacing and energy management, including recognition of signs of post-exertional symptom exacerbation, are incorporated into rehabilitation interventions 2.5. The physiotherapy workforce share knowledge, skills and expertise with the multidisciplinary teams, families and carers so that rehabilitation and symptom management is integrated within daily care and activity 2.6 Rehabilitation and symptom management includes facilitation of participation in education, work and meaningful life roles 2.7 The potential of technology-enabled rehabilitation requires consideration taking into account the person's needs, symptoms and preferences 2.8 Families and carers of people with COVID-19 are offered holistic support appropriate to their current needs and preferences. <b>Quality standard 3:</b> <b>Supported self-management</b> <b>Quality statement 3 3. People in community settings are offered equitable supported</b>	<b>Recommendation 3</b> Discuter des avantages, des risques et des bénéfices potentiels de chaque intervention dans un processus de prise de décision partagée entre le professionnel, l'usager souffrant de la COVID longue et ses proches. Il est important de décider ensemble du type de soutien et/ou de la réadaptation qui seront offerts à l'usager. Il est possible d'explorer la possibilité de soutenir l'usager et ses proches dans l'autogestion de ses symptômes, par exemple. Bien sûr, il est important de considérer l'impact des symptômes sur la qualité de vie de l'usager et sur l'utilisation efficiente des ressources disponibles, car chaque symptôme ne nécessite pas nécessairement une référence. Il est parfois utile d'observer l'évolution des symptômes dans le temps, en tenant compte du fait que ceux-ci varient souvent et peuvent ressurgir à différents moments, donc l'attention à leur porter peut également fluctuer dans le temps (NICE, 2021)	rééducation, le programme de rééducation devra être consigné par écrit et partagé avec l'équipe soignante. Il comprendra : – un bilan initial; – les objectifs partagés et atteignables pour chaque domaine de rééducation; – une réévaluation régulière de l'efficacité du programme Certains patients doivent accéder à des services multidisciplinaires de rééducation et de réadaptation et de soutien, dans lesquels les professionnels de santé devraient avoir des compétences spécialisées à des fins de diagnostic et de réévaluation thérapeutique, avec notamment une expertise dans le traitement de la fatigue et des principaux symptômes et signes observés. <b>Auto-gestion et auto-gestion accompagnée des patients À partir de l'évaluation initiale, donner au patient des conseils et de l'information sur l'autogestion de</b>	Use a multidisciplinary approach to guide rehabilitation, including physical, psychological and psychiatric aspects of management. Ensure that any symptoms that could affect the person being able to start rehabilitation safely have been investigated first. See also the recommendation on multidisciplinary rehabilitation teams. Work with the person (and their family or carers, if appropriate) to develop a adapted rehabilitation and management plan that is recorded in a rehabilitation prescription and should include: -areas of rehabilitation and interventions based on their assessment - helping the person to decide and work towards goals -how to manage and monitor their symptoms, taking into account that these may fluctuate, and what to do if symptoms return or change. Encourage people to keep a record of, or use a tracking app to monitor, their goals, recovery and any changes in their symptoms The panel expressed concern over the use of interventions to manage short term symptoms that might cause harm in the longer term, indicating the need for the guideline to advise caution over such interventions, including over the counter medicines. The panel emphasized the need for differentiation in support to address differing symptoms and circumstances, such as difficulty using digital platforms for people with cognitive problems or accessibility issues. The panel agreed that there is a need for the guideline to acknowledge social and financial factors in supporting patient recovery. The panel highlighted that sources of advice and support should include support groups, social prescribing, online forums and apps. This was supported by patient lived experience evidence, which indicated that patients valued these types of interventions. Support from other services was also considered to be important, including social care, housing, employment, and advice about financial support. Based on their own experience, the panel agreed on the value of symptom diaries and symptom tracking apps in self-monitoring. The panel discussed the ongoing debate over self-pacing and graded forms of exercise. The panel considered careful self-pacing of

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	NICE et al., 2022
	<p>in a single physical location can provide a comprehensive and coordinated treatment approach to COVID-19 aftercare. Based on clinical evaluation and response to treatment, healthcare professionals might consider using a stepwise approach to other specialist referrals. Healthcare professionals should be mindful of the additional burden (e.g., financial, time, and psychological burden) multiple specialist visits may place on patients and the possibility of fragmented care that can increase the risk of contradictory medical advice. Approaches that incorporate telemedicine, including phone calls and virtual visits, can be helpful for ongoing follow-up and might lessen the burden on patients with limited energy from post-COVID conditions or who have other concerns about in-person visits. Although an in-person initial assessment might be ideal, under some circumstances it may not be possible. Evaluation and care should not be delayed if only telemedicine options are available. <a href="#">Voir CDC: Effective post-COVID might include Management of Post-COVID Conditions</a></p> <p>Many post-COVID conditions can be improved through already established symptom management approaches (e.g., breathing exercises to improve symptoms of dyspnea). Creating a comprehensive rehabilitation plan may be helpful for some patients and might include physical and occupational therapy, speech and language therapy, vocational therapy, as well as neurologic rehabilitation for cognitive symptoms. A</p>	<p><b>self-management to develop their capability to manage the impact of COVID-19 and their health and wellbeing.</b></p> <p><b>3.1</b> Shared decision making is used to enable a person to feel empowered to make choices about managing their health and wellbeing <b>3.2</b> Self-management is personalised taking into account a person's level of engagement, dependency on others, health literacy and understanding in order to tailor support and resources accordingly</p> <p><b>3.3</b> Emerging evidence about the multi-dimensional sequelae of COVID-19 and variation in outcomes from COVID-19 informs education and advice given including discussion about when to seek support</p> <p><b>3.4</b> Utilise the expertise and benefits of family, carer, peer and community support where appropriate <b>3.5</b> Utilise technology where appropriate to support self-management and self-monitoring taking into account digital inclusion considerations <b>3.6</b> A co-produced, self-management strategy is part of the documented rehabilitation plan and includes regular review/monitoring.</p> <p><b>Standard 4: Communication and information sharing with people with COVID-19 Quality statement 4.4.</b></p> <p><b>Communication with people with COVID-19 in community settings and their families and carers is effective, with empathetic listening and information shared in an accessible way, personalised to their needs and preferences.</b></p> <p><b>4.1</b> Communicate information in a personalised, accessible and timely way with</p>	<p>2020a). Dans le contexte où la COVID longue est une nouvelle maladie, encore peu connue et mal comprise, plusieurs usagers apprécieront également d'être dirigés vers des groupes de soutien rassemblant d'autres personnes vivant une situation semblable à la leur. Des communautés de personnes atteintes de la COVID longue se sont créées sur internet, partageant des conseils pratiques et comblant en partie le manque de soutien actuel dans le système de santé et de services sociaux (Ladds et al., 2020).</p> <p><b>Recommandation 4</b></p> <p>Soutenir l'usager souffrant de la COVID longue dans l'établissement de ses objectifs et l'identification des moyens à mettre en place afin de les atteindre La COVID longue peut générer plusieurs problèmes de santé, comme la faiblesse musculaire, l'intolérance à l'effort, des difficultés respiratoires et bien d'autres. Si le professionnel peut être tenté d'introduire une multitude d'exercices à la routine de l'usager, il est important bien</p>	<p><b>leurs besoins.</b></p> <p>Cela devra inclure : – les façons d'autogérer les symptômes, les efforts, les circonstances les déclenchant et/ou les aggravant, avec l'établissement d'objectifs réalistes progressivement atteignables; – les listes de contacts en cas d'inquiétude sur leurs symptômes ou de besoin de soutien; – les sources de conseils, y compris les groupes de soutien, associations de patients, les forums en ligne; – les moyens d'obtenir le soutien des services sociaux, y compris sur le logement et l'emploi, et/ou des conseils sur le soutien financier; – les sources d'information portant sur l'évolution de la Covid-19 que la personne pourra partager avec sa famille, ses soignants et ses amis Aider les patients dans leurs démarches médico-sociales,</p>	<p>exercise to be an important element of self-management. However, the panel concluded that in the absence of evidence relating to people with ongoing symptoms from COVID-19 it could not make specific recommendations and it agreed to include a research recommendation to determine the effectiveness of exercise interventions for this population. The panel agreed that multidisciplinary rehabilitation teams should work with people to make a adapted plan for their rehabilitation needs, but they empHASised that rehabilitation planning should only happen after checking for symptoms that would need investigating before the person can safely start rehabilitation. The panel agreed on the potential the value of a multidisciplinary approach to rehabilitation, including fatigue management, breathing retraining, and psychological or psychiatric support.</p> <p>The panel heard evidence from expert testimony about various rehabilitation programmes (Nicol 2021 and Nuffield Health 2021). The length of these programmes varied: Nicol 2021 described a 2-week residential programme followed by monitoring and a gradual return to work. Nuffield Health 2021 described a 12-week programme (the first 6 weeks is completely virtual, the second 6 weeks HAS 2021 an in-person element) followed by continued access to support resources to use in the individual's own time. The panel considered how long rehabilitation should last and agreed that it was dependent on the severity of symptoms at baseline; the change in these symptoms over time; and the goals set by the person (which might depend on the level of support they had access to from other services, groups, or family members and friends). They agreed that, although it might be easiest not to set a timeline for discharge, this might result in a large increase to the resources needed by rehabilitation services and could divert resources from other parts of the health system, resulting in an opportunity cost. They therefore recommended that plans should be made, but that both the individual and the healthcare professional should take part in these decisions. The panel also heard evidence (Locke 2021) about the fluctuating nature of ongoing symptomatic COVID-19 and</p>

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	NICE et al., 2022
	<p>conservative physical rehabilitation plan might be indicated for some patients (e.g., persons with post-exertional malaise); consultation with physiatry for cautious initiation of exercise and recommendations about pacing may be useful. Gradual return to exercise as tolerated could be helpful for most patients. Optimizing management of underlying medical conditions might include counseling on lifestyle components such as nutrition, sleep, and stress reduction (e.g., meditation). Patient diaries and calendars might be useful to document changes in health conditions and symptom severity, especially in relation to potential triggers such as exertion (physical and cognitive), foods, menstruation, and treatments or medications. Such diaries and calendars can provide greater insight into patients' symptoms and lived experience for healthcare professionals. Healthcare professionals should encourage patients to report any new or changing symptoms and to discuss any changes in activities or routines.</p> <p><b>Holistic Support for Patients with Post-COVID Conditions</b></p> <p>Evidence indicates that holistic support for the patient throughout their illness course can be beneficial. Recognizing and validating the impact of illness on quality of life should be part of the ongoing healthcare professional and patient interaction. Healthcare professionals can provide information on peer support resources (e.g., patient support groups, online forums). Support groups are connecting</p>	<p>people with COVID-19, in order to facilitate decision making and support rehabilitation, symptom management, self-management and discharge between settings</p> <p><b>4.2</b> People with COVID-19 have their preferences for sharing information and involvement of their family members and carers in decision making established, respected and reviewed throughout their care</p> <p><b>4.3</b> Ensure that members of the multidisciplinary team with relevant expertise are involved in assessing and supporting the person's communication needs</p> <p><b>4.4</b> The physiotherapy workforce communicate personalised information using consistent and appropriate language/terminology and ensure that the person with COVID-19 can demonstrate understanding of all information</p> <p><b>4.5</b> Utilise technology where appropriate taking into account access, digital literacy, needs and preferences.</p> <p><b>Quality Statement 5: Integrated and coordinated rehabilitation Quality statement 5. People with COVID-19 in community settings receive equitable, personalised rehabilitation that is seamlessly coordinated within multidisciplinary teams, and integrated across all relevant settings and services.</b></p> <p><b>5.1</b> People with COVID-19 have timely, equitable access to community services based on their personalised rehabilitation plan</p> <p><b>5.2</b> Community rehabilitation is delivered by multidisciplinary teams and is based on an individual's personalised needs assessment</p>	<p>connaître ses préférences. En effet, si celui-ci a un niveau d'énergie limité, il préférera peut-être reprendre des activités qui lui sont significatives, telles que des activités sociales ou de loisirs, à la réalisation d'un programme d'exercices. Des stratégies qui visent les changements de comportements et l'établissement d'objectifs personnels sont des éléments importants pour favoriser la motivation et la récupération chez les usagers atteints de la COVID-19 (Goodwin et al., 2021). Il faut se rappeler que le but de la réadaptation est d'optimiser la fonction et de réduire les incapacités. Le professionnel devrait prioriser les objectifs avec l'usager afin de lui permettre de participer à la réalisation sécuritaire de ses activités quotidiennes et améliorer sa qualité de vie. Il peut également jouer un rôle important dans la sensibilisation des proches et autres aidants à la réalité vécue par l'usager, aux effets indésirables potentiels de l'effort chez la personne souffrant de COVID</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- notamment avec le service de la médecine de santé au travail pour organiser une reprise d'activité progressive</li> </ul>	<p>post-COVID-19 syndrome. Expert testimony put forward the importance of people being able to re-enter rehabilitation services after being discharged if their symptoms worsened. The panel recognised that symptoms may fluctuate and recur with patients needing to re-access support and services in the most efficient way possible. However, following shared decision making, local referral pathways would need to be followed due to variation in practice and funding.</p> <p>Consider supported self-monitoring at home, if this is agreed through shared decision making as part of the person's assessment. This may include heart rate, blood pressure, pulse oximetry or symptom diaries. Ensure that people have clear instructions on how to use any equipment and parameters for when to seek further help.</p> <p>The panel discussed the need for patient information, including advice for patients on trends in symptoms, management of symptoms, and when to call professionals. There needs to be good communication with patients, including how to manage subsequent symptoms if they occur. The panel noted there are likely to be waiting lists for referral into services and that people should be provided with clear information about what to expect, red flags and who to contact during this time. Patients could feel more empowered, with heightened sense of agency and control, if there are things they can do at home while waiting for referral, including potentially to aid their recovery. The panel, considered, from their experience, that self-monitoring at home can be useful and is used in practice.</p> <p>However, the panel noted that it might not be suitable for everyone, and without the right information and support can cause unnecessary anxiety. People need good guidance to use equipment, interpret the results and understand when to contact a healthcare professional. The panel therefore recommended supported self-monitoring at home, if agreed as part of a person's assessment, and combined with clear instructions including on when to seek further help.</p> <p>Give advice and information on self-management to people with ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19</p>

AHS, 2022	CDC, 2021	CSP, 2021	CISSMO, 2021	HAS, 2021	NICE et al., 2022
	individuals, providing support, and sharing resources for persons affected by COVID-19 (see Resources). When material, employment or other social support needs are identified, healthcare professionals should consider referral themselves (if they are knowledgeable and able) and engaging a social worker, case worker, community health worker, or similarly trained professional to assist.	<b>5.3</b> People with COVID-19 using community services experience coordinated rehabilitation with clear and accurate information exchange between relevant health and social care professionals <b>5.4</b> The physiotherapy workforce are aware of, and contribute to the development of, optimal rehabilitation models, referral criteria, follow-up arrangements and urgent care pathways.	longue, ainsi qu'aux objectifs poursuivis par l'usager.		syndrome, starting from their holistic assessment. This should include: ways to self-manage their symptoms, such as setting realistic goals who to contact if they are worried about their symptoms or they need support with self-management sources of advice and support, including support groups, social prescribing, online forums and apps how to get support from other services, including social care, housing and employment, and advice about financial support information about new or continuing symptoms of COVID-19 that the person can share with their family, carers and friends (see the section on common symptoms).

**Tableau C-8 Interventions liées à la fatigue et aux malaises post-effort (section : Interventions en réadaptation)**

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021	
<p>In the post-COVID population, <b>return to activity and exercise</b> are important goals but exercise should not take precedent over return to regular activities of daily living. It's important to consult with patients to determine their functional goals and activities they want to focus on.</p> <p>"Physical activity" and "exercise" are two distinct terms which are often used interchangeably. It is important to make a distinction between these terms as it may have impacts on rehabilitation recommendations for the post-COVID population.</p> <p><b>Physical activity</b> is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure. It can be categorized into occupational activities, sports, conditioning, household or other activities (Caspersen et al., 1985). Participating in activities of daily living is considered to be a physical activity. <b>Exercise</b> (aerobic training, strength, balance, range of motion exercises, etc) on the other hand, is a subset of physical activity that is planned, structured and repetitive with the objective being the improvement or maintenance of physical fitness (Caspersen et al., 1985).</p> <p><b>In case of Post Exertional Symptom Exacerbation (PESE)</b> All clients can benefit from self-management strategies such as the "Stop, Rest, Pace" and consider referring those with persistent fatigue to an Occupation Therapist to support clients return to activities and meaningful occupations. <b>Progressing Activities</b> Develop a client-centered, symptom-guided rehabilitation program with short and long term goals where progressions are not based on timelines but are titrated based on the avoidance of symptom exacerbation.</p> <p><b>Red Flags</b></p> <p><b>Post Exertional Symptom Exacerbation (PESE)</b></p> <p>o If a client screens positive for PESE activity and/or exercise must be titrated below the level that symptoms are exacerbated.</p>	<p>Principles of pacing and energy management, including recognition of signs of post-exertional symptom exacerbation, are incorporated into rehabilitation interventions</p>	<p><b>p. 7 : Définition de l'exercice :</b> L'exercice est un mouvement planifié, structuré, répétitif et intentionnel réalisé afin d'améliorer ou maintenir la condition physique. Il diffère de l'activité physique, qui est définie comme tout mouvement corporel produit par l'action des muscles qui résulte en une dépense énergétique (Brown, 2021).</p> <p><b>Recommendation 5</b> S'assurer que chaque usager souffrant de la COVID longue ait un programme de réactivation individualisé en ce qui concerne la fréquence, l'intensité, la durée et le type d'activité. Il est souhaitable de débuter la réactivation avec des exercices qui supportent la récupération dans les activités fonctionnelles (OMS, 2021a). Les professionnels devraient faire de l'éducation auprès des personnes ayant eu la COVID-19 et leurs proches en ce qui concerne la reprise des activités habituelles. Il est important de reprendre les activités quotidiennes à un rythme qui respecte le niveau d'énergie disponible et n'aggrave pas les symptômes présents (OMS, 2021b). Par exemple, lorsque l'usager atteint un niveau de fatigue ou d'essoufflement de 3/10 sur l'échelle de Borg modifiée (voir annexe A), il devrait arrêter l'activité qu'il est en train d'exécuter et se reposer. Il est possible que des tâches habituellement réalisées en peu de temps exigent maintenant d'être réparties en plusieurs moments, étant donné la faible</p>	<p><b>p. 7 : Définition de l'exercice :</b> L'exercice est un mouvement planifié, structuré, répétitif et intentionnel réalisé afin d'améliorer ou maintenir la condition physique. Il diffère de l'activité physique, qui est définie comme tout mouvement corporel produit par l'action des muscles qui résulte en une dépense énergétique (Brown, 2021).</p> <p><b>Recommendation 5</b> S'assurer que chaque usager souffrant de la COVID longue ait un programme de réactivation individualisé en ce qui concerne la fréquence, l'intensité, la durée et le type d'activité. Il est souhaitable de débuter la réactivation avec des exercices qui supportent la récupération dans les activités fonctionnelles (OMS, 2021a). Les professionnels devraient faire de l'éducation auprès des personnes ayant eu la COVID-19 et leurs proches en ce qui concerne la reprise des activités habituelles. Il est important de reprendre les activités quotidiennes à un rythme qui respecte le niveau d'énergie disponible et n'aggrave pas les symptômes présents (OMS, 2021b). Par exemple, lorsque l'usager atteint un niveau de fatigue ou d'essoufflement de 3/10 sur l'échelle de Borg modifiée (voir annexe A), il devrait arrêter l'activité qu'il est en train d'exécuter et se reposer. Il est possible que des tâches habituellement réalisées en peu de temps exigent maintenant d'être réparties en plusieurs moments, étant donné la faible</p>	<p>Educate clients with Long COVID on conservative activity and energy maximization. Ensure patients begin with monitoring activities of daily living, and only progress through gentle low intensity physical activity including exercise, once it is known how much is tolerated. Consider whether the selected management approach will contribute to function &amp; recovery or result in an exacerbation or decline in function (including cognitive, communication, emotional and social function).</p>	<p>La reprise d'une activité physique quotidienne doit être favorisée, conduite de façon progressive et adaptée aux capacités du patient et aux seuils d'effort déclenchant les symptômes</p> <p><b>FATIGUE</b> Une prise en charge par un kinésithérapeute peut être envisagée précocement, en précisant bien les objectifs : « réadaptation douce, globale et progressive à l'effort musculaire ». Fiche fatigue p.16/82: L'autोévaluation par le patient avec l'aide de son médecin est indispensable. Elle est source de dialogue et permet : – d'identifier les seuils d'activité et d'éventuels facteurs déclenchant la fatigue. Toute</p>	<p><b>Fatigue (voir annexes pour le détail)</b> Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection Fatigue treatment recommendations 1 Begin an <b>individualized and structured, titrated return to activity program</b>. An individually titrated, symptom-guided program of return to activity is recommended for patients presenting with fatigue. <b>The goal of a rehabilitation program is to restore patients to previous levels of activity and improve quality of life.</b> Until those goals have been achieved, the rehabilitation program should not focus on high intensity aerobic exercises or heavy weightlifting to build strength and endurance.</p>	<p>-La réadaptation au COVID long doit inclure l'éducation des personnes sur la reprise des activités quotidiennes de manière conservatrice, à un rythme approprié, sûr et gérable pour les niveaux d'énergie dans les limites des symptômes actuels. L'effort ne doit pas être poussé jusqu'à la fatigue ou l'exacerbation des symptômes, pendant et dans les jours qui suivent l'effort.</p> <p>-En présence d'une exacerbation des symptômes après l'effort, « Arrêt. Repos. Marche », rythme des activités et leur gestion et la surveillance de la fréquence cardiaque peuvent être des approches de réadaptation efficaces pour soutenir l'autogestion des symptômes. • La réadaptation doit viser à prévenir la désaturation à l'effort, tout en sachant qu'une détérioration tardive du COVID-19 peut toujours se produire. Une désaturation à l'effort ≥ 3 % nécessite une investigation. -En cas d'hypotension orthostatique, les interventions suivantes</p>

