



Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte

Diagnostic et prise en charge

M. Frédéric Xavier MKO, Doctorant
Mme Emmanuelle Chouin MK

- Physiopathologie : du symptôme à l'approche syndromique
- La prise en charge : de l'évaluation à l'approche thérapeutique

Étape 1

PHYSIOTHATOLOGIE : DU SYMPTÔME À L'APPROCHE SYNDROMIQUE

Physiopathologie : histoire naturelle de cette maladie

Suivi encore court / alternance phases de bien-être et exacerbations.
Évolution globale vers amélioration lente en quelques mois.

Prévalence, lien avec la Covid-19, facteurs de risque?

Mécanisme(s) physiopathologique(s) à l'origine de ces symptômes ?

- Persistance virale (sites usuels ou autres réservoirs).
- Réponse dysimmunitaire ou inflammatoire inadaptée.
- Apparition de troubles fonctionnels, de troubles psychologiques ou psychiatriques.
- Facteurs génétiques, hormonaux et/ou auto-immuns associés.

Une démarche pragmatique, rationnelle et scientifique de PEC de ces patients , dans le cadre d'une décision médicale partagée multidisciplinaire, est donc nécessaire

Définition = des symptômes > 12 semaines

- La COVID long se définit par les 3 critères suivants :
 - La persistance ou résurgence d'au moins 1 symptôme de la phase aiguë du COVID, et/ou l'apparition de nouveaux symptômes
 - Plus de 12 semaines après un épisode COVID (confirmé ou probable ou asymptomatique)
 - Sans autre explication (voir diagnostics différentiels)
- C'est une pathologie fluctuante pouvant évoluer sur plusieurs semaines / mois.
- Les femmes semblent plus fréquemment touchées. Par ailleurs, plus l'âge augmente, plus le risque de non-retour à l'état initial est important, mais déjà, un quart des patients âgés de 18 à 34 ans, déclare ne pas retourner à l'état initial après un épisode de COVID19.
- Tout le monde peut être touché par la COVID long, y compris ceux ayant fait une forme peu sévère : **ne pas hésiter à questionner les patients sur leur statut COVID pour évoquer ce diagnostic, y compris si ce n'est pas le motif de consultation.**

COVID Aigu



Issue de l'interaction Virus-Hôte



J-1

4 semaines

12 semaines

Durée inconnue ?

COVID Post-Aigu

Séquelles Post-Réanimation
(la durée peut s'étendre au-delà de 12 semaines pour ce cas particulier)
Séquelles multi-organiques post phase aiguë

Hypothèse Covid long probable

COVID Long

Hypothèses physiopathologiques

- Réservoir viral latent dans les tissus ciblés par le virus
- Activation immunitaire chronique (excrétion persistante d'ARN viral)
- Immuno-pathologie systémique (auto-immunité déclenchée par le virus)
- Évolution continue du phénotype viral dans l'hôte (modification des processus immunitaires initiaux) / évasion immunitaire (le virus échappe au système immunitaire de l'hôte)
- Endothélite systémique persistante (cro angiopathie chronique)
- Possible réinfection (variants++)

COVID Long Symptômes

Troubles neurocognitifs
Anxiété/Dépression/
Troubles de l'humeur
Trouble du sommeil
Vertige-
Etourdissement

Dyspnée
Douleur et oppression thoracique
Toux
Palpitation cardiaque
Tachycardie

Fatigue
Incapacité aux efforts du quotidien et sportifs
Fièvre

Douleurs musculaires et articulaires

Prévalence des symptômes identifiés dans les différentes études de cohorte , selon Yong 2021, Wong 2021, et Lopez Léon 2021

| Symptômes Covid 19 long | Ecarts types des prévalences symptomatiques à 3 mois | Ecarts types des prévalences symptomatiques à 6 mois et plus | Prévalences issues d'une méta-analyse |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Fatigue | 16.7% – 69% 6.7% – 59% 28.3% | 80% 17.3% – 63% | 58% |
| Frisson/Bouffée de chaleur | 44% | NA | NA |
| Mauvaise qualité de Vie | 72% 51% | 45.2% (diminution du temps de travail) 22.3% (arrêt de travail) | NA |
| Trouble de l'attention | 50% 36% | 58.4% | 27% |
| Trouble de la concentration | 44.4% 28% | NA | NA |
| Trouble du sommeil | 17.7% 9.7% – 30.8% 22% | 40/50% 26% | 11% |
| Trouble de la mémoire | 44.4% 28.4% – 34% | 51% | 16% |
| Anxiété | 6.5% | 23% | 13% |
| Dépression | ≤ 5% | NA | 12% |
| Trouble de l'humeur | 11.1% 16.7% | NA | 2% |
| Difficulté à trouver ses mots | 27.8% | 30-40% | NA |
| Stress Post Traumatique | NA | NA | 1% |

