

FICHE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients atteints de COVID-19 en orthophonie

Validée par le Collège le 2 juillet 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : L'intervention orthophonique en milieu hospitalier ou en ambulatoire, auprès des patients atteints de COVID-19, basée sur un bilan posant le diagnostic orthophonique et le projet thérapeutique, cible les complications de réanimation (dysphonie et dysphagie post-intubation ou suite à une neuromyopathie de réanimation, sevrage de trachéotomie) et les séquelles neurologiques de l'atteinte virale (anosmie-agueusie, troubles cognitifs, troubles du langage et de la communication).
- **Réponse rapide n°2** : L'intervention orthophonique peut être mise en œuvre précocement en post-réanimation et se poursuivre après la phase aiguë en service hospitalier et jusqu'au domicile.
- **Réponse rapide n°3** : Le risque de contamination nécessite d'appliquer strictement les mesures de protection et les gestes barrières lors des interventions orthophoniques pendant la phase aiguë.
- **Réponse rapide n°4** : Lors du retour à domicile, une vigilance doit être accordée aux limitations d'activités et restrictions de participation, particulièrement dans le domaine de la communication, de la déglutition et des activités fonctionnelles quotidiennes afin d'accompagner le patient au mieux dans son retour à la vie sociale.
- **Réponse rapide n°5** : Chaque intervention orthophonique doit tenir compte de la fatigue et de la fatigabilité de ces patients souvent dénutris, asthéniques et porteurs de comorbidités.
- **Réponse rapide n°6** : L'intervention orthophonique peut être réalisée en télésoin et/ou sous forme de programmes d'autorééducation avec un apprentissage préalable.
- **Réponse rapide n°7** : Le patient atteint de COVID-19 doit être informé et éduqué sur ses symptômes, sur les conséquences de sa maladie, et sur la nécessité de poursuivre un programme de réentraînement ciblé sur la régularité afin de répondre à ses objectifs de retour à la vie sociale.

Contexte

Le SARS-CoV-2 est responsable d'une atteinte respiratoire, mais également d'autres déficiences (neurologiques, neurocognitives, cardiovasculaires, digestives, hépatorénales, métaboliques, psychiatriques, etc.). Les séquelles possibles sont secondaires aux atteintes spécifiques de l'infection virale et à l'emballement du système immunitaire, mais aussi aux complications « non spécifiques » du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), de l'immobilité et du séjour prolongé en soins intensifs.

Certains patients atteints de COVID-19 présentent des complications pendant leur séjour en réanimation, telles qu'une dysphonie post-intubation, une dysphagie dans le cadre d'une neuromyopathie de réanimation, etc. Certains ont subi une trachéotomie. Ils peuvent également présenter une anosmie, une agueusie, d'autres atteintes des paires crâniennes, voire des troubles cognitifs. Leur communication peut être largement entravée. Certains patients ont donc besoin au plus tôt d'une évaluation puis d'un suivi orthophonique.

Le suivi de ces patients doit prendre en compte trois particularités :

- La contagiosité de l'infection virale qui nécessite des mesures de protection :
 - risque important d'aérosolisation lié à certaines activités (déglutition, sevrage de trachéotomie) imposant de limiter autant que possible les contacts rapprochés avec les patients ;
 - matériel à usage unique : matériel de protection des personnes (Verbeek, 2020) et matériel utilisé pour compenser la communication (Sheehy, 2020) ;
 - prise en compte de l'environnement du patient dans sa vie quotidienne.
- La fragilité des patients susceptibles de présenter des décompensations rapides à type de défaillance respiratoire, de complications thrombo-emboliques ou cardiovasculaires.
- Le risque de déconditionnement à l'effort (incapacité à reprendre les activités physiques habituelles) généralement observé chez les patients de plus de 60 ans (Wang, 2020), notamment l'effort vocal et respiratoire à la parole.

Rappel

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Évaluation : bilans, échelles et scores

De la phase aiguë à la phase de rééducation-réadaptation, l'évaluation des troubles et leur traitement doivent s'adapter à l'état du patient, aux enjeux vitaux et fonctionnels, à partir de réévaluations régulières et en prenant en compte son statut de contagiosité.