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Typical graded exercise (i.e. overload principal) may be detrimental.</li> <li>o <b>Note:</b> PESE can occur at any time. Continue to monitor symptoms and re-screen as appropriate.</li> </ul> <p><b>Treatment Considerations:</b> Treatment should be focused on patient education regarding activity pacing and energy conservation. See the Maximizing Energy section for more detailed information on pacing.</p> <p><b>Physical activity and exercise should be adjusted based on symptoms which may fluctuate from day-to-day.</b> This may be referred to as "symptom titrated physical activity" (National Institute of Health Research, 2021). If patients have limited tolerance or struggle with fatigue, the emphasis of treatment should be placed on energy conservation and return to activities of daily living prior to initiating a therapeutic exercise program. Patients should only exercise if they feel recovered from the previous day and have no new onset or return of symptoms (Salman et al., 2021). There is no clear evidence based guideline for returning patients to physical activity and exercise but a prudent approach would be gradual, individualized and based on subjective tolerance and symptoms (Salman et al., 2023). Support clients to develop an awareness of their energy "budget" and the cost associated with their individual PESE triggers. Ensure your clients have considered not just the cost of physical tasks but also emotional and cognitive energy outputs. Traditionally, fatigue management strategies have used the term energy conservation. Recently, however, the term energy maximization is being adopted as it emphasizes a strength-based, positive approach and better aligns with client goals. Clients have expressed they do not want to 'save or conserve' their energy but strive to utilize energy as efficiently as possible in order to participate in the activities or occupations that are most important to them. Using energy maximization strategies can help clients to avoid Post-Exertional Symptom Exacerbation (PESE)/Post-Exertional Malaise (PEM).</p>		<p>tolérance à l'effort. Des pauses régulières pourraient être nécessaires. Il faut résister à l'idée de se pousser malgré la fatigue, ce qui pourrait avoir des effets adverses et déclencher un malaise post-effort (voir recommandations 7-8) et ralentir, voire compromettre la récupération. Le maintien du niveau d'énergie, sans exacerbation des symptômes, est essentiel dans la reprise graduelle des activités. La progression des exercices devrait être lente et graduelle (OMS, 2021b) et tenir compte de l'ensemble des recommandations incluses dans ce document.</p> <p>Tableau II Progression suggérée en présence de déconditionnement et de la faiblesse musculaire Selon tolérance, favoriser la progression selon l'ordre suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La reprise des activités quotidiennes</li> <li>2) Les exercices d'étirement, de renforcement actif, et ensuite contre résistance</li> <li>3) Les exercices aérobiques</li> </ol> <p>Les usagers avec des douleurs musculaires (ou myalgies) devraient éviter de faire des exercices de renforcement.</p> <p><b>Recommandation 6</b></p> <p>Personnaliser et encadrer l'exercice par un professionnel de la santé tel un physiothérapeute ou un ergothérapeute ayant des connaissances sur les risques liés à l'exercice physique et les précautions à prendre. Les facteurs permettant d'identifier les sujets qui répondront positivement à l'exercice ne sont pas connus, c'est pourquoi la prescription d'exercices</p>	<p><b>Specific Consideration for Strength &amp; Conditioning and Return to Sport</b></p> <p>Follow strength and conditioning principles in those without post exertional symptom exacerbation (see above) with a slow, progressive increase in intensity and volume.</p> <p>Ongoing monitoring of symptoms and vitals may be necessary due to the unpredictable and relapsing nature of Long COVID p.5 :</p> <p><b>General Considerations for Management of Patients with Long COVID</b></p> <p>Due to the risk of worsening symptoms listed above on exertion and in the</p>	<p>rééducation et la reprise de la vie quotidienne se basent sur le respect des seuils de tolérances;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de souligner l'importance du fractionnement des activités pour éviter des exacerbations;</li> <li>- de mettre en place des objectifs de rééducation pour éviter la désadaptation à l'effort.</li> </ul> <p>Fiche fatigue Le réentrainement à l'effort doit être adapté à chaque patient, progressif et prendre en compte l'intensité de la fatigue et la durée des phases de récupération.</p> <p>La notion de progressivité dans l'intensité et la durée des efforts doit être expliquée, les patients désirant revenir au plus vite à leur état antérieur.</p> <p><b>Fiche Kiné Contenus de séances de</b></p>	<p>If the rehabilitation program is advanced too quickly or is too intense, it may worsen symptoms and lead to post-exertional malaise (PEM), a diagnostic criterion of ME/CFS. The titrated approach encourages patients to perform activities at a submaximal level to avoid exacerbation of fatigue and PEM. Activity should be adjusted in response to symptoms that develop during or after activity.</p> <p><b>Fatigue Discuss energy conservation strategies.</b></p> <p>Before starting this program, it is crucial for the clinician to educate the patient on recognizing perceived exertion and the use of other metrics such as heart rate or</p>	<p>peuvent être envisagées : thérapie de conditionnement autonome, utilisation d'exercices sans redressement, utilisation d'exercices isométriques, vêtements de compression et éducation du patient en matière de sécurité. - L'objectif de stabilisation durable des symptômes, par lequel les fluctuations des symptômes sont réduites à un niveau gérable sur une période de temps, peut constituer une approche de réadaptation qui améliore la gravité des symptômes et le fonctionnement quotidien. p.5 En particulier, on ignore actuellement quand et dans quelle mesure l'activité physique (y compris l'exercice ou le sport) est sûre ou bénéfique, de sorte qu'elle n'altère pas le fonctionnement chez les adultes, les jeunes et les enfants vivant avec un COVID long.</p> <p><b>p.11 : Qu'est-ce que l'activité physique et l'exercice?</b> « Activité physique » et « exercice » sont des approches différentes qui peuvent être envisagées dans le contexte de la réadaptation. Chaque</p>

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021
<p><b>Reinforce that energy maximization strategies like pacing, are ways to avoid PESE and offers a way to reduce symptoms, regain control, and support improvement.</b> It is important for clients to understand that participating in cognitively, emotionally, or spiritually demanding activities also requires energy and that thoughts and emotions can be a barrier to successful implementation of energy maximization techniques. A discussion of barriers to implementation can be integral to success.</p> <p><b>The Six P's of Energy Maximization</b></p> <p><b>1. Pacing with precaution</b> – Help clients identify their energy budget and problem solve around how they will pace themselves to stay within this budget. Breaking up activities and proactively building in frequent rest breaks are important features of pacing.</p> <p><b>2. Positioning</b> – Modify activities so they are more energy efficient. This can include the use of gadgets/aids and equipment as well as your body position during activities. Aids such as bathing or mobility aids may be useful in maximizing energy.</p> <p><b>3. Planning</b> – Using a journal/planner/agenda can assist with planning tasks on a daily or weekly basis as well as help reflection on energy reserves to avoid over exertion. Encourage development of sustainable routines with rest as the foundation and include activities that restore energy or rejuvenate the client.</p> <p><b>4. Prioritizing</b> - Identify priorities for the day/ week; 'what matters most to you'. Help the client consider which activities they must complete themselves and which could be delegated.</p> <p><b>5. Problem solving</b> – Look for new and energy efficient ways to engage in activities. Recognizing and celebrate successes.</p> <p><b>6. Permission</b> - Encourage the client to give themselves permission to do things differently than before COVID. It is import to be patient with yourself and acknowledge recovery can take time. Self – compassion skills can support this. Rules for rest • Rest before you are fatigued. If you rest when you start to get tired</p>		<p>thérapeutiques doit être utilisée avec prudence. Il serait donc <b>inapproprié de prétendre que l'exercice est sécuritaire ou non sécuritaire pour l'ensemble des personnes aux prises avec la COVID longue</b> (Brown, 2021).</p> <p><b>Recommandation 7</b> Exclure la présence de malaise post-effort avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue.</p> <p><b>Recommandation 8</b> Surveiller l'apparition de malaise post-effort lors de la réactivation d'une personne souffrant de la COVID longue : Le malaise post-effort peut être provoqué ou exacerbé après un effort physique, mental ou même après un stress émotif. L'identification du malaise post-effort peut être réalisée grâce à des questions ciblées. Il est important de réévaluer les modalités d'intervention en discutant avec l'usager des différentes options possibles. Les professionnels doivent éduquer les usagers souffrant de COVID longue sur les principes et stratégies de conservation d'énergie (voir fiche « Fatigue et COVID-19 »). Ils devraient également tenter d'adapter l'environnement de l'usager afin de lui permettre de compenser une perte d'endurance à l'effort et maximiser son autonomie fonctionnelle. La conservation d'énergie est la stratégie la plus sécuritaire à l'heure actuelle</p> <p><b>Recommandation 10</b> Surveiller l'apparition d'une problématique cardiaque à l'effort pour une personne souffrant de la COVID</p>	<p>days following exertion, physical activity including exercise, needs to be prescribed with caution and clinical decision making.</p>	<p><b>réentraînement à l'effort</b> Au minimum : Réentraînement aérobie (ergocycle, tapis de marche...) Réentraînement de la force des muscles des membres et du tronc ( banc de musculation à charges guidées, poids et haltères, élastiques...) En fonction des résultats du bilan diagnostic kinésithérapique :</p> <p>Réentraînement des muscles respiratoires (valves résistées en pression)</p> <p>Réentraînement de l'équilibre</p> <p>Retour au sport antérieur, réintégration du geste sportif</p> <p>Et/ou orientation et adaptation en structure sport santé</p> <p>Notion de pérennisation de l'activité physique et sportive.</p> <p><b>Fiche fatigue</b></p> <p>L'apparition d'une exacerbation prolongée de la</p>	<p>exertion scales (such as the Borg Rating of Perceived Exertion Scale) that can guide the individual toward submaximal exertional activities. We also recommend educating patients on energy conservation strategies to aid in recovery. One framework is the Four "Ps": Pacing, Prioritizing, Positioning, and Planning (voir le texte pour description si besoin).</p> <p>Encourage a healthy dietary pattern and hydration. At this time there are no scientific data to support the "prescription" of one specific diet for the management of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection -related fatigue. General nutritional recommendations should reflect</p>	<p>terme fait référence à un concept différent, mais les termes sont souvent confondus et parfois utilisés de manière interchangeable.</p> <p><b>L'activité physique</b> est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et entraînant une dépense énergétique. L'activité physique dans la vie quotidienne peut être classée en activité professionnelle, sportive, de conditionnement, ménagère ou autres.</p> <p>L'activité physique ne doit pas être confondue avec l'exercice, qui est une sous-catégorie de l'activité physique.</p> <p><b>L'exercice</b> est défini comme une activité planifiée, structurée, répétitive et volontaire, axée sur l'amélioration ou le maintien de la condition physique p. 16 : Le rythme des activités et leur gestion fait souvent partie d'un certain nombre de stratégies de conservation de l'énergie appelées « <i>le principe des trois P</i> », qui comprend la hiérarchisation (Prioritisation), la planification et la simulation (Pacing), et peut également être</p>

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021
<p>rather than after you are exhausted you will require less recovery time. • Take short, frequent rests. They can add up to less overall rest time. Experiment with timing and length of rest. • Plan rest into your schedule first, then schedule activities around rest. Think of rest as an activity and plan it into your day. • Make rest a habit. To use budgeting terms, resting is making a deposit into your energy bank account.</p> <p><b>Energy Budget explained:</b> “Just like with money it is important to know how much energy you have so you don’t over spend and go into overdraft (PESE is like overdraft - you pay high interest when you take out more than you have). All activities require energy. Developing an understanding of your current energy budget and the cost of individual activities can help you plan to spend wisely and avoid PESE. You can make deposits to your account thru restorative activities like quality rest, deep breathing and relaxation. Patients may benefit from instruction in the use of diaphragmatic breathing and pursed lip breathing to promote parasympathetic activation and respiratory efficiency</p> <p><b>Fatigue Red Flags Significant Dyspnea</b> o See the Screening Tool for Post-COVID Physical Sequelae for details on the adapted MRC breathlessness scale. o See the Respiratory Symptoms section for additional treatment recommendations for dyspnea.</p> <p><b>Unexplained chest pain or tightness</b> o Further medical assessment may be warranted. Refer back to primary care provider or urgent care (depending on clinical presentation).</p> <p><b>Yellow Flags</b></p> <p><b>Elevated heart rate</b> o Heart rate (HR) may increase quickly due to significant deconditioning. HR and heart rate recovery (HRR) should be monitored closely during exercise. Psychological Changes o Repeated reports of ‘low energy’ in combination with low mood, changes in appetite and/or sleep may be indicators of depression and may warrant further screening. If a patient is demonstrating viral symptom recurrence (i.e.</p>		<p>longue. Il n'est pas systématiquement recommandé de procéder à des investigations cardiaques pour la population qui ne prend pas habituellement part à des activités physiques intenses. Toutefois, une évaluation du risque, en surveillant les signes et symptômes d'un problème cardiaque, est souhaitable avant et pendant l'exercice physique chez toutes personnes ayant la COVID longue. De façon générale, lors de la réalisation d'exercices physiques chez les personnes atteintes de la COVID longue, il est recommandé de demeurer en dessous du seuil anaérobie (Brown, 2021). Le seuil anaérobie est atteint lorsque la fréquence cardiaque est à 55 % de la fréquence cardiaque maximale chez un individu donné. Pour estimer la fréquence cardiaque cible afin de ne pas dépasser le seuil anaérobie, la formule suivante peut être utilisée (Brown, 2021) : <b>(220-âge) x 55 %</b>. Le professionnel doit également tenir compte de la présence de comorbidités et de la prise de médication dans la détermination de la fréquence cardiaque cible à l'effort. Le développement ou la récurrence de signes et symptômes d'un problème cardiaque indique la nécessité de cesser les exercices et de consulter un médecin. Le repos et le rétablissement sont favorisés si des signes et symptômes cardiaques sont présents, avec une reprise graduelle des activités supervisée par un professionnel de la santé.</p>		<p>fatigue/épuisement ou des symptômes inhabituels après une séance y compris de manière différente, conduit à réduire l'intensité du programme de réadaptation à l'effort mais sans l'arrêter. Des périodes de réduction des activités peuvent être nécessaires à une bonne récupération en cas d'exacerbation de la fatigue. Il convient d'évaluer leur durée pour la limiter au maximum et de reprendre une activité progressivement. De rares patients peuvent nécessiter des périodes de repos complet. Chez ces patients un suivi rapproché médical est proposé pour éviter une désadaptation à l'effort. La</p>	<p>the individual patient's underlying comprehensive health profile. Smartphones and activity trackers may also be effective methods to monitor duration and intensity of activity.<sup>19</sup> ... use of other metrics such as heart rate or exertion scales (such as the Borg Rating of Perceived Exertion Scale) that can guide the individual toward submaximal exertional activities.</p>	<p>accompagné d'autres stratégies telles que la posture, le positionnement et la précaution</p> <p>p. 15 : La thérapie par exercices gradués ou la prescription d'activités fixes ne doivent pas être utilisées. (...)</p> <p>p.8 : Activités physique L'activité physique sous toutes ses formes peut être bénéfique pour certaines personnes vivant avec un COVID long, mais peut être contre-indiquée ou exacerber les symptômes chez d'autres. Une approche prudente de l'activité physique favorisera probablement un rétablissement à plus long terme. L'activité physique, y compris l'exercice, prescrit dans le cadre du COVID long, ne doit être abordée qu'avec prudence et vigilance, en veillant à ce que les programmes de réadaptation soient réparateurs et n'aggravent pas les symptômes d'une personne pendant et dans les jours qui suivent. Un dysfonctionnement autonome, se manifestant par un essoufflement, des palpitations, de la fatigue, des douleurs</p>

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021
<p>fatigue, cough, headache, shortness of breath, etc.), reduce the intensity of your intervention and complete an activity log to determine how to best support the patient in their recovery</p> <p><b>“Push and Crash” or “Boom and Bust” cycle and that there is often a causalational relation to PESE/PEM.</b> It is important to note that there can be a delay in experiencing a “crash” of 12-72 hours. Normalize clients’ non-linear recovery experience and emphasize that progression of activity level should be based on avoidance of symptom exacerbation. Appointment attendance and travel may contribute to symptom burden or exercise intolerance. Consider providing in-person care in reduced frequency, or through virtual care delivery (individual or group). Patients with PESE or ME may take longer to recover between sessions. For this reason, it may be appropriate to consider shorter treatment sessions spread out over a longer period of time. Programs may need to consider their usual models of care (i.e. discharging patients after 6-8 weeks of therapy) as this may not be appropriate for this population. Patients with PESE or ME may be unable to return to their regular work and leisure activities. A multidisciplinary approach to the client’s treatment plan is strongly encouraged. It is important to recognize patients may not fully recover from PESE or ME during their time in rehabilitation. Clinicians should promote self-management early in the treatment process to empower patients and facilitate smooth transitions in care. Be aware of the signs and symptoms of <b>orthostatic intolerance</b> and how to manage it (i.e. limit standing and encourage clients to lay down when needed). Consider the use of a HR monitor and encourage patients to keep their HR below their anaerobic threshold (~60% of HR max). To calculate an estimated, use the following formula <math>(220 - \text{age}) \times 0.55 = \text{anaerobic threshold in beats per minute}</math>. o Keep in mind, the anaerobic threshold may be lower for severely ill patients and symptoms should always be used to guide intervention. As the patient progresses and activity tolerance improves, consider in-person sessions focusing</p>		<p><b>Recommandation 12</b> Surveiller l’apparition d’une problématique respiratoire (toux, dyspnée, désaturation) à l’effort pour une personne souffrant de la COVID longue. Les professionnels devraient être attentifs à la présence de toux ou de dyspnée au repos ou à l’effort, symptômes fréquents chez les personnes atteintes de COVID longue. Certains signes sont également révélateurs d’un problème respiratoire, tels qu’une perte de puissance vocale ou une incapacité à maintenir une conversation en marchant. La désaturation à l’effort peut également survenir chez les personnes souffrant de la COVID longue. L’hypoxie peut être symptomatique et associée à de la dyspnée, des étourdissements ou une sudation anormale, ou encore asymptomatique. Elle est alors appelée « hypoxie silencieuse » (Greenhalgh et al., 2020). C’est pourquoi il est important de mesurer objectivement la saturation en oxygène à l’aide d’un saturomètre. La présence de désaturation à l’effort peut être évaluée à l’aide de tests standardisés tels que le <i>1 minute sit-to-stand</i> et le <i>40-step walk</i> (Greenhalgh et al., 2020). Le premier test est décrit comme un test pendant lequel l’usager passe de la position assise sur une chaise à la position debout le plus grand nombre de fois possible en une minute. Ce test a une bonne corrélation avec le test de marche de 6 minutes, plus connu. Le deuxième test implique que l’usager marche quarante</p>	<p>réassurance du malade est capitale. Elle peut nécessiter un soutien psychologique par son médecin généraliste ou par un autre professionnel. Cette prise en charge permettra de développer l’autonomie du patient qui est indispensable. Réentraînement à l’effort au cours des symptômes prolongés.</p>			<p>thoraciques, une sensation de faiblesse (pré syncope) ou une syncope, pourrait contribuer à l’intolérance à l’effort observée chez les personnes atteintes de COVID long. Pour éviter le risque d’aggravation des symptômes en cas de surmenage dans le cadre de COVID long, il est essentiel que les interventions en matière d’activité physique, y compris l’exercice, soient appliquées avec prudence et une prise de décision clinique minutieuse basée sur les symptômes pendant et dans les jours suivant l’effort. L’activité physique, y compris l’exercice, prescrit dans le cadre du COVID long, ne doit être abordée qu’avec prudence et vigilance, en veillant à ce que les programmes de réadaptation soient réparateurs et n’aggravent pas les symptômes d’une personne pendant et dans les jours qui suivent. L’activité physique, y compris l’exercice, ne doit pas être pratiquée à l’exclusion des activités quotidiennes souhaitées par une personne, ni au</p>