Prévalence des symptômes identifiés dans les différentes études de cohorte , selon Yong 2021, Wong 2021, et Lopez Léon 2021

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------|------------------|
| Maux de tête | 7.2% 18.8% | 53.6% ≤5% | 44% |
| Vertige/Etourdissement | ≤5% | 30-40% 6% | 3% |
| Agueusie/Anosmie | 15.6% / 27.2% 10.8% / 13.3% 19% (combiné) | 7% / 11% | 23% / 21% |
| Dyspnée | 8.3% – 21.4% 14.58% - 61% 32.5% – 50% | 30-40% 14% – 26% | 24% |
| Douleur thoracique | 12.3% | ≤5% | 16% |
| Oppression thoracique | 6.1% 10.8% - 62% | 11% | NA |
| Palpitation | NA | NA | 11% |
| Toux | 4.4% 6.3% - 60% 7.1% - 23% | 6.1% ≤5% | 19% |
| Myalgie | 7.2% 28.3% ≤5% | 40-50% | 11% |
| Arthralgie | 11.1% ≤5% | 30-40% 9% | 19% |
| Diarrhée | 4.4% 26% 9% | NA | 12% |
| Vomissement | NA | NA | 12% |
| Nausée | 6.1% | NA | 16% |

En résumé : symptômes et diagnostics en relation

- Douleurs thoraciques (oppression / palpitations), troubles du goût et de l'odorat, autres troubles neurologiques (perte de concentration, manque du mot, paresthésies, sensation de brûlures), autres troubles ORL (acouphènes, vertiges, odynophagie), troubles du sommeil, troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées, diarrhées, baisse ou perte d'appétit), troubles dermato (prurit, urticaire, pseudo-engelures), fièvre & frissons...
- La HAS a par ailleurs fait un tableau listant les principales maladies, syndromes et complication de la COVID-19 connus à ce jour et pouvant se chevaucher dans le temps

Étape 2

**LA PRISE EN CHARGE : DE
L'ÉVALUATION À
L'APPROCHE
THÉRAPEUTIQUE**

L'essentiel des recommandations : une démarche globale

- Objectif : donner aux kinésithérapeutes des outils pour la prise en charge de 2nd et 1^{er} recours et les situations d'orientation vers le spécialiste
- La grande majorité des patients peut être prise en charge en soins primaires, évaluation qui se fait en plusieurs temps (recueil des symptômes , leurs caractéristiques , retentissement de la maladie ,questionnaires , examens à prévoir ..)
- Prise en charge avec écoute, empathie, personnalisée en accompagnant la personne à s'autogérer



Evaluation clinique en kinésithérapie : Les outils pour la passation

- Fiche d'inclusion remplie à destination du médecin traitant → débrouillage de la situation pour le spécialiste / médecin traitant
- Guide « primo-évaluation » à destination des médecins traitants synthétisant les examens cliniques et paracliniques à réaliser en fonction de la symptomatologie des patients à base de logigramme
- Centralisation des ressources sur un fichier unique qui pourra évoluer vers un outil d'annuaire



