



Trajectoire de services pour les usagers atteints de COVID longue (affections post-COVID-19)

CISSS du Bas-Saint-Laurent

Décembre 2021

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec 

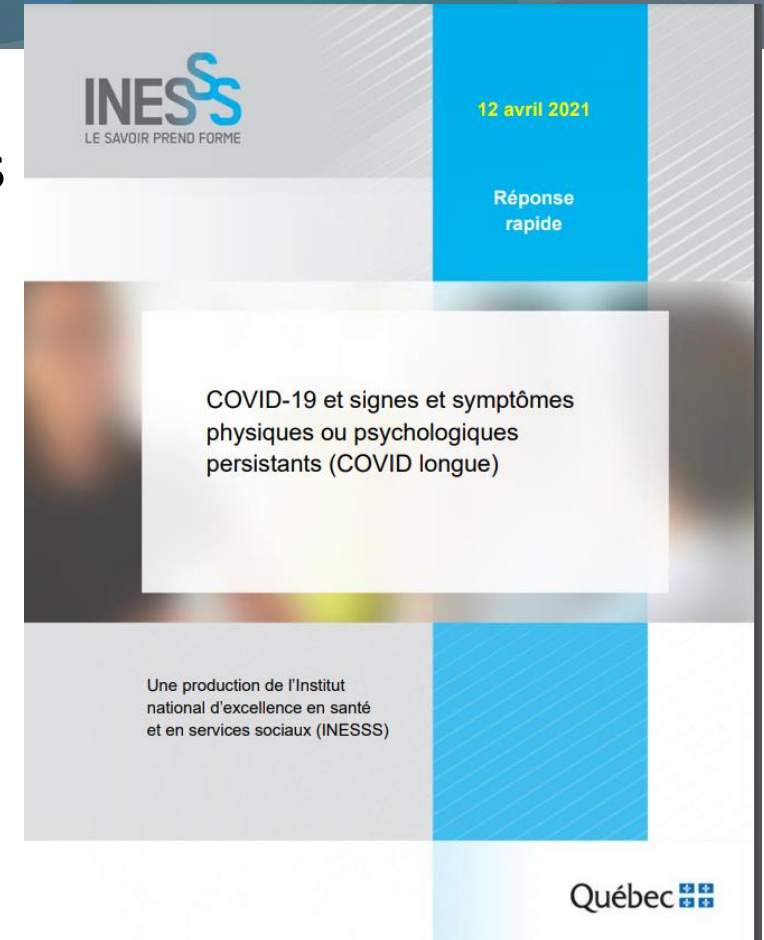
Objectifs de la présentation

- Informations générales sur la COVID longue
- Trajectoire de services pour les usagers atteints de COVID longue
- Fonctions du gestionnaire de cas
- Mécanismes de référence

