



## **FICHE**

# Kinésithérapie - Réentraînement à l'effort au cours des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 février 2021

### **Document destiné aux masseurs-Kinésithérapeutes**

Nombre de patients présentant des symptômes prolongés de la Covid-19 présentent un déconditionnement physique et devraient bénéficier d'une réhabilitation respiratoire qui intègre le réentraînement à l'effort devant être mené de façon progressive et adapté aux possibilités de chaque patient.

Une prise en charge respiratoire spécifique d'un syndrome d'hyperventilation est parfois nécessaire avant de débiter un programme de réentraînement à l'effort (cf. fiche hyperventilation).

La prescription médicale est accompagnée d'un courrier séparé du médecin précisant le diagnostic médical et les renseignements nécessaires à la bonne pratique de cette rééducation. La formation spécifique des kinésithérapeutes est recommandée pour le réentraînement à l'effort.

#### **Courrier du médecin, points essentiels :**

- Diagnostic médical
- Type(s) d'atteinte(s) et leur évolution pouvant donner lieu à des limitations et/ou recommandations pour la rééducation : atteinte parenchymateuse, et/ou atteinte cardiaque et/ou musculo squelettique
- Douleurs et/ou fatigue
- Autre(s) pathologie(s) pouvant interférer

#### **Compte-rendu(s) kinésithérapique, points essentiels :**

- Données du bilan initial (tests aérobie, mesure de la force, évaluation de la qualité de vie...).
- Objectifs partagés avec le patient
- Contenu des séances
- Données du(es) bilan(s) intermédiaire(s)/final
- (Ré) insertion sportive et/ou professionnelle

Des bilans échangés régulièrement permettent d'optimiser la prise en charge des patients et d'envisager la fin des soins après réinsertion sociale et professionnelle.

## Bilan Diagnostic Kinésithérapique

Lors de l'entretien initial, le kinésithérapeute détermine les évaluations dont il a besoin dans cette liste (non exhaustive) pour organiser son diagnostic :

- Évaluation des capacités aérobie
- Évaluation des capacités anaérobies
- Évaluation des douleurs
- Évaluation de la fatigue, de la fatigabilité
- Évaluations fonctionnelles
- Évaluations des compétences des patients, de leurs motivations
- Évaluation de la qualité de vie
- Évaluation des capacités de proprioception et équilibre
- Évaluation de la motricité globale en lien avec d'éventuels troubles neurologiques
- Évaluations articulaires (déficits d'amplitude, douleurs au mouvement)
- Évaluation respiratoire
- Recherche de trouble de déglutition, évaluation de la déglutition (patient post réanimation et/ou âgé et/ou avec antécédent de lésion neurologique centrale)
- Identifier une éventuelle perte de poids en lien avec anosmie, agueusie et/ou trouble de déglutition.

L'évaluation initiale (et les évaluations intermédiaires) permet d'adapter le programme de rééducation au plus près des besoins, des attentes et des progrès des patients.

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. Ce réentraînement à l'effort est conduit par un kinésithérapeute formé.

## Contenus de séances de réentraînement à l'effort

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 :

- Réentraînement des muscles respiratoires (valves résistantes en pression)
- Réentraînement de l'équilibre
- Retour au sport antérieur, réintégration du geste sportif
- Et/ou orientation et adaptation en structure sport santé
- Notion de pérennisation de l'activité physique et sportive.

