
Post-COVID : recommandations nationales pour les médecins traitants

CoviCare, CoviBoard, RAFAEL

Mayssam NEHME
mayssam.nehme@hcuge.ch

Service de médecine de premier recours
Hôpitaux Universitaires de Genève
Présentation 7 juin 2023

Idris GUESSOUS
Idris.guessous@hcuge.ch

DIAGNOSTIQUE – DÉFINITION DE L'OMS

Symptômes persistants 3 mois après une infection suspectée ou documentée du SARS-CoV-2, après avoir exclu d'autres causes

Diagnostic d'exclusion

Symptômes fréquents de fatigue, dyspnée ou troubles cognitifs avec un impact sur l'activité de la vie quotidienne

CIM-10/ICD10 code U09.9: Post-COVID condition

- Prévalence du post-COVID estimée à 10% (revue de la littérature 2023)

- Détails:

	SARS-CoV-2 + (n=1,497)	SARS-CoV-2 – (n=4,018)
Fatigue	17.2%	8.9%
Malaise post-effort	8.2%	3.5%
Critères pour Syndrome de Fatigue Chronique	1.1%	0.5%

⇒ Les symptômes s'améliorent, notamment entre 6-12 mois, mais une proportion de patient.e.s vont développer une chronicisation des symptômes, similaire au syndrome de fatigue chronique

Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol.* 2023 Jan 13:1–14. doi: 10.1038/s41579-022-00846-2. Epub ahead of print. PMID: 36639608; PMCID: PMC9839201.

Nehme M, Braillard O, Chappuis F, Courvoisier DS, Guessous I; CoviCare Study Team. Prevalence of Symptoms More Than Seven Months After Diagnosis of Symptomatic COVID-19 in an Outpatient Setting. *Ann Intern Med.* 2021 Sep;174(9):1252-1260. doi: 10.7326/M21-0878. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34224254; PMCID: PMC8280535.

Nehme M, Braillard O, Chappuis F, Courvoisier DS, Kaiser L, Soccia PM, Reny JL, Assal F, Bondolfi G, Tardin A, Graf C, Zekry D, Stringhini S, Spechbach H, Jacqueroz F, Salamun J, Lador F, Coen M, Agoritsas T, Benzakour L, Favale R, Genevay S, Lauper K, Meyer P, Poku NK, Landis BN, Baggio S, Grira M, Sandoval J, Ehram J, Regard S, Genecand C, Kopp G, Guerreiro I, Allali G, Vetter P, Guessous I; CoviCare Study Team. One-year persistent symptoms and functional impairment in SARS-CoV-2 positive and negative individuals. *J Intern Med.* 2022 Jul;292(1):103-115. doi: 10.1111/joim.13482. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35555926; PMCID: PMC9115262..

Nehme M, Chappuis F, Kaiser L, Assal F, Guessous I. The Prevalence, Severity, and Impact of Post-COVID Persistent Fatigue, Post-Exertional Malaise, and Chronic Fatigue Syndrome. *J Gen Intern Med.* 2022 Nov 10:1–5. doi: 10.1007/s11606-022-07882-x. Epub ahead of print. PMID: 36357723; PMCID: PMC9648889

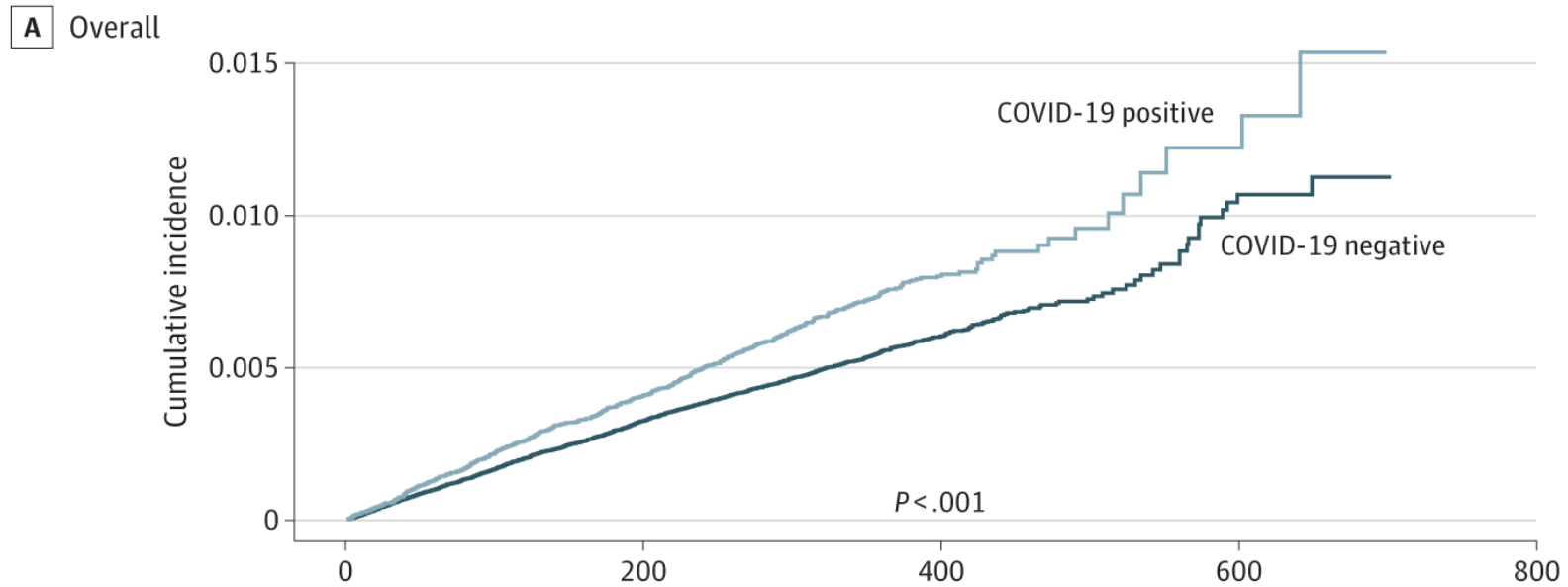
Nehme M, Braillard O, Chappuis F; CoviCare Study Team, Guessous I. The chronification of post-COVID condition associated with neurocognitive symptoms, functional impairment and increased healthcare utilization. *Sci Rep.* 2022 Aug 25;12(1):14505. doi: 10.1038/s41598-022-18673-z. PMID: 36008436; PMCID: PMC9403954

