

Mercredi 22 septembre 2021

WEBINAIRE

Prise en charge des COVID LONGS



Prise en charge des COVID LONG

Quelles bonnes pratiques de prise en charge peuvent être envisagées ?

Quels sont les outils disponibles pour faciliter vos diagnostics et vos décisions d'orientation ?

Comment s'organisent l'offre et l'accompagnement coordonnés en Occitanie ?





Introduction

Jean-Christophe CALMES

Président de l'URPS Médecins Libéraux d'Occitanie





Un regard national sur les symptômes prolongés du Covid 19

Docteur Pierre Gabach

Médecin spécialiste de santé publique
Chef du service Bonnes pratiques professionnelles

Docteur Olivier Robineau

Infectiologue au CH de Tourcoing

Symptômes persistants après une covid-19:

Travaux élaborés dans les cohortes en population générale

Olivier Robineau, Emmanuel Wiernik, Cedric Lemogne, Xavier de Lamballerie, Laetitia Ninove, Hélène Blanché, Jean-François Deleuze, Céline Ribet, Marcel Goldberg, Gianluca Severi, Mathilde Touvier, Marie Zins, Fabrice Carrat pour le groupe SAPRIS-Sero

Une définition? Pas encore satisfaisante

- Persistance de symptômes pour une période jugée anormalement longue.
- Quelle durée?
 - Arbitraire: 3 semaines pour le long, 3 mois pour le chronique
 - Epidémiologique: « date à laquelle moins de X% des patients présentent encore des symptômes »
 - Pratique: « date à partir de laquelle il existe une interrogation sur la cause et/ou à partir de laquelle une PEC spécifique peut être proposée »
- Quelle population?
 - Patients hospitalisés
 - Patients ambulatoires
- Quels symptômes?
- Quelle origine physiopathologique?

Epidémiologie

Analyse descriptive : au moins une plainte persistante

- Iles Faroé¹: 53% à 4 mois de l'infection
- Suisse² : 32% à J45: **80% de PDV**
- Grande Bretagne³: 10% au delà de 3 mois **Enquête en ligne.**
- Internationale (GB⁺⁺)⁴: moins de 2.6% à >84 jours **perdus de vue et critères définissant la disparition des symptômes**
- **Chine**: 76% de patients symptomatiques à 6 mois patients hospitalisés
- **France**: Monocentrique 478/834: 51% à 4 mois (hospitalisés)
- **France**: French COVID: 62% au moins 3 symptômes à 6 mois (hospitalisés)

Analyses comparatives

- Danemark (**personnel soignant** PCR+ vs PCR-): 14.9% VS 3.4% à 8 mois avec au moins une plainte persistante, Qualité de vie altérée
- Américaines⁶ (vétérans COVID+ vs COVID-) excès de morbidité significatif multi-systémique (**participants consommant le système de soin**)
- Américaines⁷ (**questionnaire en ligne** PCR+ vs PCR-) 65.9% vs 42.9% à 6 mois de l'examen ont au moins un symptôme
- Internationale⁴ (COVID « court » vs « COVID long ») FDR:
 - **Présentation clinique initiale bruyante**
 - Age
 - Sexe féminin