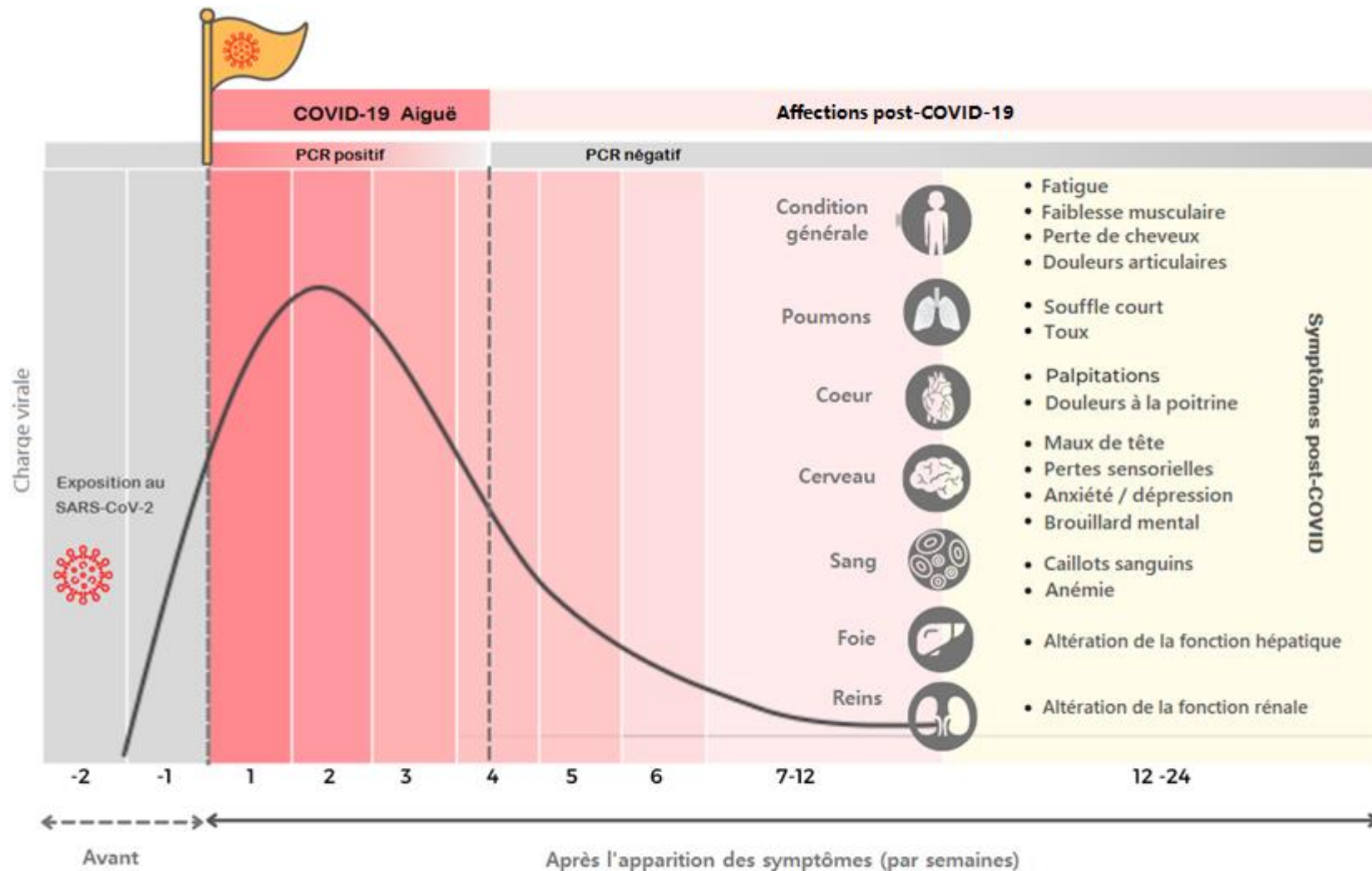
État des connaissances

Une mise à jour des connaissances publiées au printemps par l'INESSS

- Beaucoup de variabilités entre les études
- Encore peu de recul
- Relativement faible qualité des données probantes



Symptômes persistants > 4 semaines



Source: NATURE MEDICINE | VOL 27 | APRIL 2021 | 601-615 |

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

Les symptômes les plus fréquents

- **la fatigue** (21 %-98 %)
- **les symptômes thoraciques ou cardio-respiratoires** : dyspnée (6 %-74 %), essoufflement (4 %-87 %), douleur thoracique (3 %-66 %), toux (2 %-73 %), arythmie cardiaque (5 %-32 %)
- **les symptômes neurologiques** : l'anosmie, l'agueusie ou la dysgueusie (3 %-75 %), les céphalées (2 %-94 %), les troubles de mémoire ou de concentration (2 %-48 %)
- **les troubles de santé mentale** : l'anxiété, la dépression et les symptômes du trouble de stress post-traumatique (7 %-63 %)
- **les troubles du sommeil** (6 %-93 %)
- **la myalgie et l'arthralgie** (2 %-52 %)

Informations générales sur la COVID longue

La prévalence

Usagers présentant au moins 1 symptôme persistant après 4 semaines:

- Environ 1 patient sur 2 ayant nécessité une hospitalisation lors de l'infection aiguë (25 % à 89 %)
- Environ 1 patient sur 3 n'ayant pas requis d'hospitalisation (13 % à 41 %)

Informations générales sur la COVID longue

La présentation clinique est variable

- Les symptômes peuvent persister indépendamment de la sévérité de l'infection initiale
 - Persistance de certains signes et symptômes qui étaient présents pendant la phase aiguë de l'infection avec ou sans apparition de nouveaux symptômes
 - Apparition de signes et symptômes après une période de rémission suivant l'infection aiguë ou suivant une infection asymptomatique.
- Ils peuvent se manifester chez les enfants, les adolescents et les adultes.