RISQUE DE CO-MORBIDITES

Table 2. Twelve-Month Postindex Health Care Utilization for Various Outcomes of Interest Among the Matched Individuals With Post-COVID-19 Condition (PCC) and Controls Without COVID-19

Outcome	No. (%)		Relative risk (95% CI)	McNemars P value
	With PCC	Without COVID-19		
Study cohort				
No. of patients	13 435	26 870	NA	NA
COPD	4302 (32.0)	4431 (16.5)	1.94 (1.88-2.00)	<.001
Asthma (moderate/severe)	3245 (24.2)	3341 (12.4)	1.95 (1.86-2.03)	<.001
Pulmonary embolism/DVT	1073 (8.0)	603 (2.2)	3.64 (3.23-3.92)	<.001
Cardiac arrhythmia	3956 (29.5)	3360 (12.5)	2.35 (2.26-2.45)	<.001
Coronary artery disease	2301 (17.1)	2574 (9.6)	1.78 (1.70-1.88)	<.001
Peripheral vascular disease	1336 (9.9)	1683 (6.3)	1.57 (1.48-1.70)	<.001
Ischemic stroke	530 (3.9)	475 (1.8)	2.17 (1.98-2.52)	<.001
Heart failure	1587 (11.8)	1614 (6.0)	1.97 (1.84-2.10)	<.001
Hospitalized cohort				
No. of patients	3697	7394	NA	NA
COPD	1593 (43.1)	1423 (19.3)	2.24 (2.11-2.38)	<.001
Asthma (moderate/severe)	1167 (31.6)	1086 (14.7)	2.15 (2.00-2.31)	<.001
Pulmonary embolism/DVT	712 (19.3)	230 (3.1)	6.23 (5.36-7.15)	<.001
Cardiac arrhythmia	1912 (51.7)	1285 (17.4)	2.97 (2.81-3.16)	<.001
Coronary artery disease	1069 (28.9)	1071 (14.5)	1.99 (1.85-2.15)	<.001
Peripheral vascular disease	638 (17.3)	657 (8.9)	1.94 (1.75-2.15)	<.001
Ischemic stroke	308 (8.3)	200 (2.7)	3.07 (2.59-3.66)	<.001
Heart failure	948 (25.6)	749 (10.1)	2.53 (2.32-2.76)	<.001

Diabetes incidence rate per 100 000 person-years



COVID-19 negative

At risk

503 948

301 904

78 021

3797

Events

0

1253

1800

1863

COVID-19 positive

At risk

125 987

75 184

18 309

932

Events

0

393

592

606

Naveed Z, Velásquez García HA, Wong S, et al. Association of COVID-19 Infection With Incident Diabetes. JAMA Netw Open. 2023;6(4):e238866. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.8866