1: Nehme et col, Ann Intern Med, 2020

2: Petersen et col, CID 2020

3: NIH 2020

4: Sudre et col, Nature medicine 2021

5: Havervall et col, JAMA 2021

6: Al-Aly et col, Nature 2021

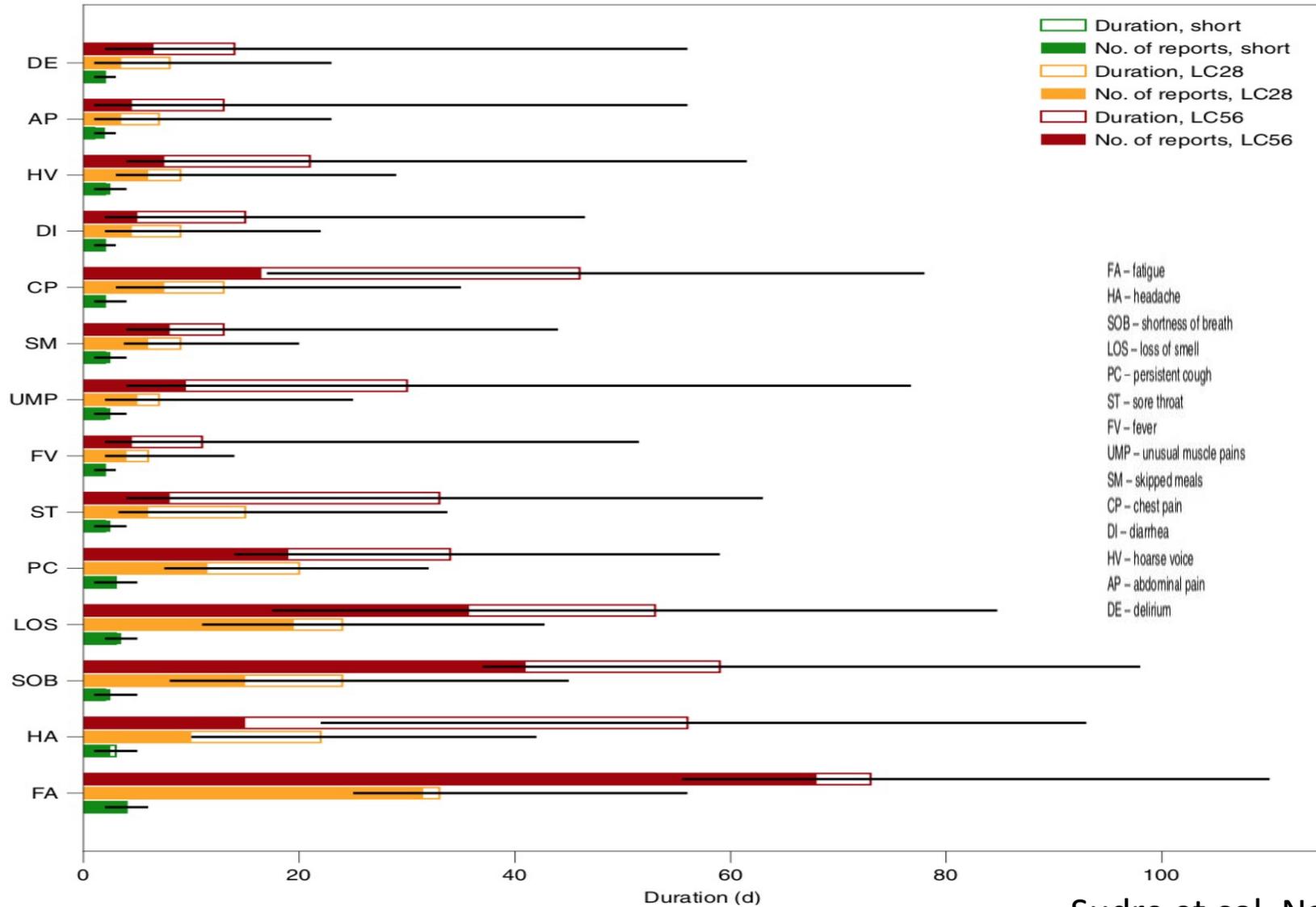
7: Wanga et col, MMWR, 2021

Symptômes

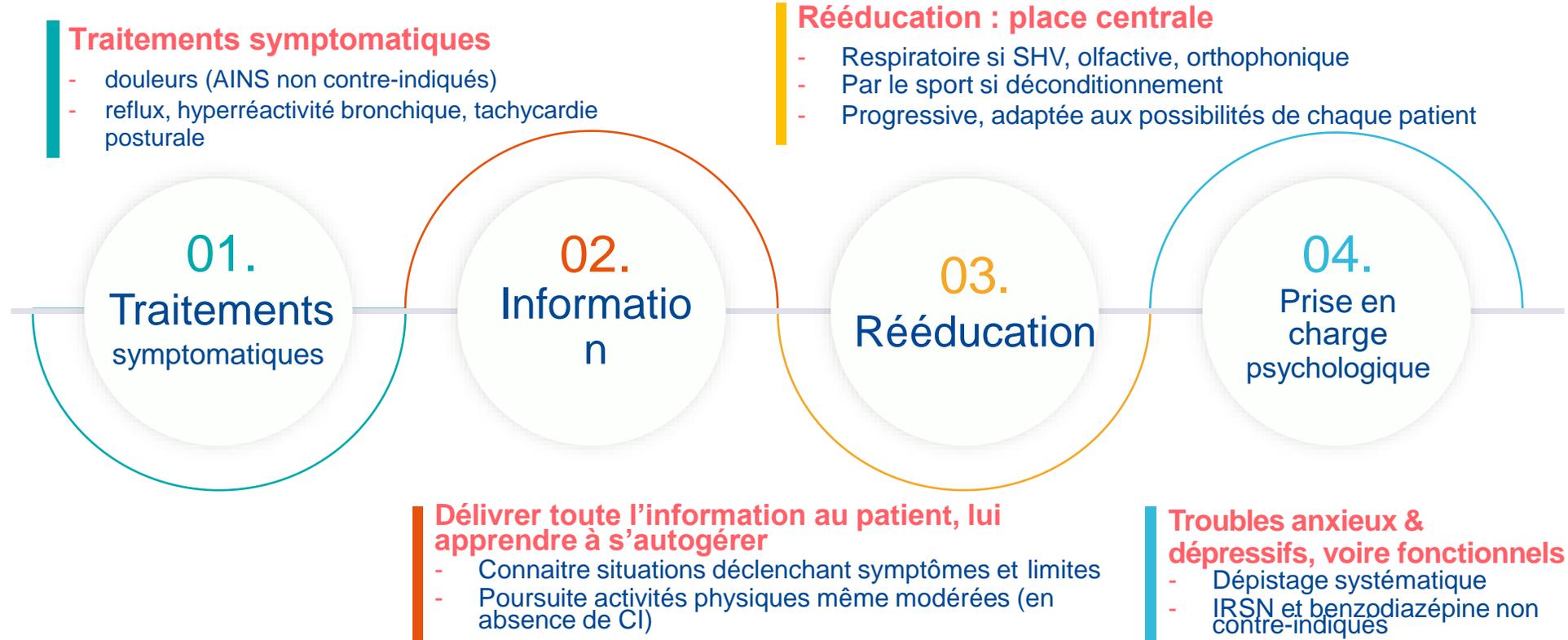
SARS-CoV-2 test result, weighted % (95% CI)