AHS, 2022	CSP, 2021	CISSSMO, 2021	Canadian Physiotherapy Association, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021	WP, 2021
<p>on gradual return to activity and exercise. Treatments may begin with gentle stretching and strengthening exercises, progressing to aerobic activities as tolerated. Increases in activity intensity and duration should only be attempted if the patient has recovered after an hour and fatigue levels are normal. A patient's activity tolerance may vary significantly from day-to-day. Clinicians will need to continuously monitor symptoms and adapt their treatment approach accordingly.</p> <p><b>KEY MESSAGES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Guided discussions including activity analysis can support clients to incorporate the 6 P's at the task/day/week levels.</li> <li>§ Increasing or adding new activities is not based solely on target dates but on the absence of PESE.</li> <li>§ Support the development of new routines with an emphasis on pacing and avoidance of push/crush cycles.</li> <li>§ A key feature of maximizing energy is rest and restoration</li> </ul> <p><b>Educate clients about the “Push and Crash” or “Boom and Bust” cycle and that there is often a causalational relation to PESE/PEM.</b> In order to break the Push/Crash Cycle, clients must develop new activity patterns by:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recognizing individual symptoms of fatigue (PESE) and triggers.</li> <li>2. Finding a current activity budget (activity levels that do not result in PESE)</li> <li>3. Adapting activity budgets (learning to work within your budget)</li> <li>4. Expanding limits based base on absence of symptom exacerbation</li> </ol> <p>Patients should receive education on signs and symptoms to monitor during physical activity and exercise and when they should seek medical attention (i.e. chest pain, palpitations, disproportionate breathlessness, dizziness, etc.).</p>		<p>pas sur une surface plane. Ce deuxième test est moins exigeant, mais n'a pas fait l'objet de validations. Il sera donc utile pour un usager chez qui les capacités physiques sont très réduites. Une diminution de 3 % de la saturation en oxygène est considérée comme anormale et requiert une investigation. Les tests de désaturation à l'effort ne devraient pas être réalisés si la saturation au repos est de moins de 96 %. La saturation en oxygène devrait être monitorée régulièrement lors des exercices. La majorité des personnes noteront une amélioration progressive de leurs symptômes en mettant en place des stratégies de conservation d'énergie afin d'éviter la reprise trop rapide d'efforts soutenus. Par contre, en présence d'une imagerie pulmonaire anormale ou de désaturation, la référence vers un service de réadaptation respiratoire est souhaitable et aidera probablement au rétablissement (Greenhalgh et al., 2020). Différentes techniques peuvent être enseignées aux usagers afin de contrôler la respiration, telles que la respiration diaphragmatique dans différentes postures facilitantes et l'expiration avec lèvres pincées (OMS, 2021a) Si ces techniques ne permettent pas de retrouver une respiration calme, une assistance médicale devrait être demandée.</p>			<p>détriment de sa qualité de vie.</p> <p><b>Une réadaptation sûre Exacerbation des symptômes après l'effort :</b> avant de recommander l'activité physique (y compris l'exercice ou le sport) aux personnes vivant avec un COVID long, il faut dépister l'exacerbation des symptômes après l'effort par une surveillance attentive des signes et des symptômes pendant et dans les jours suivant une activité physique accrue, avec une surveillance continue en réponse à toute intervention d'activité physique</p>	

**Tableau C-9 Interventions liées aux symptômes cardiorespiratoires (section : Interventions en réadaptation)**

**Interventions liées aux symptômes respiratoires**

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>
<p>The principles of pulmonary rehabilitation can be adapted to meet the needs of patients who had COVID-19 and complain of cough, dyspnea, and/or reduced exercise capacity and functional limitations <b>patients with the following features be considered for referral to a comprehensive pulmonary rehabilitation program:</b></p> <p>New or ongoing respiratory symptoms (dyspnea and/or cough and/or exercise intolerance) and functional limitations (difficulty in performing daily activities) after resolution of acute COVID-19* <b>AND</b> New or ongoing requirement for supplemental oxygen after resolution of acute COVID-19* <b>OR AT LEAST ONE OF:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persistent radiographic pulmonary abnormality (ie, Chest X-ray and/or CT chest demonstrating new/persistent reticular changes and/or fibrosis after resolution of acute COVID-19)* <b>or</b></li> <li>Pulmonary Function Test results demonstrating new/persistent reduction in lung volumes, airflow limitation, and/or reduction in diffusing capacity after resolution of acute COVID-19* <b>*in patients with preexisting chronic lung disease (eg, asthma, COPD, bronchiectasis, interstitial lung disease, etc), changes must be new/worse than baseline to meet criteria.</b></li> </ul>	<p><b>Exertional Oxygen Desaturation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>If lung pathology is identified, consider referring to Pulmonary Rehabilitation</li> </ul> <p><b>Elevated heart rate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Heart rate (HR) may increase quickly due to significant deconditioning following prolonged illness and/or hospitalization. HR and heart rate recovery (HRR) should be monitored closely during exercise.</li> </ul> <p><b>Supplemental Oxygen Requirements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Where patients are on supplemental oxygen, saturation levels should be monitored prior to, during and following exercise.</li> <li>Patients on supplemental oxygen may have increased oxygen requirements on exertion or with activity. Check with the patient if they have been given target oxygen parameters by their physician.</li> </ul> <p><b>Dyspnea/Shortness of Breath</b></p> <p>Dysfunctional breathing patterns may present as hyperventilation, exertional hyperventilation, apical breathing pattern dominance, lack of breath control, and activity avoidance (Motiejunaite et al, 2021).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal, quiet breathing is performed through the nose, with minimal accessory muscle involvement, at a rate of 12-20 breaths/minute.</li> <li>If your patient is presenting with difficulty controlling their breathing at rest or with exertion, consider performing a basic chest assessment to determine if your patient may benefit from breathing retraining. Provide education on positions to ease shortness of breath (i.e. high side-lying, forward leaning, etc.).</li> </ul> <p>Review common breathing techniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Pursed-lip breathing instructions:</b></li> <li>Breathe in through your nose and</li> </ul>	<p>Le contrôle de la respiration aide l'usager à retrouver son calme et ainsi à prévenir l'anxiété qui peut être ressentie lors d'un épisode de dyspnée. Si ces techniques ne permettent pas de retrouver une respiration calme, une assistance médicale devrait être demandée.</p>	<p><b>p.22/82 : Fiche kinésithérapie – Syndrome d'hyperventilation Traitement</b></p> <p>A l'issue de son bilan diagnostic kinésithérapeutique, le kinésithérapeute conviendra de la conduite thérapeutique adaptée et individualisée à chaque patient. Le kinésithérapeute doit être formé à la rééducation du syndrome d'hyperventilation (cf. fiche dyspnée). <b>La rééducation est basée sur une observation méthodique de la respiration (fréquemment thoracique haute) et une attention bienveillante des affects.</b> Elle fait appel à la <b>conscientisation de la respiration et reposé sur le contrôle ventilatoire au cours de diverses situations (au repos, à l'effort en résistance et en endurance)</b></p>	<p>-These measures should be individualized to the patient's abilities, including consideration of modifications necessary to accommodate neurological impairment, fatigue with post-exertional malaise, dysautonomia, or other limitations.</p> <p>Other Adjuncts to Rehabilitation : airway clearance techniques (ACT) et inspiratory muscles training (IMT)</p> <p>The prescription of airway clearance techniques (ACT) may be beneficial in individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection who have cough productive of copious daily sputum and/or where evidence of bronchiectasis or retained secretions exists. The benefit of ACT needs to be carefully considered against the added treatment burden given the time taken to complete ACT, and the cost of ACT devices if being used i.e., the clinical rationale, and evidence for use, must support the prescription of ACT. If little or no impact will be made on the individual's outcome, routine ACT may not be beneficial.</p> <p>Individuals with severe respiratory muscle weakness following critical or intensive care admission may benefit from inspiratory muscles training (IMT).</p> <p>During activity and rehabilitation, oxygen flow rate should be titrated to facilitate rehabilitation therapy and maintain oxygen saturations &gt;90%. As mentioned</p>	<p>Surveillance de la fréquence cardiaque peuvent être des approches de réadaptation efficaces pour soutenir l'autogestion des symptômes.</p> <p><b>Désaturation en oxygène à l'effort :</b> exclure la désaturation en oxygène à l'effort avant d'utiliser l'activité physique (y compris l'exercice ou le sport) comme moyen de réadaptation pour les personnes vivant avec un COVID long, avec une surveillance continue des signes de réduction de la saturation en oxygène en réponse aux</p>	<p><b>The training principles of comprehensive pulmonary rehabilitation programmes apply for COVID-19 patients with persistent fatigue, reduced exercise capacity and breathlessness. COVID-19 population needs patient-tailored supervised programmes</b></p> <p>that are flexible to adapt for patients with gas exchange abnormalities <b>guided by baseline oxygen needs at rest and during exercise.</b></p> <p>Education about control of breathing can support COVID-19 patients to those recovering from respiratory illness, especially those troubled by breathlessness. Patients may be advised to adopt positions, such as high</p>

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>
<p>One bright spot for pulmonary rehabilitation during the COVID-19 pandemic has been the expanded and accelerated rollout of virtual programs. Pulmonary rehabilitation can be safely and effectively delivered virtually, but uptake of virtual pulmonary rehabilitation at the program level was inconsistent prior to the COVID-19 pandemic. The expansion of virtual programs during the pandemic has been endorsed by the CTS in our statement on delivering pulmonary rehabilitation during the COVID-19 pandemic, which includes resources for programs looking to initiate or expand a virtual program. This expansion represents an opportunity to improve access to pulmonary rehabilitation for both traditional chronic lung disease patients and for patients with post COVID-19 conditions, and we encourage programs that have temporarily implemented virtual pulmonary rehabilitation during the pandemic to continue with such approaches long-term (where feasible), and to consider formal evaluation of their effectiveness in COVID-19.</p> <p>Recommendations for adapting pulmonary rehabilitation for patients with post COVID-19 conditions include beginning at lower intensities for aerobic exercise,19 conservative progression</p>	<p>out through your mouth while pursing your lips, as if you were about to blow out candles on a cake. □ Breathe in for about 2 seconds and breathe out for 4-6 seconds.</p> <p><b>Diaphragmatic breathing instructions:</b> □ Sit or lay in a comfortable and supported position. □ Put one hand on your chest and the other on your belly. □ If it helps you to relax, close your eyes (otherwise leave them open) and focus on your breathing. □ Slowly breathe in through your nose (or mouth if you are unable to easily breathe with your nose) then out through your mouth. □ When you breathe in, push your belly out as far as possible. □ When you breathe out, you should feel your belly move in. □ Try to use as little effort as possible and make your breaths slow, relaxed, and smooth.</p> <p><b>Paced breathing instructions:</b> □ Think about doing the hardest tasks in a part of your day when you have the most energy. □ Breathe in before you make the 'effort' of the task, such as before you climb up a step. □ Breathe out while making the effort, such as climbing up a step. □ You may find it helpful to breathe in through your nose and out through your mouth, using the pursed lip breathing technique (see above).</p> <p><b>Nasal Breathing:</b> □ Put one hand on your chest and the other on your belly. □ Draw air in slowly through your nose; jaw and face can be relaxed. □ Exhale slowly through your nose. □ When you breathe in, push your belly out as far as possible. □ When you breathe out, you should feel your belly move in. □ Try to inhale and exhale for a set of counts (i.e. 4 counts in, 4 counts out; 6 counts in, 6 counts out) □ This can also be performed as Box Breathing: inhale, hold, exhale, hold. In the early stages of rehabilitation (acute care and/or early inpatient</p>		<p><b>vécues de manière positive.</b> Elle comprend des exercices respiratoires à différents volumes, débits et pressions, des apnées, avec guidage par le kinésithérapeute et une sensibilisation à la ventilation abdomino-diaphragmatique, ainsi qu'éventuellement thoracique haute et basse en fonction de la clinique. Les techniques de relaxation ou de sophrologie pourraient avoir un intérêt. La rééducation encourage également la pratique des exercices respiratoires à domicile (auto-rééducation, environ 15 minutes par jour) et une transposition de la gestuelle respiratoire au quotidien.</p> <p>L'efficacité de la prise en charge s'observe par l'amélioration de la symptomatologie et du quotidien des patients :</p>	<p>earlier, patients using home pulse oximeters should be advised to obtain FDA-approved devices for optimal accuracy. While adequate oxygenation can be achieved at low flow rates using nasal cannulas, if higher flow rates are needed a face mask should be considered. Supplemental oxygen can mitigate symptoms and enhance exercise capacity in individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection and hypoxemia. Portable tanks or portable oxygen concentrators can optimize community mobility, ability to participate in rehabilitation, and quality of life. Large tanks, liquid oxygen, and wall plug-in concentrators are acceptable for home use. Humidification should be considered for home O2 delivery systems.</p> <p>Rehabilitation Therapies Rehabilitation therapies for individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection who are functionally limited by respiratory sequelae can address dyspnea and breathing abnormalities, fatigue, balance impairments, peripheral and pulmonary muscle strength, endurance, gait, promote energy conservation, and facilitate return to activity. In individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection and lung sequelae who also have accompanying fatigue and/or dysautonomia, the most physically limiting factor should be considered when deciding whether these approaches to rehabilitation are appropriate. Here, we outline rehabilitation approaches for multiple potential patient populations, including</p>	<p>interventions d'activité physique. L'oxymétrie pulsée sous surveillance clinique a également été recommandée pour détecter une baisse de la saturation en oxygène à l'effort. En présence d'une désaturation à l'effort, de l'exclusion d'une pathologie grave et de l'approbation du consultant, une activité physique titrée en fonction des symptômes pourrait être envisagée dans le cadre d'un programme de réadaptation. Les signes d'hyperventilation et de troubles respiratoires, identifiés grâce à une surveillance attentive, peuvent faciliter l'accès à une</p>	<p>side lying and forward lean sitting, and breathing techniques, such as pursed lip breathing and square box breathing, that help to manage breathlessness. Adequate walking pace regulation is recommended to reduce breathlessness and to prevent desaturation on exertion. Severe shortness of breath that is not relieved by positioning and breathing techniques requires medical investigation. For patients with COVID-19 that also have underlying cardiovascular or pulmonary conditions, resumption of exercise should be done after consultation with appropriate health professionals. COVID-19 patients with confirmed cardiac involvement need a cardiac evaluation</p>

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>
<p>and monitoring of symptoms to prevent post-exertional malaise,<sup>3,20</sup> gradual introduction of strengthening exercises and modifying education modules to consider the specific challenges related to COVID-19.<sup>15</sup>—as COVID-19 disproportionately impacts marginalized groups, for maximal uptake and adherence, pulmonary rehabilitation should be targeted and individualized to ensure that these groups are given the opportunity to participate (eg, accessible language, access to transportation and virtual rehab).</p> <p>En the absence of robust evidence to guide current practice, we suggest that patients with the following features be considered for referral to a comprehensive pulmonary rehabilitation program:</p> <p>New or ongoing respiratory symptoms (dyspnea and/or cough and/or exercise intolerance) and functional limitations (difficulty in performing daily activities) after resolution of acute COVID-19*</p> <p>AND</p> <p>New or ongoing requirement for supplemental oxygen after resolution of acute COVID-19*</p> <p>OR</p> <p>AT LEAST ONE OF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistent radiographic pulmonary abnormality (ie, Chest X-ray and/or CT chest demonstrating new/persistent reticular changes and/or fibrosis after</li> </ul>	<p>rehabilitation, around 6-8 weeks post-COVID), patients should resume activity at a level of 3/10 on the modified Borg Scale (Spruit et al, 2020). As activity tolerance improves, patients can be progressed to exercise at a level of up to 6/10 on the modified Borg Scale. Emphasis should be placed on breath control and when progressing activity, regular monitoring of symptoms should occur.</p> <p><b>Exertional Oxygen Desaturation</b></p> <p>The use of pulse oximetry under clinical supervision has been recommended for post-COVID patients experiencing respiratory symptoms, especially during phases of activity progression (Greenhalgh et al., 2020). Patients can be educated on home pulse oximetry to support activity progression, safety, and self-management. In the early stages of rehabilitation (acute care and/or early inpatient rehabilitation, around 6-8 weeks post-COVID), patients should resume activity at a level of 3/10 on the modified Borg Scale (Spruit et al, 2020).</p> <p><b>Managing a Chronic Cough</b></p> <p>For a non-productive cough:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Provide patients with education on breathing/coughing techniques (i.e. huffing to avoid vocal cord trauma), sleep positioning at night (extra pillow if needed) and support smoking cessation.</li> <li>◦ Refer patient to online self-management resources: After COVID-19: Information and resources to help you recover (<a href="http://alberta.ca">alberta.ca</a>)</li> </ul> <p>For a productive cough:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ For chronic productive coughs, educate on the importance of routine airway clearance and provide instruction on specific techniques which may include mobility/exercise, deep breathing and huff coughing, autogenic drainage, active cycle of breathing, and if indicated, positive</li> </ul>		<p>baisse de la dyspnée, de la fréquence respiratoire, reprise de l'activité physique, amélioration de l'hypocapnie et de la qualité de vie. Indépendamment du syndrome d'hyperventilation, le patient peut avoir besoin d'un réentraînement à l'effort à débuter progressivement (cf. fiche réentraînement à l'effort). La rééducation du SHV est prioritaire afin d'éviter une éventuelle gêne à l'effort. La prescription médicale est accompagnée d'un courrier du médecin précisant le diagnostic médical et les renseignements nécessaires à la bonne pratique de la rééducation. Le kinésithérapeute adresse au prescripteur un courrier détaillant le bilan initial puis l'évolution du patient. En l'absence d'amélioration rapide (10 à 15 séances), il est conseillé de</p>	<p>patients with breathing discomfort with and without accompanying impairment in pulmonary function. Figure 1 provides 'high-level' considerations for these rehabilitation options, based on the initial assessment parameters. The eventual goal for rehabilitation management is an independent self-monitored home or community-based activity or exercise program. preliminary studies indicate that tele-rehabilitation for pulmonary disease can be more effective than no rehabilitation and may be as efficacious as face-to-face programs. Self-directed mobilization and exercise programs guided with at home manuals for patients where tele-rehabilitation or in person rehabilitation are not available is another option. These self-directed programs can be monitored remotely and allow for patients to advance activity and intensity of the exercises as their recovery allows. for all exercise recovery programs and services prescribed for individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection limited by respiratory disease, providers should delineate vital sign and oxygen saturation parameters to optimize safety and minimize over-fatigue and symptom exacerbation. Target oxygen saturation of 90% or above is ideal, and prescription should specify the amount and methods of oxygen delivery at rest and during exercise and activity. Parameters for high and low systolic and diastolic blood pressure values and peak and minimum heart rates have been established. Patients should be</p>	<p>kinésithérapie respiratoire spécialisée.</p>	<p>before resuming exercis</p>