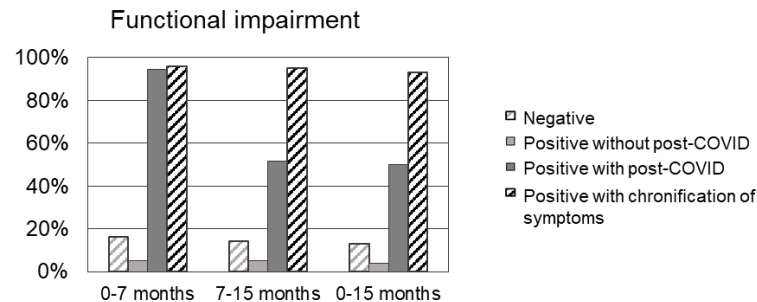
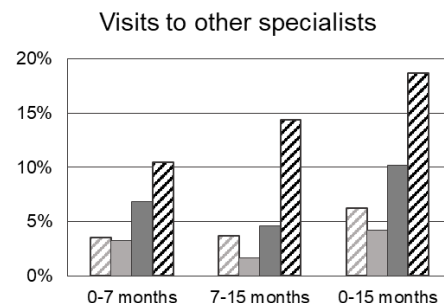
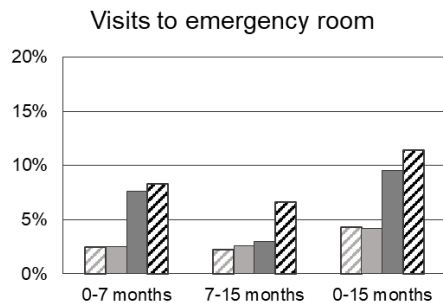
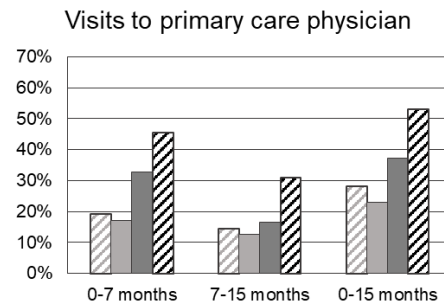
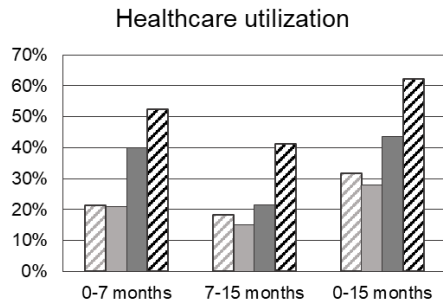
RE-INFECTION

- 4% des adultes avaient un risque de développer un long COVID après une première infection; 2.4% après une réinfection.
- Pour les enfants et les jeunes, le risque de COVID à long terme après une première infection était de 1% et n'a pas beaucoup diminué.
- Pour les personnes qui ont déjà un post-COVID, la réinfection semble exacerber les symptômes.

Bottworth M, New-onset, self-reported long COVID after coronavirus (COVID-19) reinfection in the UK: 23 February 2023
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/newonsetselfreportedlongcovidafterscoronaviruscovid19reinfectionintheuk/latest>

CAPACITÉ FONCTIONNELLE

16 million Américains souffrent de post-COVID, avec 2-4 million qui n'arrivent plus à travailler et une estimation de coûts de \$170 billion attribués aux salaires perdus



Le post-COVID est associé avec une incapacité fonctionnelle qui demande l'adaptation du quotidien et le respect de la réserve d'énergie

- Coût pour l'individu
- Coût pour la société

Nehme M, Braillard O, Chappuis F; CoviCare Study Team, Guessous I. The chronification of post-COVID condition associated with neurocognitive symptoms, functional impairment and increased healthcare utilization. Sci Rep. 2022 Aug 25;12(1):14505. doi: 10.1038/s41598-022-18673-z. PMID: 36008436; PMCID: PMC9403954.

Bach K. New data shows long Covid is keeping as many as 4 million people out of work. Brookings Institute. Aug 24, 2022.

<https://www.rafael-postcovid.ch/informations-sante/recommandations-post-covid>

Travail collaboratif national
mandaté par l'OFSP et la FMH,
sous la direction des HUG et
Inselspital



Diagnostic Fatigue Malaise post-effort

Différence entre somnolence et fatigue

Le malaise post-effort est l'aggravation des symptômes après un effort physique ou mental. Il peut se manifester par une intolérance orthostatique ou une intolérance à l'effort. Le malaise post-effort doit être évalué systématiquement dans l'affection post-COVID, car il pourrait modifier le pronostic et la prise en charge.

Échelle de mesure de la fatigue pour les fonctions motrices et cognitives

(échelle FSMC : Fatigue scale for motor and cognitive functions)¹

Échelles de 20 questions (durée d'environ 5 minutes), avec une analyse de la fatigue cognitive ou motrice et du niveau de gravité (fatigue légère, modérée ou sévère).

Les échelles proposées pour le dépistage du malaise post-effort et de l'intolérance orthostatique sont :

Questionnaire DePaul³

Échelle de 15 questions (fréquence et gravité des symptômes avec le délai nécessaire pour récupérer)

Questionnaire Compass⁴

Échelle à 31 questions pour évaluer la dysautonomie

Investigations

- Tachycardie orthostatique dans le cadre d'une dysautonomie: test de tachycardie orthostatique (test de Schellong tout d'abord en position allongée pendant 10 minutes, puis une mesure de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque en position debout, chaque minute pendant 10 minutes).
- POTS: augmentation de la fréquence cardiaque de 30 battements par minute (bpm) entre la position couchée et la position debout en plus d'une reproduction des symptômes. L'hypotension orthostatique est un critère d'exclusion.
- Bilan sanguin : formule sanguine complète, un dosage de la ferritine, de l'urée, de la créatinine, de la glycémie, du sodium, du potassium, du calcium, du magnésium, du phosphate, de la vitesse de sédimentation, de la CRP, de la créatine kinase, des tests de la fonction hépatique, TSH, de la vitamine B12, de l'acide folique. D'autres tests tels la vitamine D (uniquement remboursé par l'assurance dans des cas très spécifiques depuis 2022*), la sédimentation urinaire, l'HbA1c, l'électrocardiogramme, les niveaux de cortisol matinal, etc. peuvent être ajoutés selon l'anamnèse individuelle et les symptômes associés.
- Impact sur la capacité fonctionnelle et qualité de vie.