Symptom	Symptom prevalence among all persons receiving testing		Symptom prevalence among persons receiving testing who reported a symptom lasting >4 weeks since onset	
	Respondents who received a positive test result (n = 698)*	Respondents who received a negative test result (n = 2,437)*	Respondents who received a positive test result (n = 465)*	Respondents who received a negative test result (n = 1,058)*
Any symptom	65.9 [†] (61.9–69.8)	42.9 (40.8–45.1)	—	—
1 symptom only	27.2 [†] (23.7–30.8)	18.7 (17.0–20.4)	41.4 (36.5–46.3)	43.6 (40.3–46.9)
2 symptoms	14.0 [†] (11.1–16.8)	9.5 (8.2–10.7)	21.2 (17.1–25.3)	22.1 (19.3–24.8)
≥3 symptoms	24.7 [†] (21.0–28.3)	14.7 (13.2–16.3)	37.4 (32.5–42.4)	34.3 (31.1–37.5)
Fatigue/Tired/Weakness	22.5 [†] (19.0–26.1)	12.0 (10.6–13.4)	34.2 [†] (29.3–39.1)	28.0 (25.0–31.0)
Change in smell or taste	17.3 [†] (14.1–20.4)	1.7 (1.1–2.3)	26.2 [†] (21.8–30.7)	3.9 (2.6–5.3)
Shortness of breath or breathlessness	15.5 [†] (12.4–18.7)	5.2 (4.2–6.2)	23.6 [†] (19.1–28.1)	12.1 (9.9–14.2)
Cough	14.5 [†] (11.6–17.4)	4.9 (4.0–5.9)	22.0 [†] (17.8–26.2)	11.5 (9.4–13.6)
Headache	13.8 [†] (10.9–16.7)	9.9 (8.6–11.2)	20.9 (16.7–25.1)	23.0 (20.2–25.8)
Problems sleeping	12.0 [†] (9.3–14.7)	16.5 (14.8–18.1)	18.1 [†] (14.2–22.1)	38.3 (35.1–41.6)
Joint or muscle pain	11.1 (8.4–13.9)	12.4 (10.9–13.9)	16.9 [†] (12.9–20.9)	28.9 (25.8–32.0)
Cognitive dysfunction [§]	10.2 [†] (7.7–12.8)	7.3 (6.1–8.4)	15.5 (11.8–19.3)	16.9 (14.4–19.4)
Chest pain or pressure	7.3 [†] (5.2–9.4)	2.3 (1.6–2.9)	11.0 [†] (7.9–14.2)	5.3 (3.7–6.8)
Change in mood	6.6 (4.6–8.7)	8.8 (7.6–10.0)	10.1 [†] (7.1–13.1)	20.6 (17.9–23.2)
Postexertional malaise [¶]	6.1 [†] (4.1–8.0)	2.4 (1.7–3.0)	9.2 [†] (6.3–12.2)	5.5 (3.9–7.0)
Stomach pain	5.8 (3.9–7.7)	5.1 (4.1–6.1)	8.9 (6.0–11.7)	11.9 (9.7–14.1)
Hair loss	5.6 (3.7–7.5)	4.1 (3.3–5.0)	8.5 (5.6–11.3)	9.7 (7.6–11.7)
Diarrhea	5.3 (3.3–7.2)	3.3 (2.6–4.1)	6.0 (5.0–10.2)	7.0 (6.0–9.5)
Sore throat	4.9 [†] (3.1–6.8)	1.7 (1.1–2.2)	7.5 [†] (4.7–10.3)	3.9 (2.7–5.1)
Fever or chills	4.9 [†] (3.0–6.8)	1.9 (1.4–2.5)	7.5 (4.7–10.3)	4.5 (3.2–5.8)
Palpitations (heart racing or pounding)	4.5 (2.7–6.3)	2.5 (1.9–3.2)	6.8 (4.1–9.5)	5.9 (4.3–7.5)
Nausea/Vomiting	4.1 [†] (2.5–5.8)	1.9 (1.3–2.4)	6.3 (3.8–8.8)	4.3 (3.0–5.7)
Other symptom	1.3 (0.3–2.2)**	1.0 (0.6–1.5)	2.0 (0.5–3.4)**	2.4 (1.4–3.4)

Symptômes



La stratégie thérapeutique repose sur 4 piliers



Difficultés de prise en charge

- Connaissance de cette entité médicale faible malgré les RR
- Un médecin généraliste aura entre 4 et 10 patients présentant ce type de plainte
- Retard de PEC en structure de rééducation
- PEC multidisciplinaire difficile à élaborer en ville, comme en secteur hospitalier