**Tableau 1. Principes et précautions du réentraînement à l'effort chez les patients post-Covid-19**

PRINCIPES ET PRÉCAUTIONS	
Liés au réentraînement à l'effort	Spécifiques à la Covid-19
Avant la séance	
<p>Evaluation des tolérance et fatigue post séance précédente.</p> <p>Evaluation d'une fatigue ou dyspnée.</p> <p>Prise de tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC), saturation (SpO2).</p>	<p>En l'état actuel de la connaissance, on peut craindre qu'un patient Covid+ soit transmetteur, ne serait-ce que par portage manuel. Tout patient doit donc être considéré comme porteur.</p> <p>En cas de péricardite ou myocardite : pas de réentraînement, débuter ultérieurement selon l'avis cardiologique (cf fiche douleurs thoraciques).</p> <p>Les patients présentant des douleurs (ORL, musculaires), une dyspnée, une fatigue (cf. fiches correspondantes) doivent attendre 2 à 3 semaines après la cessation de ces symptômes avant d'entreprendre un réentraînement supérieur à 3 équivalents métaboliques (METs) (possibilité de tenue d'un agenda).</p> <p>Non réalisation de la séance ou arrêt si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PA &lt;90/60 mm Hg ou &gt; 140/90 mm Hg</li> <li>- SpO2 ≤ 95 % (en l'absence de pathologie respiratoire connue)</li> <li>- Baisse de la SpO2 ≥ 4 points pendant la séance</li> <li>- Apparition de dyspnée récente (&lt;3 jours)</li> <li>- Aggravation majeure de la dyspnée pendant la séance</li> <li>- Oppression/douleur thoracique</li> </ul>
Pendant la séance	
<p>Entraînement de la force :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éviter douleurs et toute fatigue excessive.</li> <li>- Respecter des temps de récupération physiologiques entre les séries.</li> </ul> <p>Les augmentations de charge doivent être progressives et personnalisées. Il semble raisonnable de ne pas dépasser 10 % d'augmentation par séance que ce soit en intensité ou en volume.</p> <p>Entraînement aérobie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance de la saturation, de la FC, de la TA</li> <li>- Le score de fatigue ou dyspnée selon l'échelle visuelle analogique ou numérique (échelle de Borg modifiée) compris entre 4 et 6.</li> </ul> <p>Entraînement des muscles inspiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limiter la participation des muscles inspiratoires accessoires</li> <li>- Eviter dyspnée et fatigue excessive.</li> </ul>	<p>Le kinésithérapeute veillera tout particulièrement aux éventuelles douleurs et fatigue per et post séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si augmentation prolongée (&gt;24 h) mais ponctuelle de la fatigue et des douleurs, ne pas augmenter (voire diminuer) la charge de travail durant la séance.</li> <li>- Si augmentation prolongée (&gt; 24h) et récurrente de la fatigue et des douleurs, sur plusieurs séances, réduire et adapter la charge de travail (intensité et/ou volume et/ou fréquence).</li> </ul> <p>Une désaturation à l'effort peut apparaître. Les patients doivent être systématiquement surveillés avec un saturomètre durant les tests et séances de réentraînement et dans les minutes qui suivent.</p>
<p>Une gestion adaptée et progressive des charges de travail permettra d'obtenir l'adhésion durable des patients.</p>	

## Références bibliographiques

1. Andrejak C, Cottin V, Crestani B, Debieuvre D, Gonzalez-Bermejo J, Morelot-Panzini C, et al. Guide de prise en charge des séquelles respiratoires post infection à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de Pneumologie de Langue Française. Version du 10 novembre 2020. Rev Mal Respir 2021;38(1):114-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.009>
2. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. Br J Sports Med 2020;54(16):949-59. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
3. Haute Autorité de Santé. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps\\_bpcr\\_rehabilitation\\_respiratoire\\_web\\_2014-06-02\\_17-33-40\\_489.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fps_bpcr_rehabilitation_respiratoire_web_2014-06-02_17-33-40_489.pdf)
4. Singh SJ, Puhan MA, Andrianopoulos V, Hernandez NA, Mitchell KE, Hill CJ, et al. An official systematic review of the European Respiratory Society/American Thoracic Society: measurement properties of field walking tests in chronic respiratory disease. Eur Respir J 2014;44(6):1447-78. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00150414>
5. Smondack P, Gravier F, Prieur G, Repel A, Muir JF, Cuvelier A, et al. Kinésithérapie et COVID-19 : de la réanimation à la réhabilitation à domicile. Synthèse des recommandations internationales. Rev Mal Respir 2020;37(10):811-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2020.09.001>
6. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013;188(8):e13-64. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Kinésithérapie - Réentraînement à l'effort au cours des symptômes prolongés de la Covid-19, méthode réponse rapide, 10 février 2021**  
Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)