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>	
<p>resolution of acute COVID-19)* or • Pulmonary Function Test results demonstrating new/persistent reduction in lung volumes, airflow limitation, and/or reduction in diffusing capacity after resolution of acute COVID-19*</p> <p>*in patients with preexisting chronic lung disease (eg, asthma, COPD, bronchiectasis, interstitial lung disease, etc), changes must be new/worse than baseline to meet criteria.</p>	<p>expiratory pressure therapy (Thomas et al., 2020, McIlwaine, 2006).</p> <p><b>Voice and Upper Airway Respiratory Issues</b> Patients should receive general information on care of the voice (e.g. resting the voice as needed, avoiding straining or pushing the voice, avoiding prolonged loud voice use and optimizing hydration.) Structural abnormalities (e.g. posterior glottic or subglottic stenosis, intubation granuloma) may require surgical intervention). Chronic laryngitis may be managed medically. Vocal fold paresis/paralysis may be managed with operative or in-office surgical procedures and adjuvant voice therapy. Vocal fold atrophy may be addressed with operative or in-office surgical procedures. Voice therapy may be used to address milder atrophy or vocal deconditioning/vocal fatigue. Functional/muscle tension dysphonia is typically addressed and managed via voice therapy.</p> <p>Functional (upper airway) breathing disorders such as paradoxical vocal fold motion (PVFM) can be managed with behavioural intervention. • Instrumental assessment is strongly recommended for patients who have or had a tracheostomy and exhibit signs/symptoms of dysphagia or have dysphagia risk factors in their case history. Instrumental assessment is also strongly recommended for patients who are unable to tolerate any deflation of a cuffed tracheostomy.</p> <p><b>Also refer to the Nutrition section of this document -</b> Telephone sessions are unlikely to adequately replace Face to Face (FTF) or synchronous videoconferencing, especially for moderate or severe dysphagia. However, videoconferencing can be used to triage patients, identify the need for urgent or FTF follow up, and provide education to aid in reducing risks of</p>		<p>réévaluer le patient.</p>	<p>careful to document recovery in the days after activity to ensure that fatigue with post-exertional symptom exacerbation is not a present or emerging Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection impairment.</p> <p>Pulmonary Rehabilitation and Respiratory Services: The benefit for patients with chronic lung conditions is well established, and it appears from early studies that there is also benefit in individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection with lung disease.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- multi-disciplinary programs of care for patients with chronic respiratory impairment.</li> <li>- Programs are individually tailored and designed to optimize physical and social performance and autonomy</li> <li>-designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase activity participation, and reduce health care costs by stabilizing or reversing manifestations of lung disease</li> <li>-focus on monitored progressive aerobic exercise and include strength, posture and breathing exercises, 2-3 times a week for 2-3 months.</li> <li>-Oxygen management, energy conservation and pacing, medication management, nutritional guidance, emotional support and education are also key components.</li> </ul> <p>Rehabilitation Therapy Services for Patients Not Qualifying for Pulmonary Rehabilitation/Respiratory Services :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-can benefit from 'traditional' rehabilitation programs including physical therapy (PT) and occupational therapy (OT) interventions focused on the impairments and functional deficits identified.</li> <li>- focus on recovery from debility,</li> </ul>			

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>
	aspiration in the interim (See Dysphagia Assessment and Treatment During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from the Transition to Telepractice)			<p>improving compensatory strategies, and activity progress as individuals can tolerate. For individuals with predominantly respiratory symptoms such as cough and sputum management, respiratory therapists or chest physical therapists may be engaged to provide specific respiratory care, as discussed in the following section, including secretion management, symptom management, oxygen use, and use of ventilatory support if needed.</p> <p>-Additionally, respiratory services should include education about the disease process and treatments</p> <p>-Functional field exercise testing is acceptable for individuals with Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection and respiratory symptoms considered at lower risk or who do not qualify for Pulmonary Rehabilitation/Respiratory Services. These tests include 2-minute step tests and 6- or 12-minute walk tests to assess capacity, assist in exercise prescription, and help quantify progress.</p> <p>-Standards for field testing in individuals with lung disease are established by the European Respiratory Society (ERS) and American Thoracic Society (ATS) (63) and are also available online with normative comparison values:</p> <p>An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease   European Respiratory Society (ersjournals.com)</p> <p>Other Adjuncts to Rehabilitation: Breathing Exercises and Chest Physiotherapy Patients may benefit from breathing exercises</p>		

<b>Beauchamp et al., 2022</b>	<b>AHS, 2022</b>	<b>CISSSMO, 2021</b>	<b>HAS, 2021</b>	<b>Maley et al., 2022</b>	<b>WP, 2021</b>	<b>WHO, 2021</b>
				that improve control of breathing, recovery from breathing discomfort, and perception of breathing discomfort. Several self-directed educational resources exist to guide breathing therapy, as well as in-person rehabilitation, or online programs (liste dispo dans l'article).		

### Interventions liées aux symptômes cardiaques

<b>AHS, 2022</b>	<b>Canadian Physiotherapy Association, 2021</b>	<b>WP, 2021</b>
<p><b>Cardiac symptoms</b> Ensure patients perform a proper warm-up and cool-down (~5 minutes), before and after exercising. Monitor heart rate recovery (HRR) post exercise. HRR is defined as the difference between HR at peak exercise and exactly 1 minute into the recovery period. A HRR value ≤12 bpm is considered abnormal and may warrant further medical investigation (Jolly et al., 2011). Monitor patient for abnormal responses to activity (i.e. arrhythmias, rapid increase or decrease in blood pressure, disproportionate breathlessness, lower extremity swelling, etc.). Patients should receive education on signs and symptoms to watch out for and when to seek urgent medical attention (i.e. sudden chest pain that persists for &gt;15 minutes, chest pain associated with nausea or vomiting, loss of consciousness, tachycardia or dyspnea at rest, etc.).</p>	<p><b>Cardiac symptoms</b> Teach clients to self-monitor for symptoms suggestive of cardiac involvement: disproportionate breathlessness, tachycardia, palpitations, chest pressure or pain at rest or exercise.</p>	<p><b>Insuffisance cardiaque</b> : exclure l'insuffisance cardiaque avant de proposer l'activité physique (y compris l'exercice ou le sport) comme moyen de réadaptation pour les personnes vivant avec un COVID long, avec une surveillance continue pour le développement potentiel retardé de la dysfonction cardiaque lorsque les interventions d'activité physique sont commencées.</p>

## Interventions liées à l'intolérance orthostatique

AHS, 2022	HAS, 2021	WP, 2021
<p><b>Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS)</b></p> <p>Provide education on how to manage/prevent episodes of orthostatic hypotension or POTS (i.e. laying down until symptoms resolve, rising slowly after lying down, avoiding long periods of standing, drinking plenty of fluids, wearing support stocking or compressive clothing, etc.).</p> <p>Consider a holistic treatment approach addressing topics such as: physical activity, mental well-being, pacing, sleep, nutrition, stress management, breathing and medication.</p> <p>Provide education on breathing techniques (i.e. diaphragmatic breathing) and activity pacing to assist clients with return to activity.</p> <p>If medically cleared by a physician, structured exercise including aerobic reconditioning and strength training may be considered for patients with POTS (Fu and Levine, 2018). This may or may not progress into an upright position. Physical activity and exercise should be adjusted based on symptoms, which may fluctuate from day-to-day. This may be referred to as “symptom titrated physical activity” (National Institute of Health Research, 2021). During the initial stages of rehabilitation, non-upright exercises (i.e. recumbent cycling, swimming, seated resistance training, etc.) may be more suitable for patients who have significant symptoms in standing (Dani et al., 2020).</p> <p>Autonomic Conditioning Therapy (ACT) may help to reduce fatigue and improve symptoms of autonomic dysfunction in post-COVID patients (Putrino et al., 2021).</p>	<p>Les moyens à disposition pour réduire ces symptômes et en particulier l'hypotension orthostatique, sont tout d'abord non pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Explication des différents symptômes, explication traitement symptomatique / étiologique</li> <li>– Réaliser des manœuvres de contractions isométriques des membres inférieurs durant deux minutes avant de se lever</li> <li>– Éviter de se lever rapidement</li> <li>– Porter une gaine abdominale ou des collants de contention remontant jusqu'à la taille</li> <li>– Dormir en position demi-assise</li> <li>– Éviter la déshydratation</li> <li>– Boire un grand verre d'eau froide rapidement</li> <li>– Éviter les environnements chauds (par exemple douche chaude)</li> <li>– Après un repas copieux ou l'absorption d'alcool, s'allonger au moins 15 minutes</li> <li>– Fractionner les repas en cas d'hypotension artérielle postprandiale</li> <li>– Boire de l'eau avant les repas</li> </ul>	<p><b>Hypotension orthostatique :</b></p> <p>p. 20. En cas d'hypotension orthostatique, on peut envisager d'inclure les interventions suivantes dans le plan de soins : thérapie de conditionnement autonome, utilisation d'exercices sans redressement, utilisation d'exercices isométriques, vêtements de compression et éducation du patient en matière de sécurité. Cependant, une surveillance et une évaluation continues de l'exacerbation des symptômes après l'effort sont nécessaires. De plus, un examen de la qualité du repos et du sommeil, une orientation vers un médecin pour des traitements pharmacologiques et une orientation vers un diététicien peuvent être justifiés. Certains protocoles suggèrent des exercices d'aérobic pour traiter l'hypotension orthostatique et le POTS. Par exemple, la thérapie de conditionnement autonome est un nouveau protocole de réadaptation au COVID long proposé et adapté pour gérer la dysrégulation autonome, qui comprend un travail respiratoire, des exercices d'amplitude active en décubitus dorsal et, une fois les symptômes stabilisés, l'introduction d'exercices aérobies submaximaux adaptés aux symptômes. En raison du risque d'aggravation des symptômes avec surmenage dans le cadre du COVID long, il est essentiel que les interventions en matière d'activité physique, y compris l'exercice, soient appliquées avec prudence et une prise de décision clinique prudente basée sur des symptômes qui peuvent être exacerbés pendant et dans les jours suivant l'effort. p. 15 : En présence d'une exacerbation des symptômes après l'effort, « Arrêter. Se reposer. Marcher », le rythme des activités et leur gestion (Encadré 3) peuvent être des approches de réadaptation efficaces pour soutenir l'autogestion des symptômes</p>

**Tableau C-10 Interventions liées aux symptômes neurocognitifs (section : Interventions en réadaptation)**

AHS, 2022	Fine et al., 2022	HAS, 2021	WHO, 2021
<p><b>Functional Cognition :</b></p> <p><b>Provide Education on Factors that can Affect Cognition :</b> Our clients can feel lost or hopeless if they feel that they are not in control of improving their cognitive abilities. Providing education and tools; and empowering clients to create changes in their routine can help shift the onus of control.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuss sleep habits and provide education on sleep hygiene. A sleep log may be helpful to increase self-awareness of habits and what is and is not working. Help clients realize that they may require more rest than before becoming ill.</li> <li>• Educate clients on the link between rest/energy and how it can impact cognitive functioning.</li> <li>• Normalize the stress associated with long-term symptom management and propose tools. Educate clients on how stress can impact cognitive functioning.</li> <li>• Educate client on energy maximization and pacing. Introduce tools such as the Pacing points system or Activity logs to increase self-awareness.</li> </ul> <p><b>Collaborate and Document Long-term Goals :</b> Our patients may show lapses in memory, concentration, and focus, from cognitive overload, direct consequences on the brain, persisting hypoxia, or fatigue. They may lose track of goals, plans, and steps. So reviewing and documenting their goals is important for organization and to monitor progress, especially when patients are uncertain, demoralized and have reduced memory or attention. Steps include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Help the client keep tracked of learned information throughout sessions</li> <li>• Review major goals and frame these larger goals into short-term achievable steps</li> <li>• Provide and review homework and activities provided to your client. Discuss feedback, the client's experience and their perceived challenges. Involve family support as needed and emphasize the importance of accountability and follow-through.</li> <li>• Identify and reflect on progress and reflect on goal attainment.</li> </ul> <p><b>Managing Attention, Memory, Planning :</b> Our patients can get distracted, overwhelmed by details, and have trouble retaining specifics. They may also become overwhelmed by the whole experience of trying to manage therapies, on top of other roles. It's important to provide some structure to help manage this.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Be structured – consider a written agenda for the session.</li> <li>• Decrease cognitive load - focus on one thing at a time.</li> <li>• Reduce distractors and try to work in a quiet environment.</li> <li>• Take breaks and encourage your client to learn to recognize opportunities for needed rest.</li> <li>• Encourage written notes – for the session, or items to follow later on, to limit distractions.</li> <li>• Take a minute at the start of the session to review the plan, take a minute at the end of the session to plan for practice, and the next step.</li> <li>• For memory, use brief keywords; lengthy descriptions are excessive.</li> </ul> <p><b>Cognition, Fatigue and Stress: "Brain Fog":</b> Everyone experiences some interference when we are stressed or tired, affecting how we use our thinking skills. When people are stressed or tired, they are more prone to lapses in memory and attention. They may feel this is a sign of cognitive deterioration. It is also important to remember thinking and concentration also takes effort, which is more obvious when people are recovering. Reading, using the computer, and similar activities are all more tiring during recovery. It's important to stop <i>before</i> you get fatigued.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalize lapses – everyone has them. Post-Covid clients may report an increased frequency of these lapses. Reassure your clients that they will likely decrease as they feel more in control and use their tools.</li> <li>• Encourage coping skills – deep breathing, relaxation, and setting time to refocus.</li> <li>• Encourage reminder tools for activities and for breaks (alarms, using an agenda).</li> <li>• Review activity level, and breaks.</li> <li>• Pacing and energy maximization.</li> <li>• Encourage an exit plan for when clients become fatigued or overwhelmed by cognitive or social activities - "Know when it's time to go".</li> </ul> <p><b>Use Electronic or Written Aids:</b> Our patients often need reminders of specific details, and cues for planning and follow-through. Work with them to help use their preferred tools, or tools that family can support with. This can be written in a notepad, agenda, wall/fridge calendar, phone, or computer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choose the tool they're most familiar with. Older adults often like pencil and paper, younger adults may prefer electronic tools.</li> <li>• If you're considering a tool you're not familiar with, get support from a colleague.</li> <li>• Consider alarms (on phone or computer) to cue specific tasks, such as homework time, stretches or activity.</li> <li>• Use phone to record exercises, or take photos as cues. Consider separating main goals, progress reports, and specific activity plans/exercises.</li> </ul> <p><b>Identify and Use Prior Strategies:</b> Every individual comes to us with their own history and resources. Exploring and acknowledging these with your patients can be an important part of instilling hope and</p>	<p><b>For Cognitive symptoms</b> The long-term goal is to progress to resumption of exercise, return to work, and a vocational interests. Energy conservation is a key management approach for many patients. A rehabilitation team approach for patients with cognitive issues and fatigue can be considered with pacing and energy conservation strategies, such as dividing up a longer task into small increments with judicious breaks</p> <p><b>For memory and organization issues</b>, application of established techniques used for patients with concussion or traumatic brain injury includes taking notes, using a planner or phone app to record information, and setting electronic reminders. Other tactics include reducing screen time, proper sleep maintenance, managing stress, and increasing physical activity. Based on brain injury research, <b>cognitive rehabilitation</b> is an effective treatment for cognitive symptoms and should be tailored to the individual patient.</p> <p>Interventions should involve a combination of remediation through direct training, metacognitive strategy instruction, and use of compensatory techniques (eg, memory notebooks, alarms, smartphone apps, calendars). Table 4 offers intervention options sorted by cognitive domain.</p> <p><b>For Cognitive symptoms</b> Voir note dans <b>Assessment Statement 2</b> Life stressors and mental health conditions can also negatively affect cognitive function and thus need to be assessed. The incorporation of healthy lifestyle practices is a strong recommendation for physical and cognitive health. Recovery from Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2</p>	<p>Les troubles cognitifs ou neuropsychologiques sont souvent décrits par les patients comme un ralentissement psychique, un manque de clarté dans la pensée, une difficulté attentionnelle ou des troubles mnésiques dans le cadre du travail ou de la vie domestique, des difficultés à réaliser des doubles tâches, à trouver ses mots. Ces troubles semblent d'autant plus marqués que les patients étaient actifs et performants avant leur maladie. Une première évaluation consiste à recenser les plaintes et les observations du patient et à réaliser un MoCA (Montréal Cognitive Assessment1), score plus informatif que le Mini Mental Status dans ce contexte (exploration des capacités exécutives). En cas d'anomalie persistante sur l'échelle ou de</p>	<p>For patients having difficulties with memory, concentration and problem solving, education should be provided, and advice on strategies to help establish expectations (including from family members) and to alleviate stress and anxiety.</p> <p>Cognitive restorative rehabilitation may support with cognitive exercises (such as memory exercises, puzzles, games, reading) and compensation tools such as prompts (e.g. lists and notes) and breaking down activities. Encourage participation in daily activities that are meaningful for the patient.</p>

AHS, 2022	Fine et al., 2022	HAS, 2021	WHO, 2021
<p>rebuilding self-agency. • Does your patient like to plan in advance? Does your patient use self-talk to maintain focus, or put items out in preparation for tomorrow? Resuming old and helpful strategies increases control and self-direction. • Set aside time to plan and review, or prepare steps for potential challenges.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Managing physical or cognitive fatigue by setting breaks</li> <li>◦ Ensuring that family members know schedule so they can provide reminders if necessary</li> <li>◦ Review and practice homework.</li> <li>• Work together with your patient, and their family, or other support people to identify potential solutions and next steps.</li> </ul> <p><b>Review and Aid Patient/Family Review :</b> Our patients and their families will often get focused on the challenges of the day, which makes it easy to overlook progress they have made. Sometimes, this can also be important if we are working on a goal but making little progress, to suggest a possible change in goals, or strategies. • Make a regular time to review progress, perhaps five minutes of the start or end of the week. When family are involved, get permission to get their feedback. • Review what is happening outside of therapy activities is well. What is changing or progressing in life?</p> <p><b>Catch Successes, Problem-Solve Lapses:</b> Being ill, experiencing cognitive difficulties, having poor endurance and prolonged recovery is demoralizing. It's important to problem-solve difficulties, but also to identify the steps and strategies that either prevented difficulties or responded to them so they are no longer a barrier. • Regularly review barriers and challenges, and both practical and motivational responses for these. Encourage your patient to generate these. • Encourage your patients to record challenges, and record the steps they have taken to manage and prevent challenges, as a problem-solving and motivational tool.</p> <p><b>Reassurance and Increasing Independence</b> Being ill and relying on supports is demoralizing. Our patients can develop some dependence and seek reassurance, so it's important to plan for independence and increasing self-reliance. • When you are often being asked for reassurance, ask your patient – "What did we say before?" Encourage them to generate responses to their questions. • Encourage your patient to plan activities they value, and describe any tools they will use. • If necessary, cue them to schedule leisure, productive, and social activities. Encourage brief initial activities, and have an exit plan if they get fatigued or overwhelmed partway through. "The success lies in starting, endurance comes later" • Support low intensity initial steps to their goals – participating in meal preparation, taking turns driving, as steps to independence. Flag the next steps.</p> <p><b>Long-term goals and Timing :</b> Clients will be eager to resume activities that are challenging and represent normalcy and a return to their baseline. Sometimes persisting symptoms and fatigue will be a barrier to returning to certain activities. Timing of the return to school, work, and driving should be guided by the medical/therapy team. • Patients will benefit from being provided with reassurance that recovery takes time and that return to more complex activities must be timed appropriately. • Inform clients that they may require medical clearance to return to driving or work. This will depend on the severity of their course of illness. • Factors such as fatigue, and mental wellness may also help to inform readiness to return to higher level cognitive activities.</p> <p><b>Cognitive Communication</b> Speech-language pathologists perform an essential role in the early identification and remediation of cognitive-communication disorders. Treatment of cognitive-communication disorders should start as early as possible to enhance recovery, functional performance and quality of life of individuals recovering from COVID-19. Cognitive-communication rehabilitation is most effective when provided by an interprofessional team. Cognitive-communication rehabilitation domains can include comprehension, expression, attention, memory, social communication, problem solving, reasoning and self-awareness. The following areas should be considered in developing an intervention plan to support individuals with cognitive-communication deficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Education and counseling to patients, families and the interprofessional team about the nature and functional impact of cognitive-communication deficits</li> <li>• Training patients and caregivers in the use of Communication Access tools and strategies to optimize a patient's ability to participate in the care they receive.</li> <li>• Inclusion of family and significant others in individual and group treatment sessions to promote understanding of the patient's challenges and practice using communication strategies</li> <li>• Use of assistive technology to support day-to-day function (e.g. memory and organization aides)</li> <li>• Training in use of compensatory and metacognitive strategies to address functional goals in real life settings – treatment should occur in natural contexts that are meaningful to the patient and support their activity and participation in daily routines.</li> <li>• Environmental modifications to reduce</li> </ul>	<p>infection -related cognitive dysfunction may be impacted by exposure to the natural and psychosocial environment in which people live. Clinicians should be aware of environmental-related stressors, and provide interventions that aim to decrease them whenever possible. Referrals to a local food bank and other community resources can be very helpful to individuals. People knowledgeable about these types of resources include, but are not limited to, medical social workers and community leaders. Appropriate referrals can facilitate physical and cognitive health recovery.</p> <p>Cognitive symptoms of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection</p> <p><b>Cognitive treatment recommendations</b> --5 Similar to patients experiencing "physical" fatigue, patients should be advised to begin an individualized and structured, titrated return to activity program.</p> <p><b>For Cognitive symptoms</b> The long-term goal is to progress to resumption of exercise, return to work, and avocational interests. Energy conservation is a key management approach for many patients. A rehabilitation team approach for patients with cognitive issues and fatigue can be considered with pacing and energy conservation strategies, such as dividing up a longer task into small increments with judicious breaks 5a For patients who achieve a return to their normal, daily activities, regular exercise (at least 2–3 times/week of aerobic exercise) may be effective in improving cognition and also contribute to improved sleep patterns.</p>	<p>gravité particulière (par ses conséquences notamment) une évaluation par un neurologue ainsi qu'une exploration neuropsychologique pourront être effectués.</p>	