Données médicales à recueillir avant l'intervention orthophonique

Selon le contexte de prise en charge, il est nécessaire de disposer des informations suivantes :

- date de début des symptômes, gravité de la pneumopathie infectieuse en phase aiguë, éventuelles atteintes cardio-vasculaires et thrombo-emboliques, cinétique du syndrome infectieux et inflammatoire, complications neurologiques, etc. ;
- antécédents médicaux (les comorbidités peuvent avoir des incidences sur la rééducation) ;

- gestes réalisés ayant pu altérer les fonctions : intubation (durée, date d'extubation, éventuelles ré-intubations), trachéotomie (date, matériel installé, protocole de nettoyage de la canule, volume de remplissage du ballonnet), etc. ;
- capacités expectatoires et dyspnée (Thomas, 2002) : fréquence respiratoire, saturation transcutanée d'oxygène au repos et après effort, gaz du sang, échelle de Borg, etc. ;
- examens ORL effectués (vidéo-nasofibroscopie, stroboscopie, vidéofluoroscopie, etc.) ;
- données sur la nutrition orale (adaptation des textures et des liquides) ou artificielle (entérale ou parentérale), et sur l'état nutritionnel (dénutrition, perte de poids éventuelles, etc.) ;
- prescriptions médicales, notamment pour les dispositifs médicaux, le cas échéant.

Déficiences de la déglutition et de la voix

La déglutition et la voix sont altérées par l'intubation prolongée et/ou brutale, la faiblesse des muscles respiratoires, la réduction de la sensibilité pharyngée, l'asynchronisme thoraco-abdominal, le reflux gastrique, la fatigue, le trouble de la concentration, l'œdème laryngé après extubation, ou l'atteinte des paires crâniennes par la maladie (Brodsky, 2018).

Une intubation prolongée (>48 heures) peut provoquer une dysphonie. Elle peut générer une immobilité laryngée par compression nerveuse ou lésion traumatique (œdème, ulcération, RGO, inflammation ou luxation de l'aryténoïde, granulome, synéchie sur partie postérieure des cordes vocales, etc.). Concernant la déglutition, on peut observer un trouble de la propulsion du bol alimentaire et/ou une neuromyopathie de réanimation qui touche les muscles respiratoires.

L'existence associée de complications neurovasculaires (atteintes thrombotiques dans l'infection au SARS-CoV-2) sus- et sous-tentorielles peuvent aggraver le tableau clinique.

Déglutition

- GuSS ICU (Christensen, 2018), test d'avalément volume-viscosité (V-VST) (Rofes, 2014), échelle d'autoévaluation (EAT-10, par ex.) ;
- examen des paires crâniennes, de la motricité bucco-linguo-faciale et de la mobilité laryngée ;
- examen de la cavité buccale, de l'état dentaire et salivaire, des possibilités de mastication ;
- examen de la posture ;
- examen de la toux (réflexe et volontaire) et des capacités de protection des voies aériennes ;
- exploration fonctionnelle de la déglutition de la salive, des liquides et des solides ; observation de repas afin de déterminer les textures adaptées selon l'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) ;
- examen fibroscopique ou examen de type vidéofluoroscopie en radio-cinéma de la déglutition si possible, selon les recommandations de la Société française de phoniatry et de laryngologie (SFPL) et de la Société française d'ORL (SFORL) (SFPL/SFORL, 2020).

Voix et respiration

- évaluation perceptive (BECD Auzou, 2019), (GRABS-I Hirano, 1981), échelle de ressenti du patient (VHI, etc.) ;
- examen de la posture et du geste vocal ;
- coordination pneumo-phonique (rapport S/Z), décompte en expiration (compter sans reprendre une nouvelle inspiration), temps maximum de phonation (TMP).

Déficiences cognitives et psychologiques

En fonction des atteintes (encéphalite, AVC, etc.), le bilan évalue les fonctions supérieures perturbées : accès lexical, mémoire de travail, mémoire épisodique, attention divisée, domaine numérique, etc. Le bilan apprécie également les capacités d'autonomie du patient et les restrictions de participation.

- troubles confusionnels ou délirium pendant la phase aiguë ;
- troubles attentionnels et de l'orientation temporo-spatiale (MMS, Moca, etc.) ;
- troubles des capacités cognitives (Moca, BREF/Fab ou autre *screening* selon le type de communication utilisable) ;
- troubles du langage (LAST ou autre *screening* selon la plainte du patient) ;
- anxiété et dépression (*Hospital and Anxiety Depression Scale* ou autre échelle appropriée à la symptomatologie dominante : SADQ par exemple), stress post-traumatique, fatigue (EVA ou *Modified Fatigue Impact Scale*).