Approche clinique et outils de diagnostic

Docteur Jerome Larche

Infectiologue à la clinique Clémenville - Montpellier

Docteur Guilhem Carle

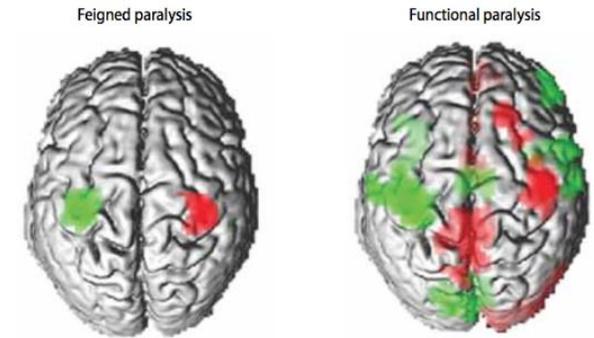
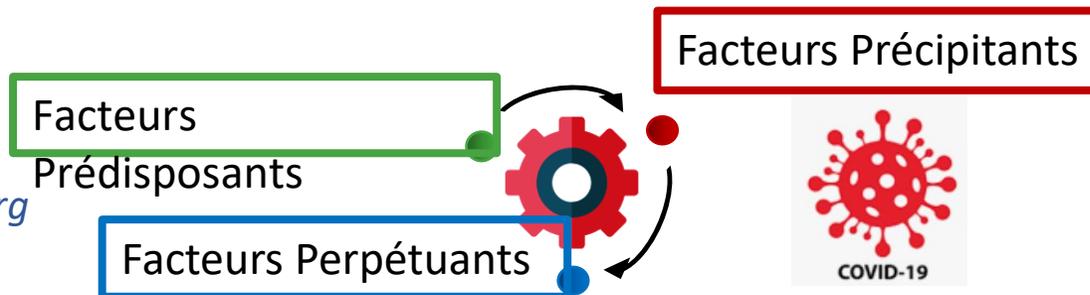
Psychiatre CH Purpan - Toulouse

COVID long et troubles fonctionnels

- Troubles fonctionnels ≠ Simulation ≠ Trouble symptôme somatique (somatoforme)
- = *symptômes réels, handicap significatif*

- Modèle des 3P :

<https://www.neurosymptoms.org>



Cojan et al., Neuroimage 2009

COVID long (2^{daire} à forme grave)

État de stress post-traumatique de réanimation (7-25%)

+++ Symptômes résiduels
= séquellaires de lésions d'organes

Rarement : troubles fonctionnels,
souvent comorbides de symptômes post-lésionnels

Horn et al. J Clin Psych dec 2020



COVID long (2^{daire} à forme mineure)

Symptômes résiduels fonctionnels, lésions d'organes "mineures" ou non retrouvées
→ à M12 : fatigue/faiblesse musculaire (20%), trouble de la marche (9%), vertiges (5%), attention (50%)

→ Comorbidités psychiques : dépression (15%), anxiété (20-26%), trouble dissociatif

Structures innovantes existantes :

→ Rehab-COVID, CASPER Covid, équipes mobiles, ...

Cellule de Coordination post COVID, pluridisciplinaire : pour cas complexes (env 10%)

→ Diagnostic positif trouble fonctionnel / séquelle lésionnelle par spécialiste

→ Psychoéducation spécifique, remédiation cognitive et évaluation psychiatrique

→ Programme de rééducation, personnalisé et centralisé

Huang L. et al. The Lancet aout 2021; Taquet M. et al., The Lancet Psych, mai 2021; Shevlin M Brit J Health Psych 2020