Quand référer le patient vers un spécialiste (neurologie, cardiologie, pneumologie ou autre)

Figure 1 Arbre décisionnel pour l'évaluation neuropsychologique

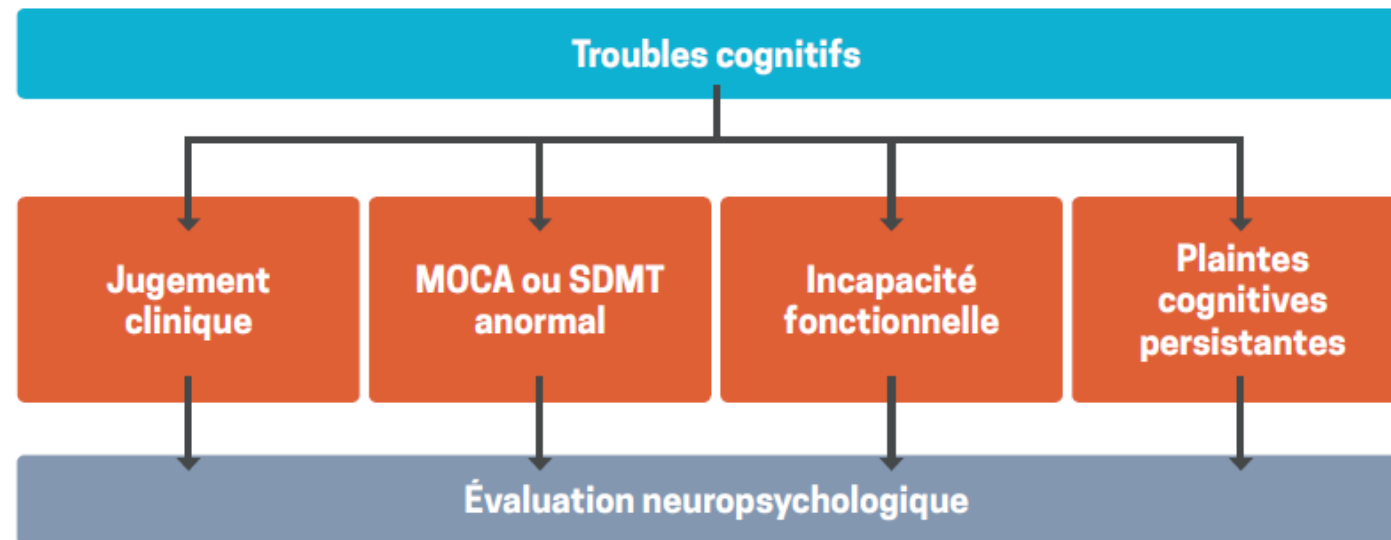
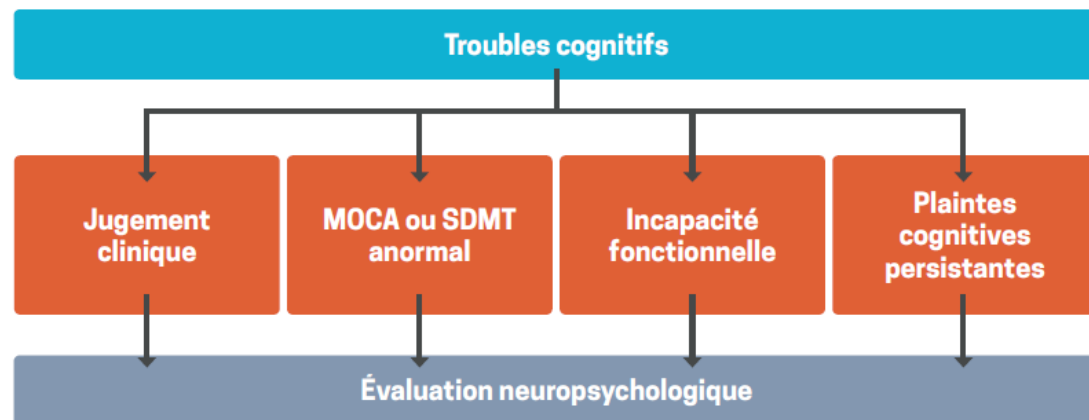


Figure 1 Arbre décisionnel pour l'évaluation neuropsychologique



L'examen des symptômes associés devrait permettre de rechercher d'autres troubles neurologiques, la fatigue, ainsi que les troubles psychiatriques qui peuvent contribuer de manière significative aux troubles cognitifs (par exemple, les troubles anxieux, la dépression, les troubles de stress post-traumatique). Une évaluation du sommeil est suggérée lors de l'évaluation des troubles de l'attention, qui sont souvent aggravés par la fatigue (cf. Troubles du sommeil).