Déficiences neurosensorielles

L'anosmie et l'agueusie sont des symptômes très fréquents chez les patients COVID-19. Ils peuvent perdurer même en cas d'évolution favorable. L'évaluation psychophysique porte sur l'odorat, le goût et le seuil de détection au moyen de tests olfactifs et gustatifs (Pekala, 2016).

Rééducation

Objectifs de l'intervention

- Reprendre l'alimentation *per os* en sécurité pour diminuer le risque de fausses-routes, de pneumopathie et de dénutrition.
- Améliorer le confort de vie et la vie sociale grâce à une phonation suffisamment efficace pour communiquer au quotidien et grâce à une alimentation adaptée.
- Sevrer la trachéotomie et/ou la gastrostomie le cas échéant.
- Réduire l'impact sur la communication des éventuelles atteintes cognitives.
- Mettre en place et exercer des moyens de communication augmentatifs et alternatifs le cas échéant, en privilégiant des outils à usage unique ou des dispositifs désinfectables.

Rééducation de la dysphonie

L'objectif est de retrouver une voix fonctionnelle. Il s'agit de produire un voisement par un accolement doux des cordes vocales, d'améliorer la fermeture glottique pour protéger les voies aériennes supérieures, et de retrouver une bonne coordination pneumo-phonique.

La rééducation consiste en la pratique d'exercices respiratoires, posturaux et vocaux variés.

Rééducation de la dysphagie

L'objectif est de retrouver une déglutition fonctionnelle pour toutes les textures. Il convient de sécuriser la déglutition en travaillant les phases déficitaires (exemple : propulsion du bol alimentaire, coordination lors de la phase pharyngée).

Il s'agit notamment :

- de renforcer les groupes musculaires impliqués dans la déglutition ;
- d'apprendre au patient à reconnaître et mettre en place les conditions de déglutition en sécurité, par apprentissage de postures facilitatrices, par mobilisation des chaînes d'occlusion glottique ;

- de proposer des postures facilitantes (dos droit, flexion cervicale, rotation cervicale du côté du déficit, le cas échéant, etc.) ;
- d’adapter les textures alimentaires (souvent d’abord lisses, glissantes, humides, homogènes, cf. textures IDDSI 4 ou 5) pour s’approcher progressivement d’une alimentation normale ;
- de s’assurer que le patient est autonome dans la gestion des risques et/ou que son entourage est sensibilisé et vigilant ;
- de participer, le cas échéant, au sevrage de la sonde naso-gastrique ou de la gastrostomie.

L’état nutritionnel du patient est important à considérer dans l’accompagnement de sa reprise alimentaire et dans la diversification des textures. Pour cela, une attention particulière, avec possiblement l’aide d’un diététicien ou d’un médecin nutritionniste, doit être portée, en raison des très fréquentes et sévères pertes de poids et désordres nutritionnels biologiques.

Cette intervention peut s’accompagner, si nécessaire, d’une rééducation du goût et de l’odorat par stimulation des 2 canaux sensoriels. L’objectif est d’améliorer le traitement sensoriel gustatif et olfactif.

Participation au processus de sevrage de la trachéotomie

Certains patients peuvent présenter une insuffisance respiratoire sévère et des troubles de la déglutition nécessitant la pose d’une canule de trachéotomie. L’objectif est de les sevrer progressivement de cette canule et de favoriser un retour à une respiration physiologique avec les étapes suivantes :

1. vérification du matériel et recueil de données ;
2. vérification de la perméabilité laryngo-trachéale ;
3. pose de la valve phonatoire (objectif = 24h/24) ;
4. obturation de la canule (objectif = 48h) ;
5. décanulation (réussite si >96h sans détresse respiratoire).

Le suivi médical par un médecin ORL ou MPR ou pneumologue est ensuite nécessaire.

Les orthophonistes participent au sevrage de la canule de trachéotomie en complémentarité au travail respiratoire réalisé par les masseurs-kinésithérapeutes.

Rééducation des troubles cognitivo-linguistiques

Au sortir de la sédation, il est régulièrement observé après une défaillance respiratoire aiguë, une encéphalopathie qui persiste (Hopkins, 2010 ; Herridge, 2011) et provoque des troubles cognitifs (Wu, 2020) tels que des troubles attentionnels, visuo-spatiaux, mnésiques, de la mémoire de travail ou des fonctions exécutives (Sheehy, 2020).

