

Epidémie Covid-19

Kinésithérapie respiratoire

Version 2 – 1^{er} avril 2020

La prescription des actes de kinésithérapie respiratoire pour les patients Covid 19 confirmés ou suspectés doit rester limitée du fait du risque majeur de contamination.

- Les actes de désencombrement « actifs », avec compression manuelles, entraînant une expectoration, sont strictement limités à des patients particuliers, incapable d'expectorer seuls, par exemple du fait de déficit neuromusculaires (SLA, myopathes par exemple) ou ayant une BPCO très sévère ou ayant des pathologies respiratoire chronique (DDB, mucoviscidose...)
- Il faut **éviter l'aérosolisation et les projections associées aux soins.**
- Les techniques instrumentales **sont à éviter au maximum.**
- La kinésithérapie respiratoire peut être réalisée avec des actes d'évaluation du patient, ou d'éducation de drainage autonome des voies aériennes supérieures et inférieures-

Tout acte de kinésithérapie respiratoire, que le patient soit COVID 19 confirmés ou COVID free ne peut être effectué que

- . sur prescription médicale écrite et signée
- . avec les mesures de protection adaptées (masque FFP2, Lunettes de protection, sur blouse, tablier, gants, charlotte..)

PROTECTION DU PERSONNEL

Pour les kinésithérapeutes réalisant plusieurs prises en charge dans une unité accueillant des patients Covid-19 : il est possible de changer de tenue pour revêtir un pyjama à usage unique (UU). Cette tenue sera ôtée et éliminée avant de quitter le service.

Le kinésithérapeute porte un masque FFP2 dès sa prise de poste et le conserve tant qu'il n'est pas souillé. A défaut, s'il porte un masque chirurgical, il doit le remplacer par un masque FFP2 pour les séances de kinésithérapie respiratoire auprès des patients confirmés ou suspects d'infection à Covid-19.

Le masque FFP2, la charlotte, les lunettes de protection et la surblouse, s'ils ne sont pas souillés, peuvent être gardés pour une série de séances de kinésithérapie respiratoire.

ENTREE

- Avant d'entrer dans la chambre l'équipement de protection doit comporter :
 - désinfection des mains par FHA
 - surblouse imperméable UU à manches longues ou surblouse UU à manches longues + un tablier plastique
 - masque FFP2 : vérifier le bon ajustement au visage (réaliser un fit-check). Ne pas toucher le masque pendant la séance.
 - lunettes anti-projection
 - coiffe : charlotte, ...
- Dans la chambre :
 - réaliser une FHA
 - mettre des gants UU juste avant de commencer la séance

SORTIE

- Dans la chambre : ôter et éliminer les gants, puis le tablier. Réaliser une FHA.
- A l'extérieur de la chambre : réaliser une FHA

A LA FIN DE LA SERIE DE SEANCES, OU SI L'EPI EST SOUILLE :

- Dans la chambre : ôter et éliminer les gants puis la surblouse et le tablier. Réaliser une FHA.
- A l'extérieur de la chambre :
 - ôter la charlotte (par l'arrière, sans contact avec le visage),

- ôter les lunettes et les désinfecter (selon la procédure locale)
- ôter et éliminer le masque FFP2 (s'il est souillé, sinon il peut être conservé)
- réaliser une FHA et mettre un masque chirurgical (si le masque FFP2 a été éliminé)

Tous les déchets et EPI sont éliminés dans la filière DASRIA

DANS TOUTES LES SITUATIONS

Respecter les précautions standard, notamment :

- Port de gants pour tout contact avec des liquides biologiques ou du matériel souillé. Ne pas toucher l'environnement du patient avec des gants souillés.
- Désinfection des mains par friction hydro-alcoolique avant et après tout contact avec le patient et dès le retrait des gants.
- Eviter de se toucher le visage pendant la prise en charge du patient.
- A la fin de la séance, nettoyer toutes les surfaces ayant été potentiellement contaminées par les sécrétions du patient avec un produit détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie (type Surfa'safe Premium®).

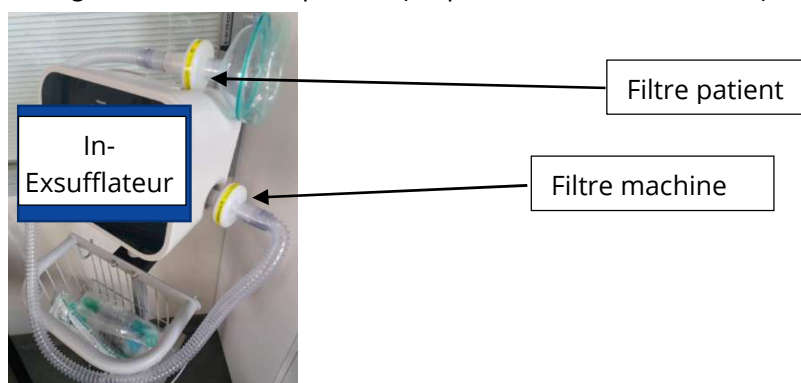
DEROULEMENT DES SEANCES DE KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE

Eviter l'aérosolisation et les projections associées aux soins.

- Les manœuvres de désencombrement (augmentation du flux expiratoire) sont réalisées uniquement par guidage verbal et compressions manuelles si besoin.
- Les techniques instrumentales (hyper-insufflation par relaxateur de pression ou BAVU, in-exsufflation mécanique) **sont à éviter au maximum.**

EN CAS DE NÉCESSITÉ D'UTILISATION D'UN IN/EXSUFFLATEUR (APRES ACCORD MEDICAL)

- Utiliser uniquement un IN/Exsufflateur sans fuite intentionnelle sur le circuit. Si vous ne disposez que d'IN/Exsufflateur avec fuite intentionnelle se référer à la procédure de GAVO2.
- Montage du circuit : mettre un filtre antibactérien à la sortie de l'appareil et un second avant l'interface. Changer les filtres 1 fois par 24h (ou plus si visiblement souillés).