Evaluation clinique en kinésithérapie : l'interrogatoire

| Evaluation de la phase aigüe | Date |
|---|--|
| Antécédents médicaux | Identifier les comorbidités |
| Forme clinique (asymptomatique à sévère) | |
| Description des symptômes de l'épisode aigu | |
| Recueil des examens complémentaires | |
| Identifier le parcours de soins et les conclusions des intervenants | |
| Lister les traitements reçus et leurs effets | |
| Evaluation de l'état du patient au jour de la première consultation | Date |
| Ecoute thérapeutique | Etat motivationnel échelle SIMS |
| Caractéristiques de l'état clinique : Penser à instaurer un calendrier des symptômes avec un tableur en précisant date, intensité (0à10), type, durée, conditions d'apparition et conditions d'amélioration, temps de retour à l'état initial) | Date de survenue, Type et fréquence des manifestations, Mode d'installation, (ou, quand, comment). Facteur déclenchant et/ou aggravant Conduite d'évitement échelle PCFS |
| Conséquences physiques | Douleur, fatigue Cf recommandation HAS échelle EVA et DN4, échelle de CHALDER , échelle IPAQ, Index de BARTHEL et annexe 6 échelle MFI 20 |
| Conséquences psychologiques | Stress, anxiété, émotion Cf recommandation HAS échelle HAD et_questionnaire de Nijmegen, échelle GAD 7 |

Evaluation clinique en kinésithérapie : Bilan et prise en charge

○ Examen clinique au repos et à l'effort

- Poids(avec évolution), fréquence cardiaque, prise de la TA, SpO2, recherche d'hypotension artérielle orthostatique, fréquence respiratoire au repos.
- En cas de dyspnée ou de tachypnée, SpO2 au repos et à l'effort (test au cours duquel le patient se lève et s'assoie d'une chaise durant 1 min, avec surveillance de SpO2).
- Examen orienté par les symptômes, afin de les évaluer, les quantifier, les comparer à l'état antérieur.



Evaluation clinique en kinésithérapie : Les Drapeaux rouges

| Evaluation | Drapeau rouge |
|---|--|
| Poids : | Modification avec perte brusque |
| Douleur musculaire | attendre 2 à 3 semaines après la cessation de ces symptômes avant d'entreprendre un réentraînement supérieur à 3 METs |
| Douleur thoracique, oppression thoracique, sueur froide | Arrêt de la PEC, avis cardiologie urgent |
| Antécédent de péricardite, myocardique | Avis cardiologue au préalable pour établir le programme de réhabilitation à l'effort (en W) |
| Dyspnée | Apparition de dyspnée récente (<3 jours) Aggravation majeure de la dyspnée pendant la séance |
| FC repos | 70% de la Fc max (box 5) ou > Borg 13 (Borg 7 modifié) |
| TA | PA <90/60 mm Hg ou > 140/90 mm Hg |
| SpO2 repos et à l'effort | SpO2 ≤ 95 % (en l'absence de pathologie respiratoire connue) Baisse de la SpO2 ≥ 4 points pendant la séance |
| HTA orthostatique | Box 7 |
| Syndrome de tachycardie orthostatique posturale | box 7 |
| Fatigue et douleur per et post séances : | Si augmentation prolongée (>24 h) mais ponctuelle de la fatigue et des douleurs, ne pas augmenter (voire diminuer) la charge de travail durant la séance. Si augmentation prolongée (> 24h) et récurrente de la fatigue et des douleurs, sur plusieurs séances, réduire et adapter la charge de travail (intensité et/ou volume et/ou fréquence). |

Orientation vers des services spécialisés

- Une hypoxémie $SpO_2 \leq 95\%$ au repos ou, une désaturation à l'exercice : patients sans pathologie respiratoire connue.
- Des douleurs thoraciques évoquant une atteinte cardiaque ou pulmonaire, des troubles du rythme, des signes d'insuffisance cardiaque.
- Des douleurs inexpliquées, intenses, difficiles à prendre en charge.
- Un syndrome neurologique non exploré ou s'aggravant.
- Une fièvre inexpliquée et/ou un syndrome inflammatoire persistant.
- Une atteinte cutanée inexpliquée pouvant justifier une biopsie.
- Une aggravation d'une pathologie préexistante nécessitant des examens spécialisés.
- Des limitations ou des restrictions des activités de la vie quotidienne ou professionnelle nécessitant une prise en charge interdisciplinaire

Evaluation normale

PATIENT À RASSURER → Le temps de récupération, de retour à un état de santé préexistant peut-être plus ou moins long en fonction des patients comme lors d'autres infections virales

Une bonne hygiène de vie est essentielle : alimentation équilibrée, relaxation, respect du rythme veille-sommeil, limitation des excitants, limitation ou mieux arrêt de l'alcool, du tabac et des autres substances toxiques.