Proposer un programme de rééducation/réadaptation cognitive selon les résultats du dépistage des troubles cognitifs.

Autonomisation et préparation du retour à domicile

- Accompagnement à la reprise des habitudes de vie et de la participation sociale.
- Évaluation des obstacles au domicile, proposition d’aménagements avec aides techniques.
- Réadaptation en cas de séquelles réduisant l’autonomie.
- Si nécessaire, éducation aux mesures de distanciation physique et aux gestes barrières.

Retour à domicile

La rééducation/réadaptation à domicile s'organise de différentes manières : professionnels libéraux à domicile ou en télésoin (Contreras, 2020 ; Flodgren, 2015), HAR-R(R), équipes mobiles (dont équipes mobiles pour cérébrolésés), dispositif Prado. Le rôle du médecin traitant est essentiel.

Voir : [Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 – Parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile.](#)

Coordination et pluriprofessionnalité

Le suivi d'un patient nécessite une coordination entre tous les acteurs de son parcours, depuis l'hôpital jusqu'au cabinet de ville. De nombreux professionnels peuvent être amenés à interagir.

La transmission du dossier hospitalier et du compte rendu orthophonique aux professionnels de santé concernés est indispensable, conformément à l'article L1110-12 du code de la Santé Publique.

Liens avec l'entourage non professionnel

Toute prise en soins nécessite la participation active du patient et souvent de son entourage. Les techniques enseignées et les conseils prodigués par les professionnels de santé impliqués autour du patient contribuent à l'autonomiser dans sa vie courante. Il devient expert de son trouble et des compensations mises en place. L'évolution lors du traitement demande des réajustements constants entre le professionnel et le patient qui co-construisent ce parcours. L'implication du patient dans sa prise en charge par l'autorééducation et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est donc à favoriser.

Le rôle de l'aidant est primordial pour favoriser l'autonomie du patient et l'accompagner de manière adaptée. L'aidant peut s'appuyer sur les conseils des professionnels pour faciliter, adapter et sécuriser les gestes et les actes de la vie quotidienne.

Un soutien doit lui être apporté de façon spécifique dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 afin de l'aider à développer des stratégies d'adaptation et à maintenir sa propre santé et son bien-être, tout en prévenant un éventuel épuisement (Chew, 2020).

Références bibliographiques

1. Auzou P, Rolland-Monnoury V. Batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie (BECD). Isbergues: Ortho Edition; 2019.
2. Brodsky MB, Levy MJ, Jedlanek E, Pandian V, Blackford B, Price C, *et al.* Laryngeal injury and upper airway symptoms after oral endotracheal intubation with mechanical ventilation during critical care: a systematic review. *Crit Care Med* 2018;46(12):2010-7. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000003368>
3. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J* 2020. <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2020046>
4. Christensen M, Trapl M. Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nurs Crit Care* 2018;23(2):102-7. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12333>
5. Contreras CM, Metzger GA, Beane JD, Dedhia PH, Ejaz A, Pawlik TM. Telemedicine: patient-provider clinical engagement during the COVID-19 pandemic and beyond. *J Gastrointest Surg* 2020:1-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-020-04623-5>
6. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue 9:CD002098. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>
7. French Society of Otorhinolaryngology, Head, Neck Surgery, French Society of Phoniatrics, Laryngology, Mattei A, de la Bretèque BA, Crestani S, Crevier-Buchman L, *et al.* Guidelines of clinical practice for the management of

- swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2020;137(3):173-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.011>
8. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, *et al*. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011;364(14):1293-304. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>
 9. Hirano M. Psycho-acoustic evaluation of voice: GRBAS scale for evaluating the hoarse voice. Clinical examination of voice. New York: Springer Verlag; 1981.
 10. Hopkins RO, Key CW, Suchyta MR, Weaver LK, Orme JF. Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(2):147-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.003>
 11. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, *et al*. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
 12. Pekala K, Chandra RK, Turner JH. Efficacy of olfactory training in patients with olfactory loss: a systematic review and meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016;6(3):299-307. <http://dx.doi.org/10.1002/alar.21669>
 13. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26(9):1256-65. <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.12382>
 14. Sheehy LM. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill* 2020;6(2):e19462. <http://dx.doi.org/10.2196/19462>
 15. Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol* 2002;3(4):223-8. [http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(02\)00713-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(02)00713-1)
 16. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, *et al*. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue 5:CD011621. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub5>
 17. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, *et al*. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020;323(11):1061-9. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
 18. Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L, *et al*. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav Immun* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.031>