Informations générales sur la COVID longue

Le profil de récupération

- Lorsque les symptômes persistent au-delà de 12 semaines, l'amélioration subséquente a tendance à être beaucoup plus lente
- Le pronostic à long terme n'est pas clairement établi

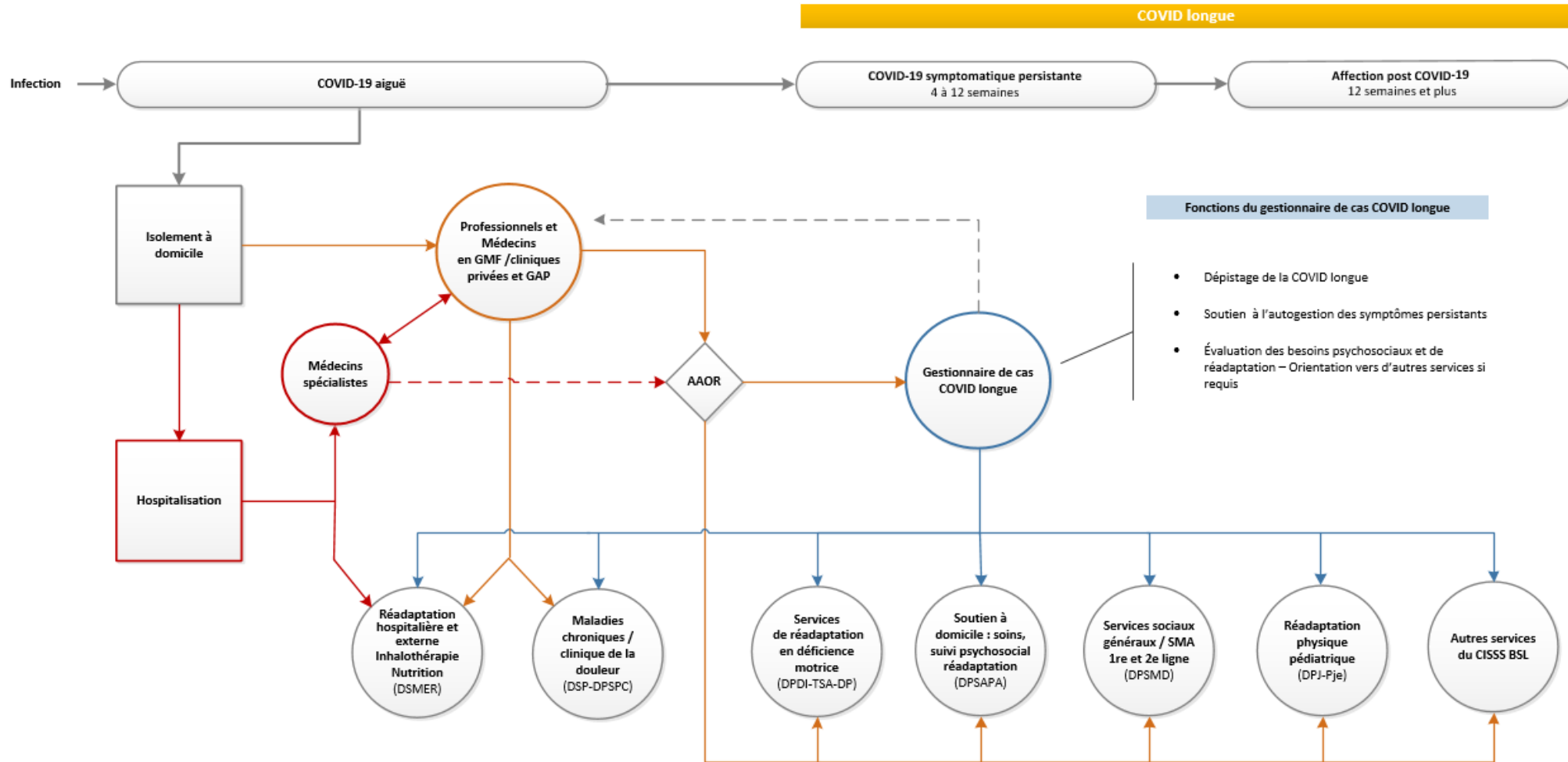


COVID longue
Trajectoire proposée pour le CISSS BSL



Trajectoire de services pour la usagers atteints de Covid longue

CISSS du Bas-Saint-Laurent





Fonctions du gestionnaire de cas COVID longue

1- Dépistage de la COVID longue

Dépistage à l'aide du questionnaire Yorkshire (entrevue téléphonique)



Installation : Inscrire l'installation

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 NAM : _____ Exp. _____
 Nom, prénom de la mère : _____

DÉPISTAGE COVID LONGUE YORKSHIRE

À utiliser pour documenter les besoins de réadaptation de la COVID longue

Explications :
 Je vais vous poser quelques questions sur la façon dont vous pourriez avoir été affecté(e) depuis votre maladie. S'il y a d'autres façons dont vous avez été affecté(e), alors il y aura une chance de me les faire savoir à la fin.

1. **Essouffement :**
 Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun essouffement, et 10 étant extrêmement essouffé(e), comment êtes-vous essouffé(e)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Au repos présentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au repos pré-COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En s'habillant présentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En s'habillant pré-COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En montant les escaliers présentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En montant les escaliers pré-COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Complications laryngées / voies respiratoires :**
 Avez-vous développé des changements dans la sensibilité de votre gorge comme une toux gênante ou une respiration bruyante? oui non
 Évaluez l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. **Voix :**
 Est-ce que vous ou votre famille avez remarqué des changements dans votre voix, comme de la difficulté à être entendu(e), une altération de la qualité de la voix, votre voix est fatiguée à la fin de la journée, ou une incapacité à modifier la tonalité de votre voix? oui non
 Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. **Avaler :**
 Avez-vous de la difficulté à manger, à boire ou à avaler, comme tousser, s'étouffer ou éviter de manger ou de boire? oui non
 Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1- Dépistage de la COVID longue

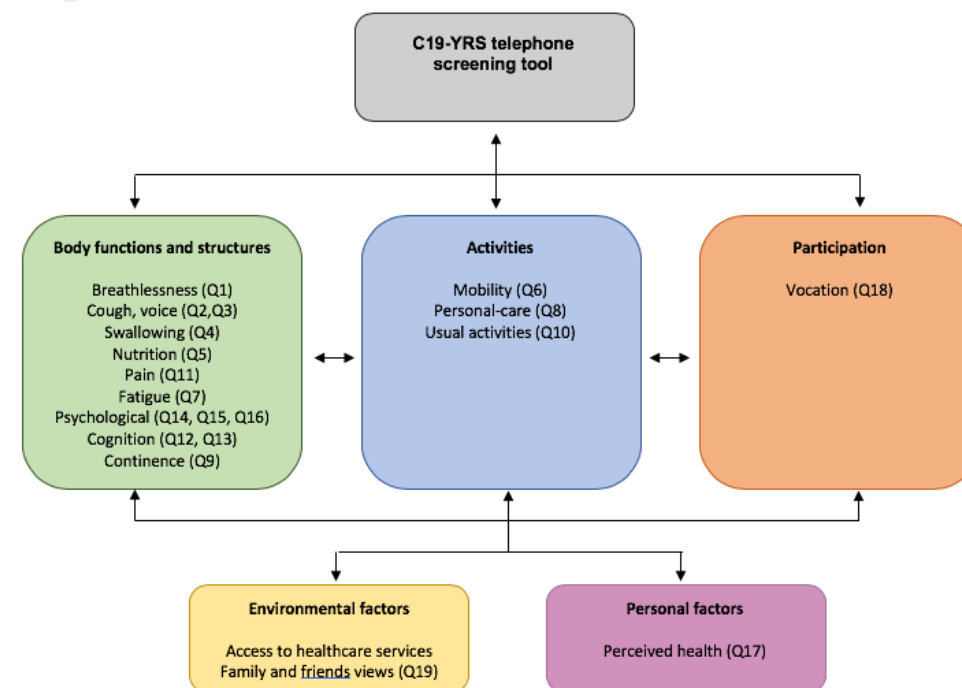
Dépistage à l'aide du questionnaire Yorkshire (entrevue téléphonique)