Approche organisationnelle de la prise en charge

Docteur Jérôme Larche

Infectiologue à la clinique Clémenville - Montpellier

Docteur Théo Combes

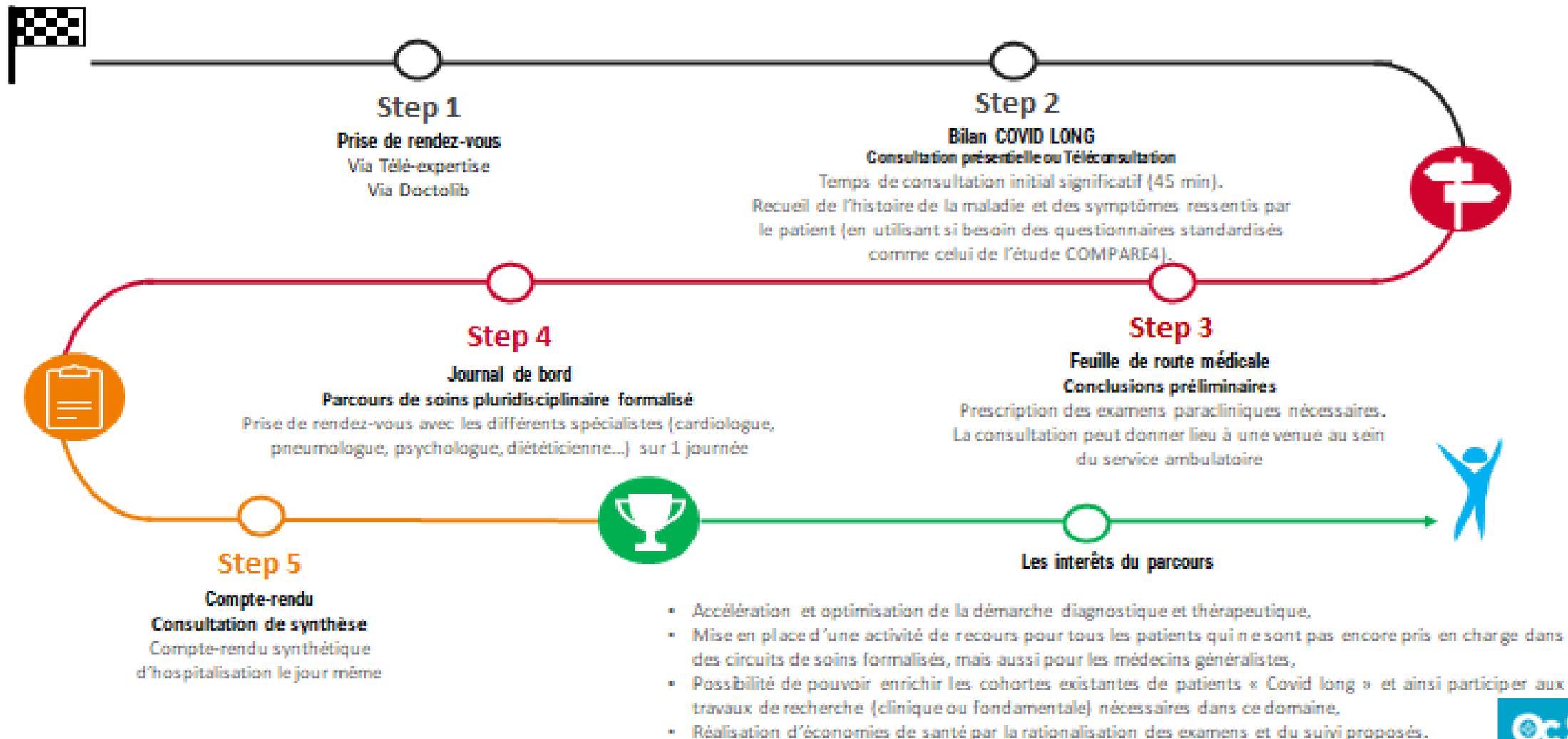
Président de la CPTS du Grand Gaillacois

Céline Saintin

ARS - Direction du premier recours
Responsable du pôle soins primaires

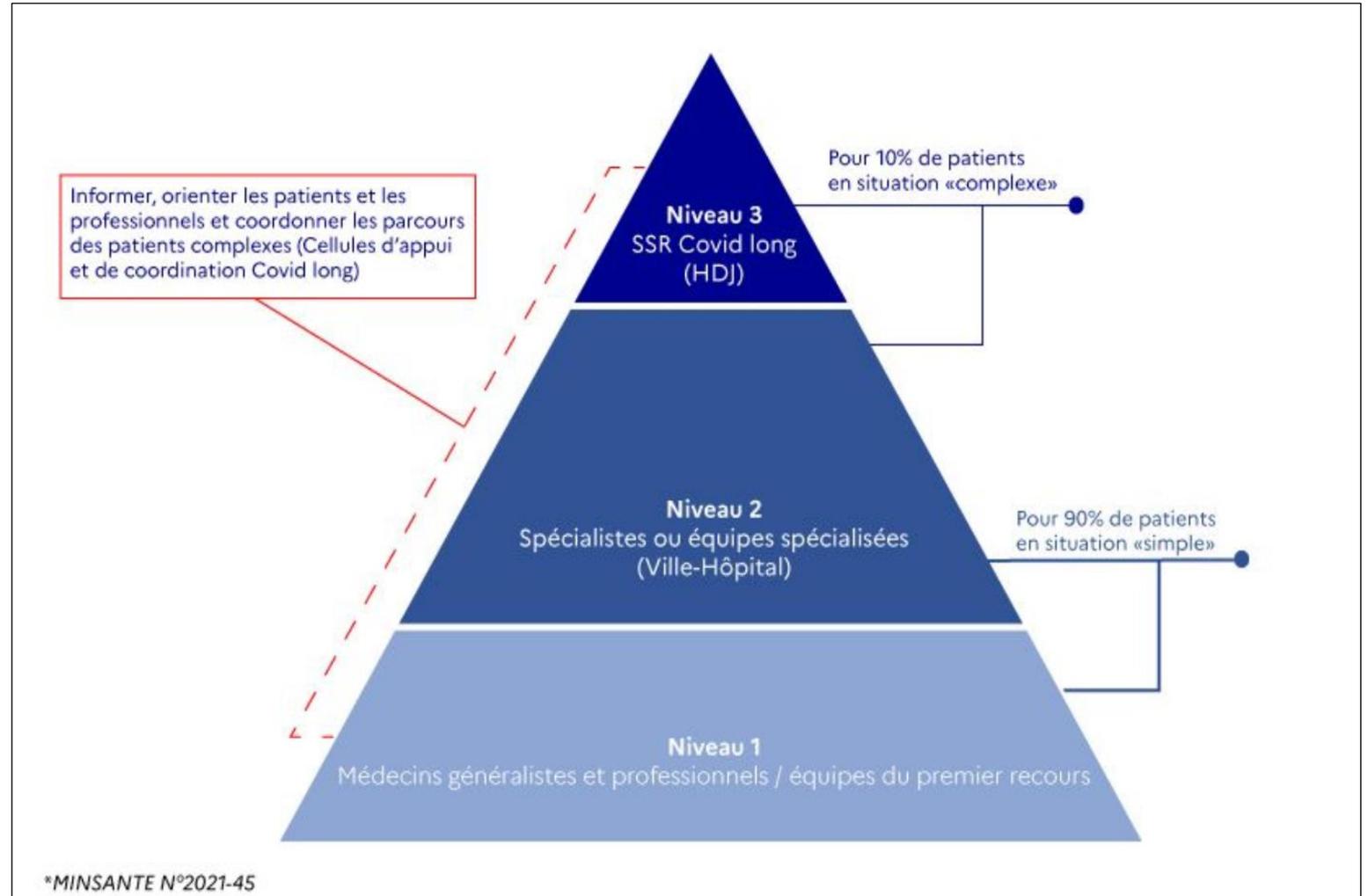
Covid long - Parcours de soins pluridisciplinaire et de suivi adapté