Un bilan sanguin est indiqué uniquement en cas de suspicion de causes secondaires de troubles cognitifs. Un bilan de base peut être réalisé pour exclure des carences en vitamine B12 ou en folate ou un trouble de la thyroïde (formule sanguine complète, vitamine B12, folate, TSH). L'imaginerie (IRM) est indiquée si les échelles MOCA ou SDMT sont anormales (MOCA <26/30, score SDMT en fonction de l'âge et de l'éducation). ou en cas de suspicion d'une cause se-

La thérapie neuropsychologique peut consister en une éducation thérapeutique aux symptômes (thérapie individuelle ou de groupe), en aidant les patients à s'adapter à leur niveau de concentration et d'attention, en leur donnant des conseils sur la manière de gérer la vie quotidienne malgré les troubles cognitifs dont ils peuvent souffrir. Les patients peuvent essayer de réaliser progressivement des tâches demandant plus de concentration tout en respectant leur niveau d'énergie quotidien. Il peut s'agir de payer les factures, de lire deux ou trois pages d'un livre, de tenir une conversation pendant des périodes de plus en plus longues ou de jouer à des jeux demandant de la coordination ou de la concentration. Il n'est pas nécessairement recommandé de se lancer dans une nouvelle activité, et les patients devraient se concentrer sur la récupération et la conduite de leurs propres activités.

est nécessaire uniquement en cas de suspicion de céphalées secondaires ou sur la base d'une évaluation clinique. En cas d'anomalies même mineures ou en cas d'incertitude pendant l'examen neurologique, le patient doit être adressé à un neurologue.

Prise en charge

En l'absence de signal d'alerte⁷, le traitement symptomatique des céphalées aiguës est suggéré en première intention (médicaments anti-inflammatoires, paracétamol ou triptans dans les céphalées post-COVID répondant aux critères de la migraine). Il est cependant recommandé de ne pas utiliser les analgésiques plus de 12 jours par mois pour réduire le risque de céphalée de rebond. En cas de céphalées chroniques invalidantes, qui ne s'améliorent pas avec les analgésiques standard, un traitement de fond spécifique au type de céphalée est recommandé. Cette approche n'est pas spécifique aux céphalées post-COVID et suit l'approche standard des céphalées en médecine générale^{7,42}. Une consultation neurologique est recommandée en cas de céphalées chroniques invalidantes qui ne s'améliorent pas, et les patients sont encouragés à tenir un journal des maux de tête pour surveiller les changements et les facteurs de déclenchement, etc.

L'hypnose, l'acupuncture, la relaxation musculaire progressive selon les techniques de relaxation de Jacobson⁴³, ou le biofeedback (interaction corps-esprit mettant l'accent sur le contrôle de certaines fonctions corporelles pour améliorer la santé) peuvent être proposées pour soulager les céphalées post-COVID. Ces méthodes sont également utilisées dans les céphalées de tension non-COVID et la migraine. Des compléments alimentaires peuvent aider au traitement ou à la prévention des céphalées, y compris le péta site officinal (Pétasites, phytothérapie), la riboflavine (vitamine B2) et le magnésium.

(thé, café et soda) dans les 4-6 heures qui précèdent le coucher, éviter de fumer et de boire de l'alcool au repas du soir.

- Éviter les températures extrêmes (froid, chaud) dans la chambre.
- Pratiquer une activité physique régulière (en tenant compte du niveau d'énergie et en prévenant le malaise post-effort).
- Prévenir la clinophilie (tendance à maintenir une position allongée) en ne se mettant au lit que pour dormir ou avoir des relations sexuelles.
- Dîner légèrement.
- Encourager les activités de relaxation au moins 1 heure avant le coucher.
- Éviter de regarder des écrans juste avant de se coucher et éteindre la messagerie du téléphone pendant la nuit.
- Utiliser la chambre à coucher uniquement pour dormir (ne pas travailler ou regarder la télévision, etc. dans la chambre), garder la chambre à coucher calme et sombre.

Tout comme dans l'insomnie non-spécifique au COVID, la thérapie cognitivo-comportementale, les exercices de relaxation ainsi que la méditation de pleine conscience ou l'hypnose peuvent améliorer le sommeil. Quand l'insomnie n'est pas associée à un trouble psychiatrique, des traitements tels que la phytothérapie (par exemple, valériane, avena sativa, passiflore), la mélatonine ou un traitement pharmacologique (par exemple, hydroxyzine, trazodone) peuvent être utilisés en plus des mesures d'hygiène du sommeil. Les benzodiazépines à demi-vie courte (par exemple : alprazolam, oxazépam) peuvent être prescrits dans le traitement des troubles du sommeil pendant une courte période, afin d'éviter les effets secondaires cognitifs et la dépendance. Quand l'insomnie est associée à un trouble psychiatrique, il convient de prendre en compte ce dernier et de le traiter selon les recommandations d'un psychiatre (cf. troubles psychiatriques).

TRAITEMENT

Il n'existe à ce jour pas de traitement pharmacologique pour les symptômes persistants après une infection par le SARS-CoV-2. Plusieurs essais sont en cours pour évaluer les traitements potentiels de l'affection post-COVID, y compris les anticorps monoclonaux⁵⁶, la thérapie antivirale⁵⁷, les antihistaminiques⁵⁸, l'anticoagulation⁵⁹, et d'autres thérapies d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques^{59,60}.