AHS, 2022	Fine et al., 2022	HAS, 2021	WHO, 2021
cognitive demands and improve success of communicative interactions – e.g. reducing clutter, eliminating distractions, developing structured daily routines • Daily activity scheduling to support management of cognitive fatigue • Identification of strategies that support management of behavioral and emotional concerns • Group therapy sessions to practice and generalize use of compensatory strategies and skills in real-world situations and to receive peer feedback and support			

**Tableau C-11 Interventions liées à l'état nutritionnel et aux altérations de l'odorat et du goût (section : Interventions en réadaptation)**

AHS, 2022; AHS, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021
<p><b>EATING, FEEDING AND SWALLOWING</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>An integrated multi-disciplinary team is required to assess and manage the complex etiology of eating, feeding and swallowing difficulties associated with COVID-19 and to manage concurrent demands related to respiratory health, nutrition, hydration, swallowing rehabilitation, medication requirements, and other health needs.</li> <li>Individuals recovering from COVID-19 often experience persistent respiratory deficits (e.g. shortness of breath) and symptoms of physical and mental fatigue ("brain fog"). Respiratory issues can affect swallowing safety by impacting the ability to coordinate breathing and swallowing. Marked fluctuation in the respiratory status of patients recovering from COVID-19 is common and therefore close monitoring of swallow function is essential.</li> <li>To manage fatigue and respiratory issues during mealtimes, the following strategies are recommended: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Eat smaller, more frequent meals throughout the day.</li> <li>o Take a rest break before meals to optimize energy.</li> <li>o Allow more time to eat meals – stop and rest if feeling short of breath or fatigued, take small bites/sips, try eating softer foods that require less chewing</li> <li>o Limit talking during meals to avoid shortness of breath.</li> <li>o Consider positioning: Sitting at a table in a supportive chair maximizes energy for both breathing and feeding.</li> <li>o Meal time aids are available to support weakness/ fatigue; if needed consult an OT.</li> </ul> </li> <li>Patients recovering from COVID-19 may experience changes in their smell or taste. This can have a significant impact on appetite. The following strategies are recommended to support adequate nutrition and hydration and enhance the enjoyment of eating: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Increase the sensory experience of foods by selecting foods with a variety of textures and temperatures.</li> <li>o Enhance the range of flavor by preparing foods that stimulate all of the tongue's taste receptors (e.g., saltiness, sweetness, bitterness, and sourness)</li> <li>o Make the presentation of foods as appetizing, as possible</li> </ul> </li> <li>Facilitate bolus transit and reduce throat irritation by alternating between bites of food and sips of liquid. Also consider blended or softer foods during recovery.</li> <li>Dysphagia therapists will find more information to support clinical decision-making, prioritization, and safety of their patients, themselves, and those around them in Allied Health Dysphagia intervention during COVID</li> </ul> <p><b>NUTRITION</b></p> <p>If a patient is experiencing any of the Post-COVID-19: Common-Nutrition-Related Side-Effects (Early satiety/poor or loss of appetite • Diarrhea • Unintentional weight loss or gain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue or low energy • Constipation • Malnutrition • Loss of taste/taste changes • Difficulty swallowing • Nausea and vomiting • Impaired or loss of smell), a referral to a registered dietitian is recommended.</li> </ul> <p><b>Additional Nutrition Considerations – Decreased access to food and/or household food insecurity:</b> Social isolation, government lockdown orders, difficulties getting to a grocery store, or limited food choices in one's community can significantly impair a patient's ability to access foods. The ability to afford basic needs, including food, will impact patients' recovery. Screen patients and connect them to supports and services. For immediate patient concerns regarding food access see: Free Food in Alberta Information for Albertans</p> <p>Adequate calorie and protein intake to maintain or optimize a healthy body weight and composition. However, large increases in calories and/or protein is cautioned against to avoid burdening metabolic processes and cardiopulmonary demands. Encourage a minimum of 9 – 12 cups (2.25 – 3 L) fluid daily for hydration. For patients with ongoing weight loss who have difficulty consuming adequate nutrition over a prolonged period of time, alternative routes for nutrition (i.e. enteral nutrition) should be considered</p> <p><b>GCP nutrition</b></p> <p>Nutrition approaches for managing common post-COVID-19 nutrition-related side effects that will be reviewed are outlined below:</p>	<p><b>p. 46/82 : Fiche : les troubles du goût et de l'odorat En soins primaires</b> En cas de persistance d'une perte de l'odorat à 15 jours du début des symptômes, des lavages de nez au sérum physiologique pourront être proposés au patient, associés à une rééducation olfactive. Mettre en route le plus rapidement possible la rééducation olfactive est primordial car cela reste pour le moment le seul traitement ayant prouvé son efficacité lors de prise en charge d'anosmie post virale et expliquer son principe au patient afin qu'il y adhère pleinement est nécessaire (rééducation et principe décrite dans l'annexe ci jointe).</p>	<p>Encourage a healthy dietary pattern and hydration. At this time there are no scientific data to support the "prescription" of one specific diet for the management of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection-related fatigue. General nutritional recommendations should reflect the individual patient's underlying comprehensive health profile.</p>

AHS, 2022; AHS, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Managing early satiety and poor or low appetite</li> <li><input type="checkbox"/> Supporting patients experiencing fatigue or low energy</li> <li><input type="checkbox"/> Managing swallowing difficulties</li> <li><input type="checkbox"/> Supporting patients with loss of taste or taste changes</li> <li><input type="checkbox"/> Supporting patients with impaired or loss of smell</li> <li><input type="checkbox"/> Managing nausea and vomiting   <input type="checkbox"/> Managing gastrointestinal changes: diarrhea and constipation</li> <li><input type="checkbox"/> Supporting patients who are experiencing unintentional weight loss</li> </ul> <p><b>Managing early satiety and poor or low appetite</b></p> <p>Strategies that patients can use to optimize the nutrition content of meals and snacks include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eat larger amounts when feeling well.</li> <li><input type="checkbox"/> Consume fluids away from meals to avoid filling up too quickly.</li> <li><input type="checkbox"/> Try 6 smaller meals spread throughout the day.</li> <li><input type="checkbox"/> Snack every 2 to 3 hours, even when they don't feel hungry.</li> <li><input type="checkbox"/> Add oral nutrition supplement drinks, bars, or puddings to meals and snacks.</li> <li><input type="checkbox"/> Limit foods and fluids that have low nutrition content, such as foods or fluids labelled: "light", "low fat", "low calorie", or "sugar-free".</li> </ul> <p><b>Supporting patients experiencing fatigue or low energy</b></p> <p><b>Practical strategies that patients can use to reduce energy expenditure during meal preparation and eating include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eat 6 smaller meals throughout the day.</li> <li><input type="checkbox"/> Use adaptive tools, such as a pizza cutter instead of a regular knife.</li> <li><input type="checkbox"/> Finger foods may be easier to manage instead of using cutlery.</li> <li><input type="checkbox"/> Modify food textures to reduce energy exerted through chewing.</li> <li><input type="checkbox"/> Oral nutrition supplements or shelf-stable snacks can be spread throughout the home in locations the patient frequents.<sup>10</sup> This allows the patient to readily access nutrition without having to walk room-to-room which may be tiring.</li> <li><input type="checkbox"/> Reheat ready-made foods prepared by family, friends, or meal delivery services.</li> <li><input type="checkbox"/> If the patient has family or friends they can depend on, suggest that ready-made meals be frozen for the patient to allow for reheating. Alternatively, meal delivery programs such as Meals on Wheels™ may be accessed for short or long-term use.</li> </ul> <p><b>Managing swallowing difficulties</b> The COVID-19 virus has a severe impact on the respiratory system. As such, the patient should be strongly encouraged to follow recommendations for safe swallowing due to the high risk of pneumonia and respiratory infections related to aspiration of food, saliva, or fluid.</p> <p><b>Patients deemed safe for oral intake should be encouraged to:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Engage in regular mouth care to control oral bacterial growth which may increase the risk of pneumonia should the patient aspirate food, fluids, or saliva.</li> <li><input type="checkbox"/> Maintain good posture (as close to a 90-degree angle upright as possible) during and at least 30 minutes following completion of the meal or snack. This reduces aspiration risk.</li> <li><input type="checkbox"/> Limit distractions while consuming foods or fluids such as watching TV, reading, or talking.</li> <li><input type="checkbox"/> Consume foods in the appropriate textures recommended by the dysphagia team – if applicable.</li> <li><input type="checkbox"/> Consume fluids in the appropriate consistency recommended by the dysphagia team – if applicable.</li> <li><input type="checkbox"/> Consider alternate feeding route such as enteral nutrition when safe oral intake cannot be maintained. If dysphagia is significant or worsens, a referral to an SLP for reassessment should be considered to determine if a change in texture modified diet or fluid consistency would enhance the patient's safety and quality of life.</li> </ul> <p><b>Regular follow-up assessments with the dysphagia team (SLP, OT, and RD) is encouraged due to the significant clinical, physiological, and emotional impacts of the condition. Supporting patients with loss of taste or taste changes :</b></p> <p><b>Nutrition strategies for patients experiencing loss of taste or taste changes include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Encourage patients to monitor expiration dates on foods and fluids and dispose of any items past-due or that appear to have spoiled.</li> <li><input type="checkbox"/> Regular mouth care can make taste changes more acceptable. Brush teeth and tongue or rinse mouth well before and after each meal. Wait 10-15 minutes after mouth care before eating.</li> <li><input type="checkbox"/> If the patient is struggling with most foods and fluids, oral nutrition supplements can be recommended to supplement oral intake to support their nutrition and fluid status. Due to the potential decreased enjoyment of food that comes with impaired or lack of taste, the patient may experience negative social impacts. Meals are often enjoyed with others and the change in this dynamic may further a risk of a decline in mental health. Recommend discussing referral to a mental health practitioner with the patient to offer support.</li> </ul> <p><b>Supporting patients with impaired or loss of smell</b></p>		

AHS, 2022; AHS, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021
<p>Nutrition strategies and recommendations are aimed at working with anosmia by encouraging consumption of foods or fluids that appeal to the patient, either by texture, taste, or the memory of previous experiences with the food. Food safety practices should be encouraged to reduce the risk of food poisoning secondary to anosmia preventing the patient for smelling spoiled or expired foods.<sup>17,20</sup> Nutrition strategies for anosmia to encourage oral intake:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Encourage patients to monitor expiration dates on foods and fluids and dispose of any items that are past-due or that appear to have spoiled.</li> <li><input type="checkbox"/> Prepare foods that you can experience in other ways, such as through taste, mouthfeel, or crunch.</li> </ul> <p><b>Managing nausea and vomiting</b></p> <p><b>Some strategies that can be used to support intake when patients are experiencing nausea include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eat slowly to prevent filling the stomach too quickly.</li> <li><input type="checkbox"/> Eat smaller meals and snacks spread throughout the day. o An empty stomach can make nausea worse.</li> <li><input type="checkbox"/> Drink fluids at least 30 – 60 minutes before or after meals to optimize oral intake.</li> <li><input type="checkbox"/> A straw (if dysphagia is not present) can be used if the smell is too strong.</li> <li><input type="checkbox"/> Try cold or room temperature foods as they tend to be less aromatic.</li> <li><input type="checkbox"/> Cook meals outdoors or open windows when preparing food.</li> <li><input type="checkbox"/> Try foods that do not require cooking such as sandwiches, milkshakes, vegetables with dip, and crackers and cheese.</li> <li><input type="checkbox"/> Ask family members or friends to prepare freezer meals to reduce cooking smells at home. o Meal delivery services are available in some locations, such as Meals on Wheels™ or Heart to Home Meals™.</li> </ul> <p><b>Considerations</b> Holistic approaches to nausea may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pharmacological: anti-nausea or anti-emetic medication(s).</li> <li><input type="checkbox"/> Complementary treatments such as acupuncture or acupressure and ginger.</li> </ul> <p><b>Vomiting : Strategies that can be used to support oral intake when patients are experiencing vomiting (emesis) include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Avoid solid foods if vomiting.</li> <li><input type="checkbox"/> Sip on clear fluids every 15 – 30 minutes after vomiting to help replenish lost fluids. o Ideal daily fluid intake is 9 – 12 cups (2. 25 – 3 L) when the patient feels better. o Clear fluids include water, broth, flavoured gelatin, ice pops, regular or diluted juice or sports drinks (non-caffeinated).</li> <li><input type="checkbox"/> Try a small amount of bland foods once vomiting has stopped. These include crackers, canned or cooked fruit, mashed potatoes, oatmeal, and white bread, rice, and pasta. Persistent nausea and emesis puts the patient at risk of malnutrition and should be investigated by their physician and healthcare team.</li> </ul> <p><b>Managing gastrointestinal changes: diarrhea and constipation</b></p> <p>Fibre is a nutrient that provides bulk to stools, helps to make stools soft, and overall easier to pass. Fibre is the indigestible part of plant foods and an important nutrient for bowel health. Fibre is found in whole grains, nuts and seeds, fruits and vegetables, and legumes and pulses (beans, peas, and lentils). The amount of fibre recommended for age and gender can be found in Table 1.</p> <p><b>Diarrhea</b></p> <p><b>Nutrition strategies for managing diarrhea include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Consume adequate fluids of at least 9 – 12 cups (2 – 3 L) daily to prevent dehydration (see the section: What are the hydration needs of the post-COVID-19 adult patient?).</li> <li><input type="checkbox"/> Avoid drinking caffeinated drinks like coffee, tea, and pop as they can increase peristalsis potentially worsening diarrhea.</li> <li><input type="checkbox"/> Drink small amounts of fluids throughout the day.</li> <li><input type="checkbox"/> Limit sugar alcohols, such as those found in sugar-free chewing gum and candy, which draw fluid into the bowel and their use should be cautioned against in people with pre-existing diarrhea.</li> <li><input type="checkbox"/> Eat foods that are higher in soluble fibre. Soluble fibre helps to gel the stool making it thicker. Foods that are high in soluble fibre include apples, applesauce, avocado, legumes such as beans and lentils, oatmeal, potatoes, and psyllium.</li> <li><input type="checkbox"/> Enteral nutrition results in loose stools or diarrhea in the COVID-19 population.<sup>25</sup> Refer the patient to an RD if loose stools persist beyond the initiation of an oral intake.</li> </ul> <p><b>Constipation Nutrition strategies for managing constipation include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Include fibre foods, both soluble and insoluble, at meals and snacks. Insoluble fibre does not dissolve in fluid and serves to add bulk and increase transit time of the stool in the bowel. Increase fibre foods slowly to allow bowels to get used to the increase in fibre to prevent gas and bloating.</li> <li><input type="checkbox"/> Add 1 – 2 tablespoons (15 – 30 mL) of wheat bran or ground flaxseeds to foods.</li> <li><input type="checkbox"/> Enjoy nuts and seeds in ¼ cup (60 mL) portions.</li> <li><input type="checkbox"/> Eat 7 – 10 servings of a variety of fruits and vegetables daily.</li> </ul>		

AHS, 2022; AHS, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021
<p><input type="checkbox"/> Consume adequate fluids of at least 9 – 12 cups (2 – 3 L) daily to prevent dehydration (see the section: What are the hydration needs of the post-COVID-19 adult patient?).</p> <p><input type="checkbox"/> Support the patient with the development of a light exercise program. Refer to a physiotherapist or kinesiologist if safety concerns are present.</p> <p><b>Considerations The following holistic recommendations can be applied for post-COVID-19 patients experiencing bowel changes:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pelvic floor physiotherapy may be beneficial in the post-COVID-19 patient for muscle rehabilitation to support bowel regularity.</p> <p><input type="checkbox"/> Stress alleviating activities based on the patient's preferences and lifestyle. Whenever possible, prevention should be encouraged before diarrhea or constipation become a problem for the patient. Adequate fluid and fibre intake, physical activity, and stress management is encouraged.</p> <p><b>Supporting patients who are experiencing unintentional weight loss</b></p> <p><b>AHS, nutrition Additional considerations for patients' post-COVID-19 infection are outlined below: Supporting patients experiencing poverty, food access concerns, and household food insecurity</b></p> <p><b>Food access</b></p> <p><input type="checkbox"/> Link patients to services that assist with delivering groceries directly to their home.</p> <p><input type="checkbox"/> Connect the patient to programs available in their community that can help with getting to and from grocery stores.</p> <p><input type="checkbox"/> Meal delivery programs may be available in your community: Financial strain: Household food insecurity</p> <p><b>As part of your clinical assessment, you are encouraged to assess the patient's financial status. It will affect your health recommendations on nutrition and medication.</b> What to do: 1. Acknowledge that healthy eating is not affordable for many people. Guide conversations and actions that reflect the understanding that food insecurity is an income issue.<sup>66,67</sup> a. Screen all patients using the poverty-screening question: "Do you (ever) have difficulties making ends meet?" 2. If your patient responds yes to the poverty screening question: a. Work together with your team to inform and help connect the patient to income-related programs and services. <i>The Poverty: A Clinical Tool for Primary Health Providers</i> outlines benefits that the patient may be eligible for.</p> <p>i. 211 Alberta is the best provincial site for information on financial benefits and programs. Options to contact 211 are by phone, text or chat: dial 2-1-1, text INFO to 211 or visit ab.211.ca/and click "live chat"</p> <p>ii. Health and diet-related benefits, such as special diet and emergency food funding, may be available.</p> <p>iii. Emergency food programs (e.g. food banks) can provide temporary relief. However, do not assume all patients will benefit or feel comfortable with using these programs. Patients may not access these programs due to barriers such as transportation, hours of operation, cultural appropriateness, and perceived stigma from using the services.<sup>67,68</sup> In addition, many emergency food programs have restrictions on eligibility and how often they can be accessed.</p> <p><input type="checkbox"/> If your patient wishes to access emergency food programs, assist them with the referral process.</p> <p>b. Determine if the patient will benefit from a referral to social work (e.g. help with getting personal identification documents, benefits navigation).</p> <p>c. Provide nutrition care based on the patient's unique needs and circumstances.</p> <p><b>How to approach unintentional weight gain post-COVID-19</b> Patients experiencing unintentional weight gain secondary to COVID-19, directly or indirectly, may benefit from referral to an RD or to other interdisciplinary team members, such as mental health, to offer support and profession-specific counselling.</p> <p><b>Nutrition approaches requiring further evidence:</b> the following approaches to nutrition care for the post-COVID-19 patient require further investigation to determine safety, effectiveness, as well as short-and long-term outcomes on patient health and disease status. Please note, individual patient assessment and relevant medical history should be considered when determining if supplementation is required.</p> <p><b>o micronutrient supplementation</b> At the time of publication, studies guiding the use of certain micronutrient supplementation, including vitamin C,<sup>75,76</sup> vitamin D,<sup>4,75,76</sup> selenium,<sup>75,76</sup> and zinc,<sup>75–77</sup> to support recovery and rehabilitation from COVID-19 are inconsistent in findings and recommendations.<sup>2,18</sup> AHS supports Health Canada's recommendation for supplementation with vitamin D across the lifespan for general health and adequacy.<sup>7</sup> Micronutrient deficiencies are often observed in malnourished patients.<sup>18</sup> AHS Nutrition Services supports providing micronutrient supplementation to remedy clinical deficiency if a deficiency is present. This is to ensure safety and risk reduction of the patient as the effects of supplementation levels above the daily recommended intake (DRI) on the post-COVID-19 patient is unknown. Due to the lack of evidentiary consensus, predominately due to the inability to conduct longitudinal studies as per the newness of COVID-19, supplementation beyond basic serum correction is discouraged at this time.<sup>2</sup></p> <p><b>o probiotics and functional foods</b> Animal studies are showing promise with the use of probiotics on COVID-19-related diarrhea, however, outcomes in human trials for COVID-19 are yet to be supported. Evidence supporting probiotic use with COVID-19 diarrhea is inconsistent in regards to which probiotic strain is beneficial<sup>54</sup> and in which dosage and regime is preferential. The lack of evidence for</p>		