- Précautions concernant l'interface utilisée :
 - Masque : essayer au maximum de maintenir l'étanchéité du masque sur le visage.
 - Intubation : vérifier l'étanchéité du ballonnet
 - Trachéotomie : privilégier la séance ballonnet gonflé. Si canule sans ballonnet, positionner un masque chirurgical sur le visage du patient.
- Procédure d'utilisation :
 - Si possible, essayer de demander au patient de faire la séance seul en s'écartant de 1 mètre pendant la séance.
 - Mettre en place l'interface (masque ou raccord annelé) avant la mise en route de l'appareil
 - Eteindre le dispositif avant le retrait de l'interface

- Dès la fin de la séance :
 - Laisser le circuit dans la chambre du patient (circuit dédié)
 - Procéder au bionettoyage de l'appareil : essuyer toutes les surfaces avec une chiffonnette imprégnée de produit détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie (type Surfa'safe Premium®) et laisser sécher.
 - Noter l'heure de fin de la séance : laisser l'appareil au repos pendant 4 heures (même recommandation que pour les respirateurs) avant de l'utiliser pour un autre patient.

SI LE PATIENT EST EN VENTILATION SPONTANEE

- Faire porter un masque chirurgical au patient pendant la séance.
- Aérosol :
 - Les traitements nébulisés doivent être limités au maximum. Évaluer avec le médecin la possibilité d'administrer des bêta-2-mimétiques sous une autre forme (en spray, poudres).
 - En l'absence d'alternative, éviter de se tenir dans un périmètre de 1m autour du patient pendant toute la durée de la nébulisation.
 - Chez le patient trachéotomisé, ne pas diriger le circuit vers soi lors des déconnexions.
 - A l'arrêt de l'aérosol, ôter le masque d'aérosol et remettre un masque chirurgical au patient
- En cas d'oxygénothérapie à haut débit :
 - Vérifier que la canule nasale est bien ajustée pour éviter les propulsions.
 - Mettre un masque chirurgical au patient, avec la canule nasale sous le masque.

SI LE PATIENT EST SOUS VENTILATION NON INVASIVE (VNI)

En cas de nécessité d'interruption de la VNI lors de la séance de MK respiratoire :

- Arrêter la ventilation mécanique (mise en veille)
- Déconnecter le circuit et retirer le masque de VNI
- Mettre un masque chirurgical au patient

Pour la reprise de la VNI :

- Positionner le masque de VNI sur le visage du patient, qui est encore déconnecté du circuit
- Ajuster la position du masque et serrer les lanières de manière symétrique
- Raccorder le circuit de ventilation au patient
- Démarrer la ventilation mécanique

SI LE PATIENT EST SOUS VENTILATION INVASIVE

Patient intubé ou trachéotomisé :

Utiliser un système clos pour les aspirations.

ASPIRATION :

- Tourner la molette du système clos
- Introduire la sonde d'aspiration
- Aspirer en retirant la sonde
- Fermer la molette du système clos
- Rincer la sonde à l'aide d'un des flacons de sérum physiologique en utilisant l'interface dédiée



Patient trachéotomisé non ventilé ballonnet gonflé :

Possibilité d'utiliser un filtre à la place du nez artificiel sur l'orifice de la canule **mais ne pas** rajouter de circuit supplémentaire (risque d'augmenter l'espace mort et de diminuer la tolérance ventilatoire).

Patient trachéotomisé non ventilé ballonnet dégonflé :

Masque chirurgical pour le patient, en utilisant si possible une valve unidirectionnelle (valve de phonation) pendant la séance, ou regonfler le ballonnet pour réaliser la kiné respiratoire.

Patient trachéotomisé non ventilé sans ballonnet :

Masque chirurgical pour le patient en utilisant si possible une valve unidirectionnelle (valve de phonation) pendant la séance.

TEXTES DE REFERENCE

Procédures du GAVO2 : Appareillages respiratoires de domicile d'un malade suspect ou porteur de virus respiratoire. Date création : Février 2020. Auteur : Pr Jesus Gonzalez-Bermejo (pour groupe GAVO2 de la SPLF)

Date et objet de la modification :

1^{er} avril 2020- limitation des indications au strict nécessaire.

Précisions sur le port du masque chirurgical en continu, et sur la possibilité de conserver le même EPI pour une série de séances de kinésithérapie respiratoire.

REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
LACOMBE MATTHIEU PELTIER Muriel PR PRIGENT Hélène MARCHAL BRIGITTE BORE AURELIEN ----- SOUYRI Valérie Service de Prévention du Risque Infectieux-Siège APHP <i>Signature sur l'original papier</i> Date de rédaction : 1 ^{er} avril 2020	Dr. FOURNIER Sandra Service de Prévention du Risque Infectieux-Siège APHP <i>Dr. PAQUEREAU Julie</i> <i>Médecine Physique et de Réadaptation</i> <i>Unité de Soins de Rééducation Post Réanimation</i> <i>(SRPR)</i> <i>Signature sur l'original papier</i> Date de validation : 1 ^{er} avril 2020	Christine GUERI Directrice département Qualité Partenariat Patient- Siège APHP <i>Signature sur l'original papier</i> Date d'approbation : 1 ^{er} avril 2020
Destinataires :	<i>Equipes Opérationnelles d'Hygiène, Présidents de CLIN, Directeurs Qualité</i>	