Une approche globale de l'évaluation et de la prise en charge doit être envisagée, et une prise en charge et un suivi interdisciplinaires sont recommandés. En règle générale, la gestion de la réserve d'énergie quotidienne peut réduire l'exacerbation de la plupart des symptômes, une fois que les autres causes ont été éliminées.

Il est recommandé de tenir un journal des niveaux d'énergie quotidiens (annexe 2) pour suivre l'évolution des symptômes conformément aux 4P : planifier, prendre son temps, prioriser, positionner. La routine quotidienne est alors ajustée pour donner la priorité aux activités que l'individu considère comme essentielles ou prioritaires, tout en respectant la réserve d'énergie quotidienne. Le journal peut être utilisé pour l'évaluation et la prise en charge ou planification des activités.

L'ergothérapie est recommandée pour mettre en œuvre les 4P dans la prise en charge des rôles sociaux, professionnels, et des activités connexes.

Pacing: les activités quotidiennes doivent être adaptées et respecter la réserve d'énergie individuelle afin d'éviter les malaises post-effort, qui nécessiteraient ensuite une période de récupération plus longue. Il s'agit donc de « rythmer » ou de reprendre l'activité de manière mesurée, en équilibrant les périodes d'activité et de repos.

La thérapie par les exercices gradués ou les thérapies cognitivo-comportementales ne sont pas recommandées

Des outils d'informations et d'autogestion sont disponibles grâce à des ressources en ligne telles que <https://www.rafael-postcovid.ch>, <https://www.altea-network.com>, et <https://www.long-covid-info.ch/>. Ces outils en ligne sont mis à disposition des médecins, des patients et de leur entourage.

Un suivi interdisciplinaire ou une consultation spécialisée sont recommandés si les symptômes ne s'améliorent pas après 3 à 6 mois de suivi ou s'ils sont très invalidants et s'accompagnent d'une importante incapacité fonctionnelle et d'une détérioration de la qualité de vie.

RÉADAPTATION

La réadaptation est définie comme « un ensemble d'interventions complexes conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes atteintes de maladies en interaction avec leur environnement »⁶¹. La réadaptation est fortement axée sur la personne, ce qui signifie que les interventions et les approches sélectionnées pour chaque individu dépendent de ses objectifs et de ses préférences. La réadaptation peut être dispensée dans de nombreux cadres différents, qu'il s'agisse du milieu ambulatoire, hospitalier ou d'un cadre communautaire tel que le domicile d'un individu. Les interventions de réadaptation comprennent des éléments préventifs, réparateurs, de soutien (compensatoires) et palliatifs.

La réadaptation post-COVID n'implique pas d'entraînement physique à haute intensité et est davantage axée sur l'adaptation, le pacing et la réintégration. En ce sens, la réadaptation a un rôle important à jouer dans la prise en charge de l'affection post-COVID, d'autant plus qu'aucun traitement pharmacologique n'est disponible à ce jour.

ERGOTHÉRAPIE

L'ergothérapie est importante dans la réadaptation post-COVID et lorsque les symptômes ont un impact sur la vie quotidienne. Cette thérapie aide à traiter les symp-

(MCRO)⁶² ou l'Occupational Self-Assessment (OSA)⁶³ sont des outils d'évaluation validés pour énumérer, hiérarchiser et analyser les principales limitations endurées par le patient et soutenir le processus de fixation d'objectifs.

Résultats ciblés

L'intervention vise à prendre en charge les symptômes et à prévenir les malaises post-effort. L'ergothérapie renforce l'auto-efficacité des stratégies de gestion de l'énergie et les compétences d'autogestion des symptômes et de leur impact (par exemple, prévention des malaises post-effort, la perte de l'estime de soi ou des rôles sociaux). Les patients comprennent mieux la fatigue et les facteurs qui l'influencent et acquièrent des compétences qui leur permettent de mieux expliquer leur état et d'exprimer leurs besoins aux autres (parents, collègues). Ils mettent en œuvre des changements de comportement (par exemple, gestion des pauses, équilibre des horaires hebdomadaires) et appliquent des stratégies (par exemple, comportement ergonomique, simplification des activités, technologies d'assistance) qui leur permettent d'effectuer certaines activités de la vie quotidienne tandis que d'autres activités sont déléguées ou reportées par le biais d'une prise de décision éclairée et d'une éducation thérapeutique.

Interventions

L'intervention est une formation à l'autogestion dans laquelle les problèmes professionnels sont abordés avec des éléments de compensation et de soutien. Au stade précoce de la maladie, il est important d'organiser des séances d'évaluation avec de brèves informations et des conseils. À un stade ultérieur, lorsque l'expérience des symptômes et de leur impact sur les activités quotidiennes s'est accrue et que les personnes concernées commencent à accepter que le pronostic de guérison soit incertain, une formation structurée à la gestion de l'énergie (individuelle ou en groupe) est nécessaire⁶⁴.