La clinique Clémentville (OC SANTE) permet la formalisation d'un parcours de soins structuré, fluide, bénéficiant si besoin de la télé-médecine (télé-expertise synchrone / asynchrone avec la plateforme CONEX SANTE et téléconsultation avec CONEX SANTE ou ROFIM) et des réseaux de soins existants (médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie, radiologie, médecine nucléaire, psychologue, psychiatrie, diététicienne, rééducation cardiorespiratoire...).



Les perspectives d'organisation en Occitanie

Céline Saintin
ARS - Responsable
du pôle soins
primaires
Direction du premier
recours



Focus sur l'appel à projet : filière CPTS Covid long

ars
ARS Occitanie
15/09/2021

Destinataires : CPTS

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE COVID LONG PAR LES PROFESSIONNELS DU PREMIER RECOURS
Appel à projet

Objet de l'appel à projet :

La prise en charge des Covid longs nécessite une approche pluriprofessionnelle et coordonnée sur les territoires en Occitanie. Deux niveaux d'approche sont privilégiés :

- Pour rappel au niveau départemental : une cellule de coordination post-Covid est en place dans chaque département à l'initiative des PTA ou des DAC
- Localement et à titre expérimental : des CPTS sont invitées à être porteuses d'un projet de prise en charge des patients atteints de Covid longs : « la filière CPTS Covid long ». C'est ce dispositif spécifique qui fait l'objet de ce présent appel à projet.

Partie I - Cadre de l'offre de soins de 1er recours

Définition du Covid long

La Covid-19 est une maladie d'expression polymorphe, tant par sa présentation clinique que par sa gravité et sa durée.

Plusieurs semaines après la maladie, un nombre important de personnes infectées par le SARS-CoV-2 présentent encore des symptômes. Plus de 20 % des patients présentent encore au moins un des symptômes initiaux de la Covid-19 cinq semaines après le début de la maladie, et plus de 10 % à 6 mois. Ce temps de récupération, plus ou moins long, fluctue en fonction des patients, sans que l'on comprenne complètement pourquoi.

La Haute Autorité de Santé précise que 3 critères permettent de repérer les patients souffrant de symptômes prolongés de la Covid-19 : ils ont présenté une forme symptomatique de Covid-19, ils présentent un ou plusieurs symptômes initiaux, 4 semaines après le début de la maladie et aucun de ces symptômes ne peut être expliqué par un autre diagnostic.

La prise en charge de ces symptômes peut être réalisée en soins primaires dans la grande majorité des cas.

Les enjeux de l'offre de soins de 1er recours

L'offre de soins de premiers recours doit permettre de :

- Détecter précocement les patients souffrant des symptômes prolongés de COVID
- Orienter les patients vers leur médecin traitant ou à défaut un médecin généraliste ou spécialiste volontaire et formé afin d'éviter l'errance des patients
- Rassurer chaque patient, lui apporter une information sur les connaissances actuelles / l'évolution/ les prises en charge selon les symptômes
- Proposer une prise en charge graduée au patient, quel que soit son lieu de domiciliation
- Favoriser une prise en charge coordonnée entre les différents professionnels de santé impliqués
- Limiter le recours hospitalier aux patients les plus complexes, orientés par leur médecin généraliste

La sollicitation directe de l'offre dite de second recours sans passer les relations entre les soins de ville et les soins en l'accès, via une orientation par un médecin de ville, à une échelle d'un mois (hors de l'état clinique du patient) le

Les tous les professionnels de santé du territoire doivent être prolongés de Covid afin d'orienter le patient qui est ou un médecin généraliste volontaire et formé

La complexité des symptômes rencontrés, répond à

Hors d'un médecin, de tout professionnel de santé (infirmier, masseur kinésithérapeute ou d'autres professionnels de sport santé, service d'aide à domicile, etc.)

place sur son territoire de santé, effectués une prise en charge par un médecin généraliste ou un médecin de proximité pour une première consultation

Il peut assurer lui-même le suivi et coordonner les soins par la réhabilitation en fonction de

possible par le médecin traitant, une filière de soins sur le territoire.

siens persistent depuis plus de 3 mois, les soins « à des équipes » hospitalières » afin de permettre des prises en charge coordonnées multidisciplinaires

et vers une prise en charge en soins de second recours (services de soins de réhabilitation, pneumologiques, nutritionnels, algie polyarthrologiques, et autres) et multidisciplinaires permettant une prise en charge coordonnée et partagée avec la

La filière CPTS Covid long se compose de professionnels de santé pluridisciplinaires formés, volontaires et identifiés, pour prendre en charge tout patient présentant des signes de Covid long.