Autres ressources

1. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179826/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile
2. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-13_Conduite%20pour%20les%20patients%20sortant%20hospitalisation%20cadre%20epidemie_v2.pdf
3. <https://urgences-serveur.fr/mise-au-point-quotidienne-sur-le-covid-19.html#Signes-cliniques>
4. <https://www.sforl.org/actualites-covid-19/>
5. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2020/04/Mesures_cabinet_27-avril-2020-1.pdf
6. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2020/04/Mesures_Protection-des-personnes_27-avril-2020-1.pdf
7. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2020/04/Mesures_protection-du-mat%C3%A9riel_27-avril-2020-1.pdf
8. https://mcusercontent.com/7c42bf72e6dc07ea4a7aa9a10/files/a36f6df6-1651-4fbc-8ab0-417a322ebeac/Extraits_pour_la_prevention_et_le_controle_des_infections.v5.pdf
9. https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/Official_Statement_on_COVID-19_Final_Formatted.pdf
10. https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/About_us/COVID-19_News_and_Information/COVID-19_-_Guidance_for_Service_Delivery/SPAweb/About_Us/COVID-19/Guidance_for_Service_Delivery.aspx?hkey=fc19a880-e7a8-4246-8631-a474fc43d4ae
11. <https://www.asha.org/SLP/healthcare/Considerations-When-Providing-Voice-Services-in-the-Absence-of-Endoscopic-Evaluation-During-COVID-19/>

12. <https://www.asha.org/SLP/healthcare/SLP-Service-Delivery-Considerations-in-Health-Care-During-Coronavirus/#aerosol>
13. <https://speechtherapy.org.nz/info-for-slts/information-regarding-covid-19/>
14. <http://covid-documentation.aphp.fr/>
15. [Diaporama « Intervention orthophonique auprès du patient Covid-19 après la réanimation » Mélanie Engelhardt \(CentreHospitalo-Universitaire de Bordeaux\)](#)
16. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-13_Conduite%20pour%20les%20patients%20sortant%20hospitalisation%20cadre%20epidemie_v2.pdf
17. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-10_Conduite%20pour%20les%20patients%20sortant%20hospitalisation%20cadre%20epidemie.pdf
18. <https://urgences-serveur.fr/mise-au-point-quotidienne-sur-le-covid-19.html#Signes-cliniques>
19. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche-recommandation-ssr.pdf

Voir toutes les [réponses rapides de la Haute Autorité de santé](#) dans le cadre du COVID-19.

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégalement entre la Haute Autorité de santé et des experts désignés par : Collège Français d'Orthophonie (CFO) ; Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie (UNADREO) ; Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) ; Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) ; Société Française De Neurologie (SFN) ; Société Française De Phoniatrie Et De Laryngologie, Conseil National Professionnel d'ORL (CNP-ORL), CNP d'Anesthésie Réanimation et Médecine Péri Opératoire (CNP-ARMPO), CNP de Médecine Physique et de Réadaptation (CNP-MPR).

Validation par le collège de la HAS en date du 02 juillet 2020.

Liste des participants

Haute Autorité de santé : M. Michel Gedda, chef de projet ; Mme Sophie Despeyroux, documentaliste ; Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste.

Conseils nationaux professionnels, sociétés savantes et organisations professionnelles : Mme Gaëlle Chollier-Lancelle, orthophoniste, Vienne (CFO) ; Mme Anne Dehêtre, orthophoniste, Nesmy (CFO) ; Mme Magali Dussourd-Deparis, orthophoniste, Colmar (CFO) ; Mme Mélanie Engelhardt, orthophoniste, Bordeaux (CFO) ; Mme Nathaly Joyeux, orthophoniste, Avignon (CFO) ; M. Didier Lerond, orthophoniste, Woippy (CFO) ; Mme Sylvia Topouzkhianian, orthophoniste, Bron (CFO) ; Mme Sophie Tricot, orthophoniste, Annonay (CFO).

Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.