NEUROPSYCHOLOGIE

La thérapie neuropsychologique peut consister en une éducation thérapeutique aux symptômes (thérapie individuelle ou de groupe), en aidant les patients à s'adapter à leur niveau de concentration et d'attention, et en leur don-

physique. Les signaux d'alerte à l'activité physique dans le cadre de la physiothérapie sont le malaise post-effort, l'exacerbation des symptômes après effort, la désaturation ou les palpitations sans cause identifiée autre qu'une éventuelle dysautonomie ou un post-COVID.

Évaluation

L'évaluation initiale comprend la tenue d'un journal des symptômes et l'exclusion de l'exacerbation des symptômes après l'effort. Une évaluation de l'éventuel malaise post-effort doit être effectuée. Cela peut se faire en utilisant les questionnaires DePaul³ ou Compass⁴. L'évaluation initiale comprend la mesure de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la saturation au repos et à l'effort (en fonction de la capacité physique).

Des tests complémentaires pourraient être utilisés, comme le « Test du lever de chaise », qui serait utile pour documenter les progrès si les patients sont déjà capables de faire de l'activité physique⁶⁵. D'autres tests, tels que le test de marche de 6 minutes ou les tests d'effort cardio-pulmonaires, ne sont utiles qu'en cas d'autre indication clinique, et ne sont généralement pas indiqués dans le cas d'une affection post-COVID. Il est important de noter que ces tests peuvent aggraver les symptômes et provoquer une décompensation avec un temps de récupération important.

Les progrès sont évalués par le retour d'information du patient, en particulier lorsque l'objectif est la stabilité des symptômes et que le suivi n'est pas toujours quantitatif. La tenue d'un journal des symptômes (en particulier dans les jours qui suivent l'activité physique) ainsi que l'évaluation de la perception de l'effort de Borg⁶⁶ sont des outils qui peuvent être utilisés pour le suivi.

Résultats ciblés

Les objectifs du traitement doivent être spécifiques au patient : pour les patients souffrant de troubles dysautonomiques, les objectifs sont de réduire l'intolérance orthostatique, de stabiliser la fréquence cardiaque, d'améliorer la tolérance à l'effort et de réduire les malaises post-effort. Des exercices de musculation et de capacité respiratoire adaptés peuvent être utilisés s'il n'y a pas d'exacerbation

Annexe 1 Échelles proposées pour l'évaluation et le suivi des symptômes dans l'affection post-COVID, avec les avantages et les inconvénients de chaque échelle.

Échelle	Avantages	Inconvénients	Disponibilité
Échelle de mesure de la fatigue pour les fonctions motrices et cognitives FSMC	Comprend l'évaluation de la fatigue mentale et physique.	Non validée pour l'affection post-COVID Pas d'accès libre	Validée en anglais, allemand et italien – accès libre en ligne en anglais
Questionnaire DePaul	Questionnaire conçu spécifiquement pour évaluer les critères du malaise post-effort et du syndrome de fatigue chronique.	Non validé pour l'affection post-COVID Deux versions (longue et courte), la version courte (17 questions) utilisée dans ce document est moins répandue que la version longue. (54 questions)	Validée en français et allemand – Traduite en italien
Questionnaire Compass	Questionnaire d'évaluation des troubles autonomes/dysautonomiques	Non validé pour l'affection post-COVID Les 31 questions peuvent être chronophages/peuvent prendre beaucoup de temps.	Validée en anglaise, allemande et italien – traduite en français
Évaluation cognitive de Montréal (Montreal Cognitive Assessment) (MOCA)	Un des questionnaires les plus utilisés pour évaluer les fonctions cognitives.	Non validé pour l'affection post-COVID Les scores sont généralement normaux dans l'affection post-COVID et ne permettent pas d'identifier les troubles cognitifs (p. ex. l'attention, la concentration).	Validée en anglais, allemande, français et italien
Le test d'appariement de symboles et de chiffres (Symbol digit modalities test) (SDMT)	Évalue la vitesse psychomotrice, la vitesse de traitement et de la vitesse motrice.	Non validé pour l'affection post-COVID Pourrait échouer à présenter les troubles cognitifs observés dans l'affection post-COVID (p. ex. la concentration). Pas d'accès libre	Non disponible en accès libre
Indice de gravité de l'insomnie (Insomnia Severity Index) (ISI)	Une des échelles les plus largement utilisées pour l'insomnie.	Non validée pour l'affection post-COVID Ne prend pas en compte les troubles du sommeil autres que l'insomnie (p. ex., le syndrome des jambes sans repos, les cauchemars).	Validée en anglais, allemande, français et italien
Échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)	Une des échelles les plus largement utilisées pour le dépistage de l'anxiété et de la dépression en milieu ambulatoire. Combine la détection de l'anxiété et de la dépression qui peuvent coexister. Cette échelle est un bon outil de dépistage de l'anxiété qui pourrait être difficile à dépister pour les médecins généralistes.	Non validé pour l'affection post-COVID D'autres échelles telles que le PHQ2 ou le PHQ9 sont plus largement utilisées et recommandées en médecine de premier recours pour le dépistage de la dépression, mais elles ne prennent pas en compte les autres troubles psychiatriques concomitants	Validée en anglais, allemande, français et italien
Questionnaire sur la santé du patient PHQ9	Une des échelles les plus largement utilisées pour le dépistage de la dépression dans les soins primaires. Questionnaire facile de 9 items avec une version plus courte (PHQ2 : 2 questions)	Non validé pour l'affection post-COVID Outil de dépistage de la dépression uniquement, ne prend pas en compte les autres troubles psychiatriques concomitants.	Validée en anglais, allemande, français et italien
Échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg (MADRS)	Validé pour la dépression, même en cas de troubles cognitifs.	Non validé pour l'affection post-COVID Ne tient pas en compte les autres troubles psychiatriques concomitants.	Validée en anglais, allemande, français et italien
Inventaire d'anxiété état-trait (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)	Identifie l'anxiété, état ou trait. Versions courte et longue disponibles.	Non validé pour l'affection post-COVID Ne tient pas en compte les autres troubles psychiatriques concomitants. La version longue se compose de 40 questions et peut être chronophage. Un questionnaire validé de 6 items est disponible.	Validée en anglais, allemande, français et italien
Questionnaire DN4	Utilisé pour évaluer la douleur neuropathique. Questionnaire court (3 items)	Non validé pour l'affection post-COVID Ne prend pas en compte les autres types de douleur (inflammatoire, fibromyalgie)	Validée en anglais, allemande, français et italien
Échelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council (Modified Medical Research Council Dyspnea scale) (mMRC)	Questionnaire à 1 item qui évalue le degré de dyspnée.	Non validée pour l'affection post-COVID N'évalue pas les raisons ou l'impact de la dyspnée.	Validée en anglais, allemande, français et italien
Questionnaire de Nijmegen	Questionnaire utilisé pour identifier le syndrome d'hyperventilation.	Non validé pour l'affection post-COVID	Validée en anglais, allemande, français et italien
Échelle d'invalidité de Sheehan (SDS)	Questionnaire largement utilisé pour évaluer la capacité fonctionnelle. Questionnaire court et d'utilisation aisée, pour évaluer les domaines sociaux, familiaux et professionnels de la vie.	Non validée pour l'affection post-COVID Potentiellement pas assez détaillé pour fournir suffisamment d'informations sur la capacité fonctionnelle.	Validée en anglais, allemande, français et italien
Échelle du syndrome de fatigue chronique et de dysfonctionnement immunitaire de Bell (CFIDS)	Questionnaire court à 1 item avec 11 énoncés parmi lesquels choisir. Utilisé dans le syndrome de fatigue chronique.	Non validé pour l'affection post-COVID Non validé par de grandes études	Validée en anglais- traduite en allemand, français et italien