15 CPTS retenus sur l'ensemble de la région pour réaliser une expérimentation d'une durée de 24 semaines.





**La parole vous est
donnée !**

Outils à disposition

1

Une fiche précisant les bonnes pratiques de prise en charge

2

Une guide permettant de définir une approche pluriprofessionnelle de prise en charge

3

Grille d'analyse permettant à travers 10 symptômes retenus par l'HAS de poser un diagnostic de COVID Long

Bonnes pratiques & Prise en charge

Recommandations Haute Autorité de Santé
Sources : Guide de document complet

- Des **symptômes prolongés** au décours de la Covid-19 peuvent survenir même chez des personnes ayant fait des formes peu sévères. Ces symptômes sont **polymorphes**, et peuvent évoluer de façon fluctuante sur plusieurs semaines ou mois.
- La majorité des patients peut être suivie en soins primaires dans le cadre d'une prise en charge holistique.
- Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont une fatigue, des troubles neurologiques (cognitifs, sensoriels, céphalées), des troubles cardiothoraciques (douleurs et oppressions thoraciques, tachycardie, dyspnée, toux) et des troubles de l'odorat et du goût. Des douleurs, des troubles digestifs et cutanés sont également fréquents.
- Devant un patient qui présente des symptômes prolongés au décours d'une Covid-19, il faut d'abord éliminer une complication de la phase aiguë, une décompensation de comorbidité et une autre cause que la Covid-19.
- Un **examen clinique approfondi** (dont un recueil d'informations bienvallant, la recherche d'une hypotension orthostatique et la mesure de la SpO2) peut s'aider d'échelles et d'un bilan paraclinique parcimonieux. Cet examen approfondi est nécessaire pour porter un diagnostic en rapport avec ces symptômes prolongés.
- 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 et l'accompagnant. Il faut inciter les patients à apprendre à s'autogérer, connaître leurs limites mais continuer avoir des activités physiques même modérées (en l'absence de contre-indications).
- Les traitements actuels sont essentiellement symptomatiques.
- La **rééducation a une place centrale** : rééducation respiratoire en cas de syndrome d'hyperventilation, rééducation olfactive en cas de troubles de l'odorat.
- L'exploration de troubles anxieux et dépressifs, de troubles fonctionnels et la proposition d'un **soutien psychologique** sont à envisager à toutes les étapes du suivi.
- 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.
- Malgré un recul encore limité, l'évolution observée fait alterner des phases d'exacerbation et de récupération. L'évolution se fait en règle vers une amélioration à un rythme variable selon les patients.

Informations, conseils & services sur notre site internet

www.medicin-occitanie.org

Evaluation médicale d'un patient

Examen approfondi pour poser un diagnostic par étape

- Description des symptômes de répondeur aiguë et/ou antérieurs
- État immunonéurologique
- Recherche de causes complémentaires
- Identification des interventions cognitives et conclusions
- Liens avec les symptômes
- Mise à jour des antécédents connus

Examen clinique

- Écoute attentive du patient avec empathie
- Recueil des caractéristiques de l'épisode et/ou de la phase de répondeur
- Signes de décompensation ou aggravação patient
- Contrôle de la vitalité, signes de décompensation aggravação
- Conséquences physiques et physiologiques
- Impact sur la qualité de vie, la vie sociale et professionnelle

Examen clinique au repos et à l'effort

- Mode et modification récente, le cartilage, prise de la TA, SpO2, recherche d'hypertension orthostatique orthostatique, la régulation au repos, etc. En cas de dyspnée ou de tachycardie, SpO2 au repos et à l'effort
- Examen orienté par les symptômes
- Utilisation de scores et d'échelles validées (dyspnée, symptômes annexes et/ou dépressifs, attention cognitive, douleur, fatigue)

Examens complémentaires à proposer

- Hémogramme, fonction hépatique, fonction rénale, transaminases, CRP, vitesse de sédimentation, sérologie, TSH
- Examen orienté par les symptômes
- Utilisation de scores et d'échelles validées (dyspnée, symptômes annexes et/ou dépressifs, attention cognitive, douleur, fatigue)
- Autres examens en fonction de la clinique

Partager l'information avec le patient et proposer un plan de soins

- Temps de récupération plus ou moins long (peut être à ce jour)
- Plan de traitement mais une part importante des patients
- Amélioration de l'acceptation, souvent en lien avec une bonne écoute et un soutien
- Favoriser la notion d'une activité physique quotidienne mais en tenant compte des signes qui démontrent les symptômes - autres indicateurs en cas de pathologie cardiaque