AHS, 2022; AHS, 2021	HAS, 2021	Herrera et al., 2021
<p>probiotic usage with the COVID-19 virus includes diarrhea associated with antibiotic use, and during or post-infection in respect to immune-support and viral protection.<sup>17</sup> Due to the infancy and dearth of research, recommendations for probiotic use in COVID-19, AHS Nutrition Services are unable to promote usage of specific strains of probiotics that would improve recovery or rehabilitation of the post-COVID-19 patient. AHS Nutrition Services recommends consumptions of foods and beverages which have naturally occurring probiotic bacteria such as yogurt, kefir, or sauerkraut for general health. The consumption of these foods in regards to specific applicability to COVID-19 rehabilitation cannot be promoted at this time. Evidence does not exist to support that functional foods can boost the immune system adequately to either prevent or provide recovery or rehabilitation from a COVID-19 infection.<sup>75</sup> Consumption of foods within the functional foods umbrella are encouraged to be enjoyed by the post-COVID-19 patient for overall health and nutrition. Promotion of functional foods in regards to boosting the immune system and supporting recovery for post-COVID-19 is not indicated at this time.<sup>75</sup></p>		

**Tableau C-12 Interventions visant le retour au travail (section : Interventions en réadaptation)**

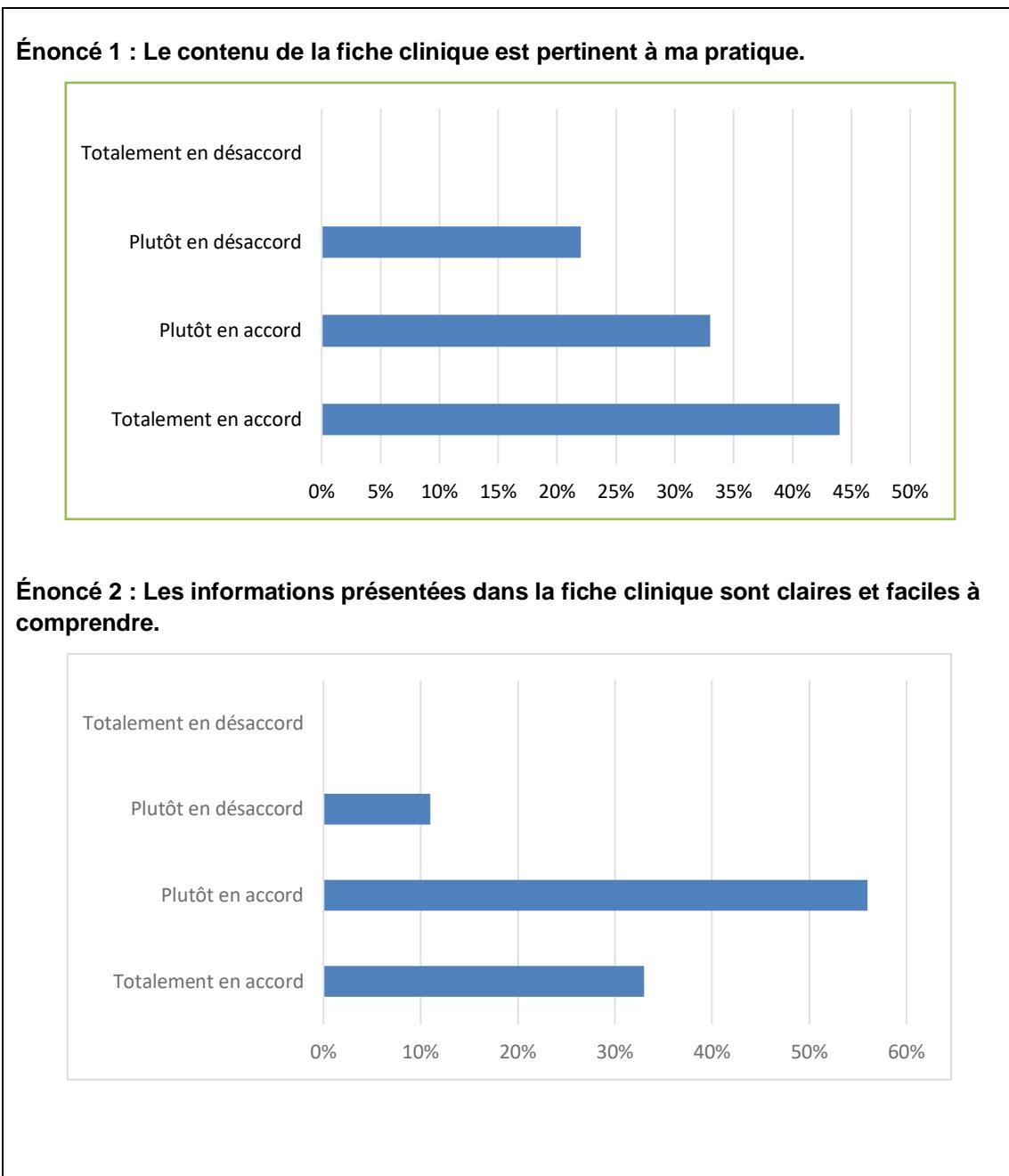
AHS, 2022	CISSSMO, 2021	Herrera et al., 2021
<p>Return to Work (RTW)</p> <p>In an online survey of 3762 individuals whose illness lasted over 28 days, Davis et al (2021) found 45.2% required a reduced work schedule compared to pre-illness and an additional 22.3% were not working at all due to illness. By seven months, many patients had not yet recovered (mainly from systemic and neurological/cognitive symptoms) and had not returned to previous levels of work.</p> <p>Determining readiness</p> <p>A successful return the work plan needs to be sustainable. Before looking at returning to work, it is important to consider if clients are managing home life within their energy budget. Managing home life can be characterized by the ability to minimize push/crash cycles while engage in most home life activities. Clients still need to be able to prepare meals, do laundry, shower and commute to work in addition to doing their paid occupation. Having a plan to mitigate the home life energy demands through the use of strategies such as delegation may allow for return to work despite not yet returning to full home life activities. This will depend on the client's priorities. Consider having your client begin progressively practicing return to work activities like waking up closer to their work hours and simulating job duties. Making a plan to reduce the anxiety of RTW is also important, as this can be a trigger for PESE.</p> <p>Activity/ symptom logs can help determine if current activity levels are supportive of RTW. Ability to engage in cognitive, physical, and emotional activities without frequent and prolonged PESE as well as adequate sleep schedules are factors that support return to work. Once it is determined that there is a manageable home life plan, engaging in a job duty activity analysis can support making recommendations for appropriate accommodations (if needed) and return to work schedule. Job duty analysis can include developing a list the job demands (duties/ tasks) and identifying physical, cognitive and emotional PESE triggers. Once barriers/ challenges as well as strengths for return to work are identified, engage with client (and employer as appropriate) to problem solve through these barriers and enhance strengths.</p> <p>Return to work plans should be individualized and based on clinical judgement. Consider if aids, adaptation or work duty/ hours are required. Depending on the client's needs, adaptations and aids could include ergonomic work environments, computer accessibility features, assistive devices and technology, mental wellness supports, a place to take rest break. Pacing and rest breaks are a key features in managing fatigue so accommodations in length of work day / days of work, frequency/ length of breaks can be supportive. If clients are using energy maximization strategies in their daily lives, they may find it useful to apply similar strategies in the work place. It is also important to consider that managing an illness takes energy and should be built this into RTW plan. Medical appointments should ideally be consider part of the work day. During the client first few weeks returning to work, it can be supportive to reduce the home life work load by delegating, planning ahead and prioritizing.</p> <p>Progressive return to work planning</p> <p>People with Post COVID may require a more gradual RTW plan when compared to a musculoskeletal injury population. Progression should not be based on timelines but on ability to manage/ avoid PESE. If timelines are</p>	<p><b>FICHE 14 : RETOUR AU TRAVAIL</b> Il est préférable d'attendre que vous soyez en mesure de bien accomplir vos activités quotidiennes et que vous soyez suffisamment rétabli pour reprendre le travail. Bien qu'un retour au travail comporte plusieurs bénéfices (ex. : financiers, contacts sociaux, valorisation), celui-ci peut également entraîner une augmentation des symptômes s'il est effectué trop tôt ou à un rythme trop rapide. Un retour progressif au travail pourrait être aidant dans votre situation. Votre médecin traitant doit donner son accord pour le retour au travail. Votre participation active est également essentielle ! Toutefois, rappelez-vous que plusieurs autres personnes ont un rôle à jouer dans le retour au travail : les professionnels de la santé, l'employeur, le supérieur immédiat, les collègues et l'assureur. <b>Nous vous invitons à partager cette fiche avec toutes les personnes impliquées.</b></p> <p><b>Stratégies pour faciliter le retour au travail</b></p> <p><b>Planifier le retour au travail</b></p> <p>Discutez avec vos professionnels de la santé du retour au travail (physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc.). Ceux-ci pourront faire des recommandations au médecin pour un retour au travail adapté à vos besoins. Obtenez un avis médical. Discuter avec votre médecin des modalités du retour au travail. Ce dernier est en mesure de formuler des recommandations et d'approuver votre plan de retour. Il peut également émettre des restrictions, surtout pour les professions où les exigences physiques, mentales ou émotionnelles sont importantes (ex. : lever des charges lourdes, prise de décisions rapides et à haut risque, travail avec des clients en grande détresse). Si possible, prévoir un plan de retour au travail qui offre une certaine flexibilité et des ajustements, au besoin, puisqu'il se peut que d'une journée à l'autre vos capacités soient différentes.</p> <p><b>Retour au travail progressif</b> Proposez une rencontre avec votre supérieur immédiat pour planifier votre retour et revoir ensemble les tâches et la charge de travail. Prenez le temps de lui exprimer vos préoccupations et besoins pour le retour au travail. Vous n'avez pas l'obligation de divulguer votre problème de santé. Toutefois si vous le souhaitez, il peut être utile de parler de vos capacités et limites pour faciliter la mise en place d'accompmodements et ajuster la charge de travail et les attentes à votre retour. N'hésitez pas à faire des suggestions ! La plupart des personnes connaissent peu la COVID longue. Pour aider votre supérieur immédiat et vos collègues à comprendre cette condition, vous pourriez les référer au site Internet : <a href="http://santemonterege.qc.ca/ouest/covid-longue">santemonterege.qc.ca/ouest/covid-longue</a>.</p> <p><b>Préparer le retour au travail</b></p> <p>Reprenez une routine et des habitudes semblables à celles du travail quelques semaines avant le retour (ex. : heure de coucher et de lever, siestes, horaire des repas). Tentez d'anticiper les difficultés afin de prévoir des moyens pour vous ajuster (ex. : transport, garde des enfants, fatigue en fin de journée). Pensez à l'avance à ce que vous êtes à l'aise de partager ou non avec vos collègues : planifier certaines phrases à dire peut aider à diminuer les craintes liées au retour. Prévoyez moins d'activités dans votre vie personnelle pour les premières semaines : le retour au travail demande beaucoup d'énergie et d'adaptation de vos routines. Expliquez à votre entourage que le retour au travail peut être demandant et que vous pourriez avoir besoin de leur soutien pendant cette période.</p> <p><b>Effectuer le retour au travail</b></p> <p>Soyez indulgent envers vous-même et ajustez vos attentes. Un certain temps peut être nécessaire pour rétablir le contact avec vos collègues, vous mettre à jour dans les changements survenus pendant votre absence, reprendre le rythme du travail, etc.</p>	<p>Return to work referral to vocational rehabilitation counselor can be helpful in structuring the return activities and communicating with employers</p>

AHS, 2022	CISSSMO, 2021	Herrera et al., 2021
<p>required, it is can be helpful to build an option in the plan to re-adjust timelines if progressions are not manageable. Avoid progressing more than one variable at a time (example: hours of work, days of work, duties). Working from home can reduce the energy demands of commuting.</p> <p>When possible, work with employers/ insurance companies to find solutions together. It is important to keep the employers needs and the job demands in mind when developing a RTW plan. According to the Supreme Court of Canada, “an employer has a legal duty to take reasonable steps, in policies or conditions of work, to accommodate an employee’s individual needs,” this is call duty to accommodate. “However, this legal duty does not apply if the only way to resolve the problem will cause the employer undue hardship.” Alberta Human Rights Commission.</p>	<p>Continuez d’utiliser des stratégies d’autogestion des symptômes (ex. : gestion de l’énergie, techniques respiratoires, méditation, journal de bord). Faites un suivi régulier auprès de votre médecin et de vos professionnels de la santé. Planifiez des rencontres régulières avec votre supérieur immédiat pour faire le suivi du retour et des moyens mis en place. N’oubliez pas que la fatigue peut survenir quelques jours après l’effort réalisé. Évitez de trop en faire, même lors des bonnes journées. <i>Malgré un retour au travail progressif, il se peut que vos symptômes augmentent. Chacun progresse à un rythme différent et il est important de respecter vos limites. Souvenez-vous que ce n'est pas un échec de devoir réduire ou de cesser complètement le travail pour mieux y revenir.</i></p>	

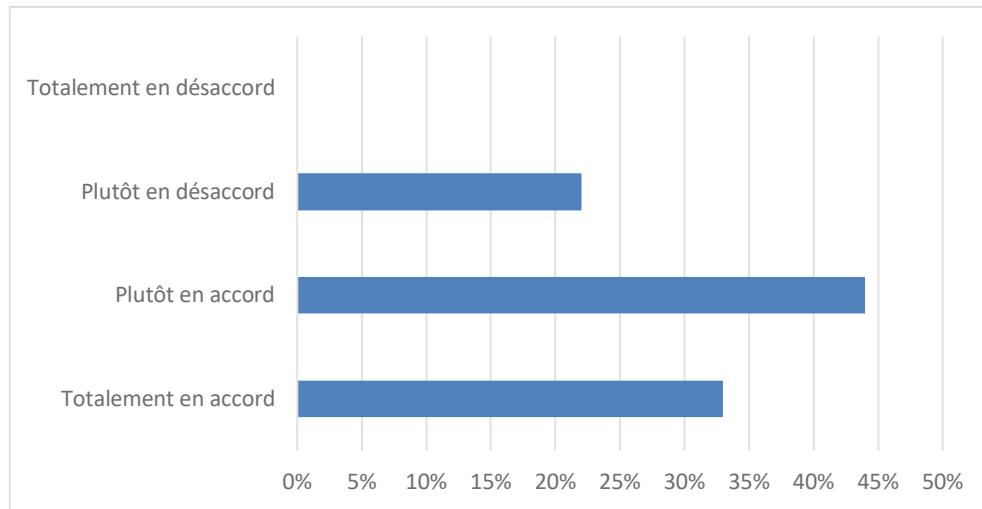
## ANNEXE D

### Sondage auprès des futurs utilisateurs

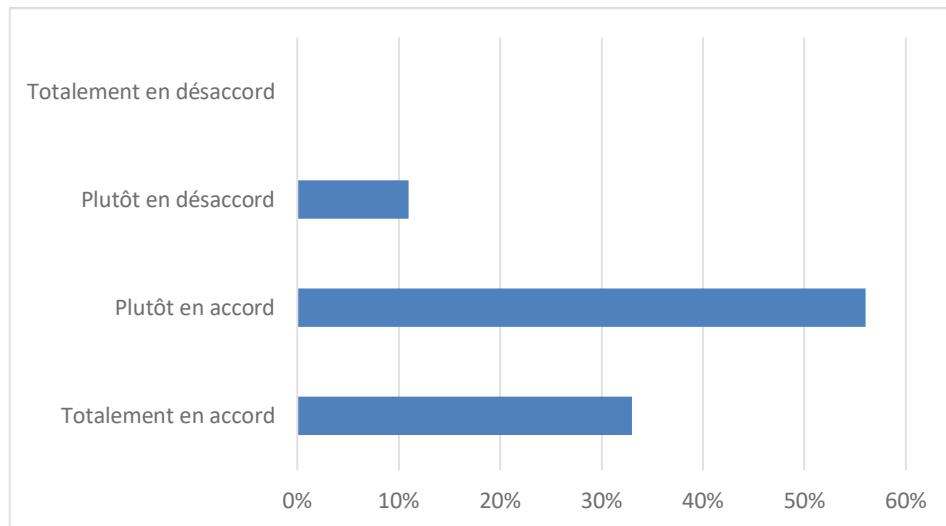
Tableau D-1 Résultat du sondage auprès des futurs utilisateurs



**Énoncé 3 : La fiche clinique contient les informations nécessaires pour aider le professionnel dans la marche à suivre en réadaptation des personnes ayant des affections post-COVID-19.**