Collaboration multicentrique et multidisciplinaire –
Aspects médicaux, sociaux et professionnels

Colloques CoviBoard, coordination des soins

Consultation spécialisée:
Evaluation complète et multidisciplinaire

Coordination par médecin traitant

Investigations, suivi par médecin traitant

Prise en charge par médecin traitant

Dépistage & Prise en charge

Prévention – Information –
Echange citoyen.ne.s- communauté



Symptômes persistants fréquents ou multiples

Symptômes persistants

Population générale

Symptômes très invalidants,
pas d'amélioration, complexité sociale ou médicale



<https://www.rafael-postcovid.ch/informations-sante/post-covid-ressources>

• Ressources

- Pacing
- Respiration
- Hypnose
- Méditation
- Tai Chi



PACING

Découvrez les différentes étapes du pacing.

VIDÉOS PACING



RESPIRATION

Retrouvez tous les exercices sur la respiration.

VIDÉOS EXERCICES DE RESPIRATION

Une question ?

- Etudier les mécanismes sous-jacents
- Essais cliniques en cours

<https://www.rafael-postcovid.ch/informations-sante/recherche>

- Infection SARS-CoV-2
- Fatigue, troubles cognitifs
- Temelimab vs Placebo
- 6m 1x/m + examens neuropsychy, prises de sang etc.

etude.longcovid@hcuge.ch

Tel: 022 372 1151

recherche.hug.ch/etudes/temelimab



TRAITEMENT DU POST-COVID PARTICIPEZ À UNE ÉTUDE

Le Service de médecine de premier recours (SMPR) recherche des volontaires pour une étude sur un traitement du post-Covid.

But de l'étude: l'étude vise à évaluer l'efficacité d'un traitement, le temelimab. Cette molécule cible la protéine HERV-W ENV que l'on retrouve chez une partie des personnes touchées par le post-Covid. Cette protéine pourrait expliquer certains symptômes neurologiques (perte de mémoire, manque de concentration) et de fatigue.

Critères de participation :

- ▶ Avoir 18 ans et plus.
- ▶ Avoir été positif ou positive au Covid-19 auparavant (confirmation par test PCR, test antigénique ou sérologie).
- ▶ Ressentir des symptômes persistants au moins trois mois après l'infection (fatigue, perte de mémoire, manque de concentration).
- ▶ Être positif ou positive à la protéine HER-W ENV (ce critère sera vérifié à l'aide d'une prise de sang lors de la première séance).

Contact: etude.longcovid@hcuge.ch

Plus d'infos: recherche.hug.ch/etudes/temelimab