Annexes psychologiques ou psychiatriques, TCC ou suivi psychologique

- En cas de troubles somatiques fonctionnels, anxieux ou dépressifs

Rééducation à l'effort

- En cas de rééducation physique marquée

Kinésithérapie respiratoire

- En cas de syndrome d'hyperventilation

Rééducation olfactive, ORL, avis ORL

- En cas de troubles du goût et de l'odorat persistants

SAR COVID long

- En cas de manifestations des symptômes de la vie quotidienne et/ou nécessitant une PRC interdisciplinaire

Donner au patient des informations sur la façon d'adopter les symptômes, effets, conséquences des symptômes graves

- Élaborer des objectifs, à adapter progressivement aux patients
- Liens de contacts en cas d'aggravação, soutien et soutien

Services sociaux, médiation de travail

- Pour avoir un logement, à l'emploi et soutien financier
- Pour faciliter et accompagner les parcours de soins complexes et/ou liés à des besoins, sur les ressources matérielles et sociales complémentaires

Une implication pluriprofessionnelle

ORL
Orthophoniste
Diététiciens
Pneumologues
Kinésithérapeutes
Cardiologue
Neurologues
Allogues
IDE - Spécialisés dans la prise en charge de la douleur
Dermatologue
Psychologue...

Fiches techniques

- Fatigue
- Dyspnée
- Douleurs Thoraciques
- Troubles du goût et de l'odorat
- Douleurs
- Kinésithérapie rééducatrice à l'effort
- Kinésithérapie syndrome hyperventilation
- Troubles somatiques fonctionnels
- Manifestations neurologiques
- Troubles dysautonomiques

Aide au diagnostic & l'orientation

Grille d'analyse permettant à travers 10 symptômes retenus par l'HAS de poser un diagnostic de COVID Long

Nom et Prénom du Patient: _____
 Nom du médecin: _____
 Date et heure: _____

Cocher si symptômes	Symptôme	Commentaires / Aide au diagnostic
<input type="checkbox"/>	Fatigue	Identification de ses facteurs déclenchants et du seuil à partir duquel dans l'activité quotidienne l'énergie diminue. Questionner progressivement, les personnes avec une réhabilitation douce à l'effort ainsi qu'un soutien psychologique
<input type="checkbox"/>	Dyspnée	La HAS recommande une corticothérapie réalisée en cas de maladie respiratoire déclarée ou de lypner émettrice bronchique ainsi qu'une évaluation respiratoire spécialisée afin d'entraîner une réhabilitation respiratoire si le patient et symptomatique avec prise en charge chez un kinésithérapeute en cas de syndrome d'hyperventilation
<input type="checkbox"/>	Douleur thoracique	Un bilan doit être réalisé afin d'éliminer persistance myocardique douleur pariétale ou viscérale non cardiaque avec orientation pour prise en charge
<input type="checkbox"/>	Troubles du goût et de l'odorat	La HAS, outre les lavages de nez au sérum physiologique, préconise un avis ORL en cas de non amélioration après 2 mois de traitement par rééducation olfactive
<input type="checkbox"/>	Douleur	La HAS préconise la prescription d'antalgiques de palier en fonction du type de douleur les antalgiques de palier II sont à éviter un traitement par kinésithérapie et ou activité physique douce pourra être associé
<input type="checkbox"/>	Manifestations neurologiques	Il faut d'abord éliminer les manifestations neurologiques liées à la COVID-19 ou à une autre cause. La prise en charge en premier recours repose sur l'évaluation des symptômes le mode d'adaptation et l'évaluation de soutien. Les examens neurologiques standardisés sont réalisés. Les traitements seront adaptés en fonction
<input type="checkbox"/>	Déconditionnement physique	La HAS préconise une évaluation de ce déconditionnement pour bénéficier d'une réhabilitation respiratoire incluant réentraînement à l'effort qui doit être personnalisé adapté et progressif s'appuyant sur la réalisation d'une VO 2 max
<input type="checkbox"/>	Syndrome d'hyperventilation	Ce syndrome nécessite la prise en charge par un kinésithérapeute avec réalisation de séances d'exercice respiratoire associée à des techniques de relaxation
<input type="checkbox"/>	Troubles somatiques fonctionnels	Il s'agit de symptômes polymorphes qui doivent être énumérés afin d'expliquer le trouble sans le stigmatiser au patient ces symptômes sont majorés par l'incertitude et favorisés par le repos prolongé. Ces troubles peuvent être améliorés par une reprise d'activité physique douce par les séances de kinésithérapie pour réhabilitation respiratoire. Aucun traitement médicamenteux ne doit être proposé.
<input type="checkbox"/>	Troubles dysautonomiques	Ces symptômes associés vertiges, sauts de rythme, nausées, frissons. Des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques doivent être proposées.

Commentaires complémentaires : _____

Jean-Christophe CALMES

Conclusion

Président de l'URPS Médecins Libéraux d'Occitanie

**MERCI à tous pour votre
attention et pour la
qualité de nos échanges**