**Énoncé 4 : L'utilisation de cette fiche clinique dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.**



**Tableau D-2 Commentaires des futurs utilisateurs et réponses de l'équipe de projet**

**Énoncé 1 : Le contenu de la fiche clinique est pertinent à ma pratique.**

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'équipe de projet
Je trouve qu'il s'agit seulement d'une introduction à la prise en charge de cette clientèle et qu'il manque de détails concrets sur ce qui doit être fait avec ces gens. Proposition : élaborer une formation par discipline.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation. La création d'une formation par discipline sort du cadre de ces travaux.
Ajout proposé : Identifier quels professionnels peuvent évaluer et intervenir sur les différentes catégories de manifestations cliniques	Plusieurs professionnels peuvent contribuer à l'évaluation des différentes manifestations cliniques, en fonction de leur champ d'exercice respectif.
Besoin d'information sur le PEM et la présentation clinique de cette nouvelle condition. Certaines interventions de réadaptation sont non adaptées et nuisibles. Essentiel de bien renseigner les professionnels.	Aucune action requise.
Ajout proposé : les manifestations cliniques associées aux affections post-COVID-19 peuvent aussi être présentes chez des personnes qui ont été exposés à d'autres infections virales.	Cela dépasse le cadre de la fiche, qui concerne les affections post-COVID-19 et non toutes les affections postvirales.
Beaucoup apprécié : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accent mis sur les aspects psychologiques et les interventions de soutien psychologique à privilégier;</li> <li>• l'approche multidisciplinaire qui est privilégiée dans le processus d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle.</li> </ul>	Aucune action requise.
Bonne pertinence clinique. Fiche permet de bien caractériser les manifestations cliniques possibles de la COVID longue, les moyens pour les évaluer et comment intervenir. Outil utile pour les intervenants susceptibles de rencontrer des patients qui présentent des symptômes de COVID longue.	Aucune action requise.
Information pertinente qui inclut des concepts généraux	Aucune action requise.
Trouble de la voix et dysphagie non abordés dans le document	La difficulté à déglutir et les changements de la voix sont présents dans le tableau de manifestations cliniques. La difficulté à déglutir est abordée dans les éléments à évaluer.
Beaucoup d'information très pertinente. Des précautions devraient être prises afin d'éviter une réexposition au SRAS-CoV-2 via les pairs (plusieurs renseignements transmis en lien avec la nutrition). Suggère de préciser interventions ou investigations en cas de troubles digestifs.	La prévention de la réinfection dépasse le cadre de ces travaux. Ajout : évaluation des symptômes gastro-intestinaux dans les éléments à évaluer dans la section sur l'évaluation.
p. 3, dernier point de la page « nécessitent de l'accompagnement dans l'autogestion. » Suggestion de spécifier « soutien psychologique ».	L'ajout a été effectué.
Excellent de parler de téléréadaptation. Je mentionnerais que ce type d'intervention peut être fait en vidéoconférence, mais également par téléphone dans certains cas afin de faciliter l'accès à certains services. Dans la même section, la communication d'information sur papier (aide-mémoire / résumé de rencontre) peut aider certains clients.	Les ajouts ont été effectués.
p. 5 « tenir compte des facteurs ou conditions préexistants... » : suggère d'ajouter des exemples.	Les ajouts ont été effectués.
p. 6, dernier point « offrir des interventions de groupe ». Je mentionnerais que ces interventions de groupe sont intéressantes lorsque c'est possible pour la personne d'y	

<b>Commentaires des futurs utilisateurs</b>	<b>Réponses de l'équipe de projet</b>
participer puisque, dans certains cas, les interactions sociales en elles-mêmes sont couteuses en énergie	
p. 8, dans le tableau « Équilibrage des périodes d'activité et de repos », section Éléments facilitateurs => préciser le fait de déléguer ou de demander de l'aide pour diminuer le sentiment de fardeau	Cet élément est traité dans les principes généraux.
La fiche représente une synthèse des différentes manifestations cliniques de la COVID-longue et permet de saisir l'aspect variable et hétérogène de la maladie et de favoriser le travail interdisciplinaire.	Aucune action requise.
Il est SOUVENT difficile pour les patients de monitorer leurs symptômes.	L'ajout a été effectué.
p. 8 : attendre une stabilisation de l'état de santé médical de quelques semaines (svp, préciser le « quelques »)	Le nombre de semaines est variable en fonction de différents facteurs, tels que l'état de santé des personnes. La précision n'a pas été apportée.

## Énoncé 2 : Les informations présentées dans la fiche clinique sont claires et faciles à comprendre.

<b>Commentaires des futurs utilisateurs</b>	<b>Réponses de l'équipe de projet</b>
Certaines phrases difficiles à comprendre rapidement. Proposition de simplifier les phrases pour faciliter la compréhension d'une personne qui ne connaît pas la condition.	Des changements ont été apportés au texte des puces pour le clarifier.
Plusieurs phrases à connotations négatives : p. 2 ne sont pas mutuellement exclusifs --> Les trois types de fatigue peuvent coexister.	Le changement a été apporté.
Document visuellement chargé	Certains renseignements ont été retirés pour simplifier le propos.
Confusion dans manifestations cliniques du malaise post-effort (PEM). Ordre des puces à revoir.	Des changements ont été apportés au texte pour le clarifier. Certains renseignements suggérés ont été placés dans le tableau des caractéristiques des malaises post-effort.
Tableau sur les caractéristiques des malaises post-effort clair et aidant.	Aucune action requise.
Document bien structuré, et apprécié l'équilibre entre l'information transmise et les synthèses résumées dans les tableaux.	Aucune action requise.
Page 2 : Sens de cette phrase difficile à comprendre : « une fois le seuil atteint, la fatigue intense et les autres manifestations des malaises post-effort surviennent après un certain délai et durent un certain temps. »	La définition des malaises post-effort est présentée au début de la section. De plus, le délai et le temps sont définis dans le tableau des caractéristiques des malaises post-effort. L'information n'a pas été doublée.
Page 3, section « Types d'activité qui peuvent... ». Dans la partie « émotionnel », les exemples cités sont plus difficiles à comprendre.	Le texte a été clarifié.
Fiche bien vulgarisée et bien divisée pour rendre la lecture facile et trouver l'information rapidement.	Aucune action requise.
Le vocabulaire employé et les explications sont clairs. Contenu dense. Suggestion de mieux séparer les différentes sections (manifestations cliniques, principes généraux en réadaptation, évaluation et interventions). Pourrait aussi être utile de mettre une « table des matières » au début avec des hyperliens pour se diriger rapidement vers la section d'intérêt.	La mise en page a été révisée et une liste des sections a été ajoutée.
Facile à lire et à comprendre.	Aucune action requise.
Présentation par points facilite la consultation.	Aucune action requise.
Très claire, bonne structure.	Aucune action requise.
Organisation de l'information claire et concise.	Aucune action requise.

**Énoncé 3 : La fiche clinique contient les informations nécessaires pour aider le professionnel dans la marche à suivre en réadaptation des personnes ayant des affections post-COVID-19.**

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'équipe de projet
Dans le tableau des manifestations cliniques, manque certains symptômes très fréquents (douleur poitrine, tachycardie, vomissements, RGO, constipation, paresthésies, troubles mémoire/concentration, prise de décision, etc.). Suggestion d'ajouter une phrase qui nomme le nombre de symptômes répertoriés à ce jour et les statistiques à présent sur le pourcentage de gens atteints de COVID longue.	Plusieurs symptômes mentionnés sont présentés dans le tableau. D'autres sont décelables seulement après un examen ou des analyses de laboratoire. Le tableau traite des manifestations décelables avant l'appréciation de la condition de santé. De plus, il ne se veut pas exhaustif. Aucune modification n'a été apportée. La prévalence des affections post-COVID-19 varie d'une étude à l'autre et d'un pays à l'autre en fonction de la définition de l'état de santé employée, de la sévérité de l'infection initiale, des caractéristiques sociodémographiques des personnes incluses et de la durée du suivi. Par ailleurs, le nombre de symptômes associés aux affections post-COVID-19 évolue aussi en fonction des études.
Ajouter l'abréviation du malaise post-effort (PEM)	L'ajout a été effectué.
Page 3 : Tableau des manifestations cliniques qui peuvent apparaître ou être exacerbées lors d'un PEM : ajouter une phrase qui dit que tous symptômes de la personne peuvent être exacerbés ou que de nouveaux symptômes de la COVID longue peuvent apparaître, dont ceux listés dans le tableau (car ce ne sont pas les seuls).	Il est inscrit dans le tableau que la liste des manifestations n'est pas exhaustive. Aucun changement n'a été apporté.
Page 4 : attentes réalistes et souvent plus basses que ce que l'on croit	Cet élément est couvert par la formulation. L'importance d'une réévaluation en continu est également précisée dans une puce suivante.
Mention d'éviter les cycles activités-crash, mais il serait important d'expliquer pourquoi il est important de les éviter.	L'explication a été ajoutée dans la section sur les manifestations cliniques/malaises post-effort.
Le questionnaire DePaul est très utile pour identifier les malaises post-effort, voir s'il y a une amélioration avec le temps et voir la stabilité de l'état de la personne avant d'introduire une nouvelle activité.	Ce questionnaire n'a pas été validé dans le contexte des affections post-COVID-19 et ne peut donc pas être rapporté dans la fiche.
Évaluation de la fatigue : questionner sur ce qui augmente la fatigue.	Ce point est inclus dans la puce sur les traitements et les activités qui soulagent ou exacerbent les manifestations. Aucun changement n'a été apporté.
Page 6 : Interventions de réadaptation --> Éviter le déconditionnement : suggestion d'ajouter l'importance de ralentir tout d'abord pour éviter de jouer au yoyo avec les malaises post-effort. On conseille très fortement le <i>STOP REST PACE</i> , et donc pas d'activation pour éviter un déconditionnement.	La section a été reformulée et inclut désormais ces aspects.
Partie intervention : ajouter que le but premier est d'informer la personne sur ce qu'est la COVID longue, ses manifestations cliniques, ce qu'est un PEM et comment éviter d'avoir un PEM.	Cet élément est présent dans la section sur l'intervention et dans la puce sur les stratégies de gestion de l'énergie.
Suggestion d'ajouter « Remplir un journal de bord quotidien avec les activités faites dans la journée et le niveau d'effort associé à la tâche ».	Cela a été ajouté dans la puce sur les moyens de soutenir la personne dans l'application des principes de conservation.
Suggestion d'expliquer ce qu'est la théorie des cuillères.	Les principes de la théorie des cuillères sont accessibles sur le Web. Par souci de concision, l'information n'est pas ajoutée. Cette suggestion sera envisagée lors de la mise à jour de la fiche.
Page 8 : dans les éléments facilitants : prévoir une période de repos avant <u>et après</u> une activité énergivore.	Le changement a été apporté.

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'équipe de projet
Progression pour les positions en cas d'orthostatisme : couché, 1/2 couché, assis puis debout.	La modification a été effectuée.
Se servir de la fréquence cardiaque comme point de repère : à faire attention avec les gens atteints du POTS. Suggestion d'utiliser l'échelle de Borg/de symptômes.	Cet élément dépasse la portée du document. Les seuils sont abordés dans la gestion des malaises post-effort.
Couvre généralement bien tous les domaines.	Aucune action requise.
P. 1 Manifestations cliniques : l'intolérance orthostatique est me semble-t-il moins utilisée que les POTS. Plutôt que de parler des sensations d'inconfort en position assise ou debout, on pourrait parler de l'inconfort associé aux changements de position ou de posture prolongées.	Compte tenu que le POTS est une condition complexe, le diagnostic devrait être fait par un médecin spécialiste. Cet élément dépasse la portée du document.
Suggestions d'ajouter tremblements dans les manifestations cliniques.	Les tremblements sont inclus dans les perturbations motrices des manifestations neurologiques du tableau des manifestations.
Pour difficultés cognitives : suggestion de spécifier (p. ex. mémoire, organisation, attention, concentration)?	Difficultés cognitives – les exemples suivants sont dans le tableau : des pertes de mémoire, un manque de clarté de la pensée et de la difficulté à se concentrer.
P. 2 Fatigue. Plutôt que de parler de fatigue associée aux malaises post-effort, on pourrait parler d'épuisement.	L'épuisement est abordé dans la fatigue classique. La fatigue associée aux malaises post-effort est plus intense qu'un épuisement. Aucun changement n'a été apporté.
Difficulté de compréhension : les trois types de fatigue ne sont pas mutuellement exclusifs.	La phrase a été clarifiée.
Suggestion d'ajouter, pour l'évaluation des PEM : Rechercher et caractériser : <ul style="list-style-type: none"><li>• Activités que la personne est en mesure de réaliser sans PEM = niveau de base</li><li>• Adaptation ou stratégies employées pour faire ses activités sans PEM.</li><li>• Traitement ou activités qui soulagent les manifestations (comme pour les manifestations neuro).</li></ul>	Ces éléments sont présentés dans le tableau des caractéristiques des malaises post-effort.
Interventions en réadaptation : suggestion de : Déterminer les objectifs de réadaptation.... <ol style="list-style-type: none"><li>1. Viser en premier lieu la sécurité et la stabilité en limitant les situations de surcharge (stratégies compensatoires et adaptations).</li><li>2. Limiter le déconditionnement par des activités douces et adaptées aux capacités (sans provocation de malaise post-effort)</li><li>3. Viser la récupération douce et progressive des fonctions et de la reprise des occupations</li><li>4. Assurer le maintien des acquis (sans rechute)</li></ol>	La formulation a été ajustée.
Ajouter que les rechutes sont fréquentes et normales. Les rechutes n'indiquent pas la fin des améliorations possibles, mais on doit en tenir compte dans les objectifs et les approches de réadaptation.	Cet élément est traité dans la puce au sujet de la démarche de récupération (section principes généraux).
P. 7 stratégies de conservation /Adapter <ul style="list-style-type: none"><li>• Modifier les activités et les environnements pour rendre plus facile la participation.</li></ul>	L'adaptation de l'environnement est une pratique usuelle connue des professionnels de la réadaptation. Cet élément se trouve également dans les principes généraux.
P. 8 Éléments facilitants <ul style="list-style-type: none"><li>• Prévoir une période de repos avant et après une activité énergivore.</li><li>• Prévoir des périodes de pauses et de repos chaque jour.</li></ul> P. 9 Manifestations neurocognitives <ul style="list-style-type: none"><li>• proposer un entraînement ciblé pour les symptômes, dont la remédiation cognitive, au besoin et si bien toléré.</li></ul>	Les changements ont été apportés.

<b>Commentaires des futurs utilisateurs</b>	<b>Réponses de l'équipe de projet</b>
État nutritionnel, ajouter : • Enseignement sur les stratégies nutritionnelles pour aider la gestion des symptômes d'intolérance orthostatique (puisque'on en parle plus loin).	Ce sujet est déjà abordé dans la section pour les manifestations cardiorespiratoires.
Beaucoup apprécié les principes généraux d'intervention de réadaptation.	Aucune action requise.
Des outils de dépistage (p. ex. pour la fatigue, l'anxiété, la dépression) pourraient être recommandés ou développés, et si possible validés pour la COVID longue.	Aucun outil n'est complètement validé à l'heure actuelle. L'INESSS ne peut donc pas en recommander actuellement.
Seraut pertinent de mettre des exemples concrets d'activité physique ou de progression des exercices pouvant être utilisés pour la sphère cardiovasculaire.	Ces éléments vont au-delà de la portée de ces travaux.
L'information est complète, pas de contenu superflu.	Aucune action requise.
Pourrait être intéressant d'ajouter des exemples plus spécifiques (comme 50 à 60 % de la fréquence maximale)	L'ajout a été effectué.
Document un peu trop large en matière de nutrition.	La fiche représente un survol pour l'ensemble des professions liées à la réadaptation.

#### Énoncé 4 : L'utilisation de cette fiche clinique dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

<b>Commentaires des futurs utilisateurs</b>	<b>Réponses de l'équipe de projet</b>
Document surchargé qui peut décourager sa lecture.	Certains renseignements ont été retirés afin de simplifier le propos.
Contenu superficiel qui, j'ai l'impression, n'aidera pas concrètement une personne à savoir quoi faire avec cette clientèle.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation. La création d'une formation par discipline sort du cadre de la fiche.
L'information est suffisamment synthétisée pour être utilisable et compréhensible. Important de la diffuser largement aux partenaires de la réadaptation (médecins, agents payeurs, gouvernement).	Aucune action requise. Les parties prenantes mentionnées font partie de la liste d'envoi des documents produits.
Pas de difficultés particulières quant à l'utilisation du contenu de la fiche.	Aucune action requise.
Pas de barrière particulière quant à l'utilisation de cette fiche clinique.	Aucune action requise.
La difficulté à trouver les ressources et les délais d'attente dans le réseau peuvent limiter la prise en charge interdisciplinaire et le portrait clinique global et plus précis.	Aucune action requise.
Cette fiche est un guide, mais l'application concrète soulèvera à mon avis certains problèmes : - Le pronostic demeure très peu documenté alors qu'il s'agit d'un élément important en réadaptation. - Plusieurs composantes sont interreliées (fatigue, atteintes cognitives, dépression). Il serait donc pertinent de préciser l'importance d'un travail interdisciplinaire. - Les délais de prise en charge. Quels sont le niveau de priorité souhaité et la pertinence d'une prise en charge tardive en contexte de listes d'attente importantes en réadaptation?	Aucune action requise. La collaboration interprofessionnelle a été mise de l'avant.
Les cliniciens en nutrition auront beaucoup de questions sans réponse. Les professionnels de la santé ont beaucoup à offrir pour aider la population considérant les habitudes de vie et la nutrition souvent sous-optimale avant même une première infection COVID.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation. La création d'une formation par discipline sort du cadre de ces travaux.
Je crois que les professionnels devraient être formés convenablement avant de prendre en charge cette clientèle étant donné ses multiples particularités.	Ces éléments vont au-delà de la portée de ces travaux.
Le système de santé est déjà en manque de professionnels (TS, psychologue, ergothérapeute et autres) et ne pourra offrir rapidement les interventions en réadaptation recommandées.	Aucune action requise.

## ANNEXE E

### Évaluation des travaux par les lectrices externes

Tableau E-1 Grille d'évaluation à l'intention des lectrices externes

Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision des documents en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires.

#### 1. CONTENU GÉNÉRAL

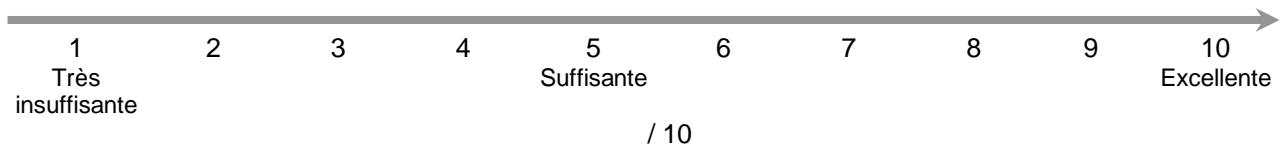
- 1.1. Le contenu de la fiche sur les interventions de réadaptation est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire? *Consultez les sections correspondantes du rapport au besoin, pour plus d'information sur l'argumentaire ayant mené aux informations et recommandations.*
- 1.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées?
- 1.3. Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?
- 1.4. La méthodologie est-elle robuste?
- 1.5. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents dans le rapport?
- 1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?
- 1.7. Les résultats sont-ils clairement présentés?
- 1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?
- 1.9. Les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?
- 1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité?

#### 2. CONTENU SPÉCIFIQUE

Vous êtes invitée à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.

#### 3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE

De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifiez-vous la qualité scientifique des travaux?



#### 4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances après la publication du rapport.

- 4.1. Quels groupes **spécifiques**, parmi les cliniciens, professionnels de la santé et des services sociaux, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce rapport?
- 4.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange **spécifiques** vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?