Évaluation des impacts des symptômes persistants sur le plan :

- ... des fonctions et structures du corps
- ... des activités de la vie quotidienne et domestique
- ... des activités occupationnelles

En relation avec

- ... les facteur personnels et environnementaux



2- Soutien à l'autogestion des symptômes persistants

- Inviter la personne à documenter ses symptômes (apparition, détérioration et résolution) afin de repérer les éléments déclencheurs et exacerbant.
- Insister sur une bonne hygiène de vie
- Donner des conseils pour soulager ses symptômes
- Inviter la personne à reprendre ses activités selon ses capacités et les seuils d'effort qui déclenchent ses symptômes
- Établir des objectifs progressifs et réalistes.

2- Soutien à l'autogestion des symptômes persistants

Ces interventions sont réalisées à l'aide d'un coffre à outils composé de fiches visant à informer et soutenir l'utilisateur

- Essoufflement
- Maux de tête
- Fatigue
- Brouillard cérébral
- Malaise post-effort
- Toux
- Perte d'appétit



3 - Évaluation des besoins psychosociaux et de réadaptation

Orientation vers d'autres services selon les besoins de l'utilisateur

(lorsque malgré le soutien offert, l'évolution de l'état de santé et des situations de handicap vécues par l'utilisateur le justifie)

- Selon les critères d'accès et de priorisation déjà établis pour chacun des secteurs.
- Selon les mécanismes de références en place

Mécanismes d'accès au services

- Le médecin réfère aux services qu'il juge requis de la même manière qu'il le fait habituellement
- Si un soutien téléphonique pour l'autogestion des symptômes persistants liés à la COVID-19 est jugé requis, le médecin le formulaire de référence et l'achemine à l'AAOR :

par télécopieur au 418-727-4507

ou

par courriel au aaor.regional.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent Québec

BL0428

SERVICE DE SOUTIEN AUX PERSONNES ATTEINTES DE COVID LONGUE

SVP acheminer par courriel à aaor.regional.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 418 727-4507

Référence au gestionnaire de cas COVID longue si les 4 critères suivant sont rencontrés

1. Infection initiale confirmée	Date de début : _____	<input type="checkbox"/>
2. Présence de signes et symptômes au-delà de 4 semaines après l'infection initiale		<input type="checkbox"/>
3. Persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection.		<input type="checkbox"/>
4. L'utilisateur accepte qu'un intervenant le contacte afin de lui offrir un support à l'autogestion de ses symptômes		<input type="checkbox"/>

SIGNES ET SYMPTÔMES :	Symptômes persistants	
Généraux (Fatigue incapacitante et soutenue, fièvre, malaises post-effort, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cardiorespiratoires (arythmie, palpitations, dyspnée, toux, douleur thoracique, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dermatologiques (éruptions cutanées, perte de cheveux, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gastro-intestinaux (douleurs abdominales, nausées, diarrhée, baisse ou perte d'appétit, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Musculosquelettiques (douleurs musculaires, tendineuses ou articulaires, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Neurologiques (brouillard mental, céphalée, troubles de mémoire ou de la concentration, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Otorhinolaryngologiques (troubles du goût ou de l'odorat, acouphènes, vertiges, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Psychologiques (symptômes anxieux ou dépressifs, trouble de stress posttraumatique, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres symptômes persistants :

L'utilisateur a également été référé à d'autres services en lien avec les symptômes persistants observés.

Précisez : _____

J'ai remis le feuillet explicatif quant au service de soutien aux personnes atteintes de COVID longue et je me suis assuré que l'utilisateur accepte d'être contacté par une personne à cet effet.

Commentaires : _____

SIGNATURE : _____ N° PRATIQUE : _____ DATE (A-M-J) : _____

SERVICE DE SOUTIEN AUX PERSONNES ATTEINTES DE COVID LONGUE

Page 1 de 1



Questions ?