**Tableau E-2 Commentaires des lectrices externes et réponses de l'équipe de projet**

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<b>Qualité scientifique du rapport : lectrice externe 1 = 8/10; lectrice externe 2 = 8/10; lectrice externe 3 = 8/10</b>	
1. Contenu général	
1.1. Le contenu de la fiche sur les interventions de réadaptation est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire? Consultez les sections correspondantes du rapport au besoin, pour plus d'information sur l'argumentaire ayant mené aux informations et recommandations.	
Oui, tout à fait exhaustif	Aucune action requise.
p. 3 : suggère d'écrire au lieu de : « le cumul d'activités entraîne une augmentation de l'énergie dépensée », « le cumul d'activités entraîne une diminution de l'énergie disponible. »	Cette suggestion sera envisagée lors de la mise à jour de la fiche.
Une page récapitulative des points saillants pourrait être disponible comme aide-mémoire, car dix pages est quand même long à consulter.	Les services de graphisme ont amélioré la présentation de l'information et des tableaux.
Le contenu de la fiche est accessible, mais la fiche est chargée visuellement et comporte beaucoup d'information : il pourrait être difficile pour les lecteurs de s'y retrouver. Une liste des contenus/rubriques pourrait-elle être intégrée à la première page?	Les services de graphisme ont amélioré la présentation de l'information et des tableaux. Une liste des sections a été ajoutée.
Je conseillerais peut-être aussi de faire un algorithme décisionnel avec des exemples de paramètres.	Cette proposition va au-delà de la portée de ces travaux.
Même sans contenu disciplinaire, l'information est pertinente pour tous les professionnels de la réadaptation.	Aucune action requise.
Le contenu de la fiche est en général pertinent et très clair.	Aucune action requise.
J'ai toutefois parfois l'impression qu'elle s'adresse aux professionnels de la réadaptation alors que parfois elle semble avoir été rédigée pour l'usager. Peut-être que cela pourrait être uniformisé en fonction du destinataire ciblé.	Une fiche destinée aux usagers est en cours de développement.
Je suggérerais d'harmoniser le vocabulaire employé en utilisant un modèle comme le MDH-PPH ou la CIF. Certains concepts, tels que « autonomie » ou « rétablissement » sont plus ou moins bien utilisés dans le document.	Le terme « autonomie » a été remplacé par « participation » dans la fiche.
Il y a certaines sections de la fiche qui présentent des principes de réadaptation trop généraux qui pourraient être mieux formulés pour mieux cibler les besoins de la clientèle ayant une affection post-COVID 19.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation et doit rester succincte.
Je crois que, dans le contexte de cette fiche, j'éviterais de parler d'accompagner la personne dans l'élaboration de son projet de vie. Je crois qu'il serait plus pertinent de souligner que, si les symptômes persistent à plus long terme, la personne devrait être orientée vers des programmes et des ressources de gestion des maladies chroniques qui pourront la soutenir dans le maintien et l'amélioration de sa participation dans ses rôles sociaux ainsi que dans la réalisation de son projet de vie.	La nouveauté de ces affections ne permet pas dans l'état actuel des connaissances de préciser l'évolution clinique à long terme de celles-ci. Les consultations menées soulèvent l'importance de soutenir les personnes qui ont une affection post-COVID-19 dans leur situation actuelle et future.
Il serait important de clairement définir quels sont les risques ou les manifestations cardiaques et respiratoires qui peuvent mettre la sécurité de la personne en danger.	Ces éléments vont au-delà de la portée de ces travaux.
Bien expliquer le cycle vicieux associé aux malaises post-effort et l'importance d'éviter d'augmenter les symptômes de la personne, puisqu'ils peuvent perdurer.	Ces éléments ont été précisés dans le rapport.
Il serait pertinent de faire des parallèles en lien avec les approches de traitement offertes aux personnes qui ont un syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, en mentionnant l'importance de tenir compte des manifestations cognitives aussi.	Ces éléments vont au-delà de la portée de ces travaux.

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNAES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Plutôt que de dire « placer la sécurité de la personne au centre », il serait peut-être plus clair pour le professionnel de la réadaptation de dire « s'assurer de respecter les seuils d'effort physique, cognitif et émotif, rapportés par la personne lors du processus d'évaluation et d'intervention afin d'éviter les malaises post-effort ».	Aucune action requise. La sécurité abordée dans la section sur les interventions de réadaptation est plus large que les malaises post-effort.
Section « Interventions en réadaptation » : les objectifs sont formulés en termes de conséquences négatives.	Aucune action requise.
Section sur le conservation/maximisation/régularisation de l'énergie : suggère d'uniformiser le format des puces : prioriser les activités, adapter les activités, planifier les activités, modifier la façon de réaliser les activités, utiliser des aides techniques, utiliser de l'aide pour la réalisation des activités, réaliser des activités énergisantes	Les services de graphisme ont amélioré la présentation de l'information et des tableaux dans la fiche.
Les concepts de marge de manœuvre et d'enveloppe énergétique sont probablement très similaires. Adopter un des deux concepts et le définir ou, sinon, expliquer la différence entre les deux concepts.	Cette suggestion sera reconsidérée lors de la mise à jour de la fiche.
Section sur les périodes d'activité et de repos : il serait important de clarifier comment « trouver les seuils qui enclenchent les malaises post-effort ». Comme l'accent est mis sur la sécurité tout au long du document, est-ce que l'on veut dire ici : Identifier par entrevue avec la personne les seuils qui enclenchent les malaises post-effort ? Car on ne veut pas déclencher ses malaises lors du processus d'évaluation.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation.
Section sur le retour au travail : je crois qu'il serait bien de souligner que le processus de retour au travail devrait être guidé par un professionnel de la réadaptation qui a les compétences pour évaluer les exigences physiques, cognitives, sociales et productives associées au travail et qui est compétent pour planifier, graduer et guider le processus de retour progressif au travail ainsi que d'adapter au besoin l'environnement de travail aux besoins de la personne.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation. La formation sort du cadre de la fiche.
1.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées?	
Oui	Aucune action requise.
Dans les tableaux, je trouve que les encadrés ne sont pas clairs; peut-être mettre des lignes foncées. Par exemple, pour l'intolérance orthostatique (p. 3), ça fait référence à l'encadré et je cherchais l'encadré. Peut-être le mettre en grisé plutôt que de mettre un triangle avec un point d'exclamation dedans?	Les services de graphisme ont amélioré la présentation de l'information et des tableaux.
L'ensemble du rapport est bien rédigé, bien structuré et facile à lire.	Aucune action requise.
Le rapport est très clair.	Aucune action requise.
Le rapport semble mettre plus d'accent sur le développement des capacités d'autogestion des manifestations que la fiche. En ce sens, je crois que cet élément devrait être bonifié dans la fiche.	Cette suggestion sera reconsidérée lors de la mise à jour de la fiche.
En termes de soutien psychologique, il serait possible de s'inspirer des preuves disponibles dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques pour guider un peu plus le processus. Il serait bon probablement de recommander des interventions brèves pour aider à la gestion de l'anxiété et de la détresse post-COVID versus des interventions qui pourraient aider la personne à plus long terme à s'adapter à sa condition lorsque nécessaire. Ces éléments sont un peu flous dans le rapport et dans la fiche.	Les recommandations portent sur les données en lien avec les affections post-COVID-19.
1.3. Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?	
p.7 : je ne connais pas la théorie des cuillères. Peut-être mettre quelques mots de plus?	Les principes de la théorie des cuillères sont accessibles sur le Web. Par souci de concision, l'information n'est pas ajoutée. Cette suggestion sera considérée lors de la mise à jour de la fiche.
Le résumé est rédigé de manière accessible et claire.	Aucune action requise.
Introduction : il serait intéressant de préciser la pertinence des services de réadaptation pour les personnes atteintes de symptômes post-COVID-19.	Cet élément dépasse la portée de la fiche élaborée.

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Introduction : on mentionne que 4 fiches ont été créées pour les professionnels de première ligne. La formulation laisse entendre qu'il s'agit de fiches disciplinaires. Je suggère de clarifier en précisant : 1) fatigue et malaises post-effort, 2) manifestations neurologiques, 3) manifestations cardiorespiratoires et 4) altérations de l'odorat et du goût.	L'ajout a été effectué.
Résumé de la méthodologie : certains termes contribuent à une impression de rigueur moindre : p. ex. « une revue rapide de documents » (ce n'est pas un terme usuel en recherche), « l'appréciation de l'information » (vs analyse ou synthèse critique).	Des modifications ont été apportées pour clarifier la méthodologie employée.
Résumé des résultats : je suggère d'inclure brièvement la nature des documents consultés (p. ex. articles de revues scientifiques, documents produits par des organisations de santé, etc.)	La précision a été ajoutée.
Oui. Par contre, je crois que l'on doit mettre plus l'accent sur les principes et modalités d'intervention recommandés que de donner des trucs comme si on s'adressait aux usagers.	Aucune action requise. La fiche se veut un survol de l'information pour l'ensemble des professionnels de la réadaptation.
Une version usager serait aussi très pertinente.	Une fiche destinée aux usagers est en cours de développement.
1.4. La méthodologie est-elle robuste?	
L'ordre et la progression du rapport sont logiques et se suivent bien, la revue de littérature est exhaustive et robuste.	Aucune action requise.
De manière générale, la méthodologie bien décrite. Certains aspects méritent d'être bonifiés pour augmenter la rigueur du travail.	Aucune action requise.
Pour plus de rigueur, la méthode de recension (type de revue des écrits) devrait s'appuyer sur un modèle/auteurs reconnus et explicités dans le texte.	Des modifications ont été apportées pour clarifier la méthodologie employée.
La stratégie de recherche, y compris les critères et le processus de sélection des documents, est complète et bien décrite.	Aucune action requise.
Section 1.2.4 : une brève synthèse de la qualité méthodologique des documents retenus renforcerait la rigueur de la méthode. Les tableaux de l'annexe B ne permettent pas à un lecteur non spécialiste de comprendre la qualité méthodologique des documents sélectionnés. De même, il n'est pas indiqué en quoi cette analyse a été pertinente pour le travail de synthèse des écrits. Comment la qualité méthodologique des écrits a-t-elle été employée? Il faudrait clarifier cela.	L'ajout d'un résumé des éléments clés de l'évaluation de la qualité méthodologique dans la section des résultats a été fait.
Section 1.2.6 : il serait pertinent d'expliquer la synthèse narrative analytique comparative et d'indiquer sur quel auteur ou quels auteurs s'appuie la démarche. De plus, il est indiqué que « L'information extraite des documents retenus a été regroupée dans un tableau pour pouvoir la comparer et reconnaître les similarités et les différences. ». S'agit-il du tableau présenté à l'annexe C?	Des clarifications ont été apportées dans les différentes sections concernées.
Section 1.3 : « appréciation de l'information issue de la littérature ». Ne s'agit-il pas davantage d'une analyse ou d'une synthèse critique?	Une clarification a été apportée dans la section 1.3.
Oui, la méthodologie paraît robuste. Il y a encore peu de preuves et cela devrait transparaître dans le document. Ce qui paraît peu est que toutes ces recommandations se basent sur ce que nous connaissons sur la gestion de la fatigue, du syndrome de fatigue chronique et des processus d'autogestion des maladies chroniques en faisant le parallèle entre ces conditions et les affections post-COVID.	Les recommandations sont basées sur l'analyse et la synthèse des données retenues en lien avec les affections post-COVID-19 ainsi que sur l'analyse et l'intégration de la perspective d'experts québécois et d'usagers atteints des affections post-COVID.
Il importe de rappeler l'importance des limites de ces connaissances actuelles et de suggérer aux intervenants le maintien de leurs connaissances à jour.	Les limites des connaissances actuelles et la nécessité de la formation sont rappelées dans la discussion.

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Une veille dans le domaine de la réadaptation post-COVID serait très intéressante si elle était accessible aux professionnels.	Une veille scientifique en continu portant sur la réadaptation est en cours pour repérer d'éventuels nouveaux documents pertinents et déterminer si une mise à jour de l'outil est pertinente.
1.5. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents dans le rapport?	
J'aime bien les encadrés et les avertissements de la progression des efforts et de l'attente des symptômes pour ne pas épuiser l'énergie disponible.	Aucune action requise.
Les rubriques de la fiche d'information sont présentées dans le rapport.	Aucune action requise.
Oui, et nous avons accès aux résultats concernant la consultation des comités	Aucune action requise.
1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?	
Oui, quelques répétitions entre symptômes de la COVID et post-effort, mais nécessaires.	Aucune action requise.
L'analyse des données permet de bien comprendre l'argumentaire qui a mené aux recommandations.	Aucune action requise.
La complémentarité des sources d'information (écrits scientifiques et avis d'experts) est bien illustrée.	
Oui. Ce sont les sources de données qui demeurent limitées en fonction du sujet, et ces sources présentent aussi des recommandations très générales pour la pratique. J'ai trouvé très intéressant de sensibiliser les professionnels aux malaises post-effort qui semblent l'élément central à prendre en considération à la fois pour le processus d'évaluation et d'intervention en réadaptation.	Aucune action requise.
1.7. Les résultats sont-ils clairement présentés?	
Les recommandations sont bien présentées.	Aucune action requise.
Les résultats sont présentés de façon claire et bien structurée.	Aucune action requise.
Oui, j'ai beaucoup apprécié les tableaux-synthèses qui décrivent les différentes manifestations. Il est aussi intéressant de décrire le processus d'intervention.	Aucune action requise.
Il ne faut pas laisser l'impression que tous les professionnels de la réadaptation peuvent offrir les interventions décrites dans ce document. Il serait bon d'avoir des sections qui décrivent les principes généraux de la prise en charge de la clientèle versus des interventions qui pourraient être offertes par des professionnels habilités à évaluer les capacités fonctionnelles ainsi qu'à graduer la récupération des aptitudes et des exigences des activités.	La fiche se veut un survol de l'information utile aux intervenants en réadaptation. Elle est susceptible d'être utile à l'ensemble des intervenants qui offrent des services de réadaptation et peut aussi être une source d'information pour d'autres intervenants engagés dans la prise en charge de ces personnes. Elle est fournie à titre indicatif : son application ne remplace pas l'utilisation du jugement clinique et s'inscrit dans les champs d'exercice professionnel encadrés législativement au Québec.
Il pourrait être intéressant d'orienter rapidement le professionnel vers les ressources qui pourraient l'aider, par exemple pour intervenir en cas d'intolérance orthostatique.	Les symptômes de l'intolérance orthostatique sont décrits plus en détail dans la fiche complémentaire portant sur les manifestations cardiorespiratoires.
1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?	
Oui	Aucune action requise.
Les conclusions sont claires et bien appuyées par l'analyse des écrits et des avis d'experts.	Aucune action requise.
Oui	Aucune action requise.
1.9. Les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?	
Le retour au travail progressif risque de poser des enjeux soit à l'employeur ou à l'employé. Je crois qu'à ce niveau un suivi d'une tierce personne serait bénéfique, mais pas nécessairement possible.	Aucune action requise dans la fiche et le rapport.

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Les recommandations sont globalement cohérentes avec le contexte québécois. Toutefois, l'accompagnement psychologique et psychosocial requis pourrait dépasser le champ de compétences de certains professionnels de la réadaptation, et cela n'est pas soulevé dans la fiche. De plus, le manque de ressources et les délais de prise en charge dans le réseau sont des défis à prendre en considération.	Aucune action requise. Ces enjeux sont brièvement présentés dans le rapport.
Comme mentionné dans certains commentaires inclus dans le rapport, il n'est pas clair de déterminer où et comment les personnes qui ont des affections post-COVID pourront accéder à ces services. Il serait important de distinguer des services qui répondent au besoin de récupérer progressivement des aptitudes plus ou moins peu de temps après la COVID versus des services qui pourront être offerts à cette clientèle et qui sont similaires à ceux de la gestion des maladies chroniques.	Aucune action requise. Ces enjeux sont brièvement présentés dans la discussion.
1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité?	
J'utilise principalement cette référence : <a href="https://longcovid.physio/">https://longcovid.physio/</a> : <a href="https://world.physio/sites/default/files/2021-07/WPTD2021-InfoSheet3-Fatigue-and-PESE-French-A3-v1.pdf">https://world.physio/sites/default/files/2021-07/WPTD2021-InfoSheet3-Fatigue-and-PESE-French-A3-v1.pdf</a> et <a href="https://world.physio/sites/default/files/2021-08/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202108.pdf">https://world.physio/sites/default/files/2021-08/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-French-202108.pdf</a>	Seuls les guides de pratique clinique peuvent être inclus dans les travaux. Les autres documents et les sites Web ne font pas partie des documents retenus.
Oui. Toutefois, certains éléments de la méthodologie permettront de renforcer la rigueur (voir commentaires méthodologie).	Ce commentaire a été considéré dans la section sur la méthodologie.
Oui	Aucune action requise.
2. Contenu spécifique <i>Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</i>	
Section sur la réadaptation : vous écrivez moniteur cardiaque avec une montre intelligente, mais aussi ajouter l' <i>automonitoring</i> des symptômes comme la dyspnée par la connaissance de l'échelle de Borg avec symptômes respiratoires (par exemple de faire l'effort entre 3 et 4/10 sur l'échelle de Borg, ce qui correspond à faire un effort tout en étant capable de chanter).	Bien que plusieurs outils d'évaluation pouvant être utiles pour les intervenants en réadaptation sont suggérés dans les documents consultés, leur validation pour les affections post-COVID-19 n'est pas encore complétée. Les membres du comité consultatif sont en accord avec le fait qu'il est nécessaire que ces outils soient validés avant de pouvoir être recommandés par l'INESSS.
p.4 : Accompagner la personne dans l'élaboration de son projet de vie et de ses rôles sociaux significatifs (p. ex. travailleur, bénévole, parent). Suggestion d'ajouter grands-parents.	L'ajout a été fait.
p.5 : L'intolérance orthostatique consiste en une constellation de symptômes qui surviennent lors du passage de la position couchée ou assise à la position debout. Ceux-ci peuvent se produire avec ou sans tachycardie orthostatique, hypotension orthostatique ou syncope. J'ajouterais que cela peut se traduire par une perte de conscience, d'équilibre et de risque de chute.	Les symptômes de l'intolérance orthostatique sont décrits plus en détail dans la fiche complémentaire portant sur les manifestations cardiorespiratoires.
Certains principes propres à la réadaptation (p. ex. réactiver, augmenter la force et l'endurance) peuvent être nuisibles à la personne qui présente des malaises post-effort. On retrouve cette phrase à deux endroits distincts, je ne vois pas pourquoi, à moins que vous ne vouliez être certains que le professionnel a bien compris!	En effet, quelques éléments clés ont été répétés dans des sections différentes.
Emplettes et épicerie : Faire livrer, prioriser les périodes moins achalandées. J'ajouterais d'utiliser un panier à roulettes même pour les petits achats.	Aucune action requise, par souci de concision.
Vignette de stationnement : pour en faire la demande, il faut être incapable de faire < 50 mètres à la marche	Aucune action requise, par souci de concision.
Relaxation, méditation, se centrer sur sa respiration, exercices de respiration. J'ajouterais la cohérence cardiaque – inspiration en 5 secondes et expiration en 5 secondes 3 fois par jour, 6 cycles respiratoires par minute, de 5 secondes (365).	Aucune action requise, par souci de concision.

COMMENTAIRES DES LECTRICES EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
p.8 : Faire le suivi des signes vitaux et des paramètres de saturation en oxygène. Selon Word Physiotherapy, une désaturation de plus de 3 % est à surveiller.	Les paramétrages pour les instruments médicaux ne sont pas définis dans la fiche.
Types de respiration (respiration abdominale ou diaphragmatique, à lèvres pincées et respiration en boîte) : expliciter la respiration en boîte que je ne connais pas, malgré mon expertise.	Compte tenu que cette technique a plusieurs appellations (en carré, 4 x 4, en boîte), il a été choisi de retirer cet exemple pour éviter la confusion.
Référence en inhalothérapie : ajouter et/ou en physio respiratoire.	L'ajout a été fait.
p. 8 : Former la personne sur les moyens de gérer et de prévenir l'intolérance orthostatique : j'ajouterais d'enseigner à la personne à faire les changements de position lentement et à éviter les exercices la tête vers le bas.	Cette suggestion sera considérée lors de la mise à jour de la fiche.
p. 8, symptômes respiratoires : enseignement de l'échelle de Borg modifiée (0 à 10) avec les symptômes respiratoires.	Même si plusieurs outils d'évaluation pouvant être utiles pour les intervenants en réadaptation sont suggérés dans les documents consultés, leur validation pour les affections post-COVID-19 n'est pas encore complétée. Les membres du comité consultatif sont en accord avec le fait qu'il est nécessaire que ces outils soient validés avant d'être recommandés par l'INESSS.
Symptômes cardiaques : commencer à 60 % du rythme cardiaque maximal peut-être trop pour certains patients. Je mettrais un intervalle entre 40 et 60 % selon la tolérance du patient post-effort.	L'ajustement a été fait.
Toux chronique productive : sensibiliser et former la personne qui a une toux productive à l'importance des techniques de dégagement des voies respiratoires (tel que l'aérobika, l'acapella ou le flutter)	Le passage a été modifié. Les dispositifs n'ont pas été ajoutés compte tenu qu'ils nécessitent une ordonnance et un accompagnement médical.
Techniques de respiration : faire référence à la section de la p. 8 sur l'utilisation de techniques de respiration de base (respiration diaphragmatique ou abdominale et à lèvres pincées et respiration en boîte et toux).	L'ajout a été fait.



## Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1V 4M3

418 643-1339

## Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200

Montréal (Québec) H3A 2S9

514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec** 