Patient simulateur : nécessité d'un travail multidisciplinaire

A prendre en compte dès l'interrogatoire

- **Diagnostic : perte 10% poids du corps + impédancemétrie**

Une **perte de poids de plus de 10%** du corps doit conduire à une prise en charge pour re nutrition. Une analyse **impédancemétrique** (évaluation de la quantité d'eau, de graisse et de muscle du corps)

- **Prise en charge spécialisée**

La re nutrition pourra être suivie par un diététicien/nutritionniste



Effets de l'activité physique , inspiré et traduit de Jimeno Almazan 2021

| Système | Effet |
|-----------------------------|---|
| Psychique | <ul style="list-style-type: none"> Modulation de la douleur Diminution du stress Augmentation du bien-être |
| Neurologique | <ul style="list-style-type: none"> Stimulation de la plasticité cérébrale Augmentation des habilités neuro cognitives Diminution des dysfonctions cognitives Augmentation de la qualité du sommeil Diminution de la charge allostatique (conséquences physiologiques du stress répété chronique) |
| Cardio- vasculaire | <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la biogénèse mitochondriale Amélioration du système vasculaire Augmentation de la fonction cardio vasculaire Diminution de la pression artérielle Normalisation de la dysautonomie |
| Respiratoire | <ul style="list-style-type: none"> Diminution de la dyspnée Augmentation de l'absorption d'oxygène Augmentation de la fonction pulmonaire Augmentation du stress oxydatif |
| Musculo squelettique | <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la masse musculaire Augmentation de la force musculaire Augmentation de la coordination inter musculaire Augmentation de la tolérance à l'exercice |
| Système immunitaire | <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la fonction immunitaire Augmentation des cytokines anti inflammatoires Diminution des cytokines pro inflammatoires Diminution de l'immunosénescence (perte d'efficacité immunitaire due au vieillissement.) |

Eliminer trouble psy, intolérance, allergie + bilan bio

- Trouble anxieux ou dépressif
 - Intolérance ou allergie alimentaire (fatigue + douleur abdominale post-prandiale)
 - Autres pathologies pouvant se déceler à travers un bilan bio : NFS, iono, créat, calcémie, phosphorémie, bilan hépatique, ferritinémie, CRP, TSH
- NB : la fatigue à l'effort peut révéler une dyspnée

Questionnaire fatigue = CHALDER

- Le questionnaire Chalder permet de mesurer la fatigue

| | Moins que d'habitude | Pas plus que d'habitude | Plus que d'habitude | Bien plus que d'habitude |
|--|----------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------|
| Symptômes physiques | | | | |
| Vous sentez-vous fatigué ? | | | | |
| Avez-vous besoin de vous reposer plus souvent ? | | | | |
| Vous sentez-vous somnolent, endormi ? | | | | |
| Avez-vous des difficultés pour commencer des activités ? | | | | |
| Manquez-vous d'énergie | | | | |
| Avez-vous moins de force dans vos muscles ? | | | | |
| Vous sentez-vous faible ? | | | | |
| Symptômes mentaux | | | | |
| Avez-vous des difficultés de concentration ? | | | | |
| Avez-vous des problèmes pour réfléchir clairement ? | | | | |
| Faites-vous des lapsus lorsque vous parlez ? | | | | |
| Avez-vous des difficultés de mémoire ? | | | | |

Questionnaire force musculaire des membres inférieurs = test assis-debout (ou test de lever de chaise)

But du test : évaluer la force fonctionnelle des membres inférieurs (+/- risque de chute)

Principe du test : la personne doit se lever d'une chaise le plus rapidement possible, sans l'aide de ses bras (bras croisés sur la poitrine).

Personne « jeune »

- Pour les personnes en-dessous de 60 ans, on demande de faire le plus de répétitions possibles pendant 30 secondes et on note ensuite le nombre de répétitions (1 assis et 1 debout) réalisées.
- Le test est normal si l'indice est de 3 ou mieux.

| | 20 – 29 ans | 30 – 39 ans | 40 – 49 ans | 50 – 59 ans | INDICE |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Hommes | 32,8 | 34,2 | 24,9 | 21 | 5 |
| Femmes | 33,8 | 26,4 | 27,5 | 18 | |
| Hommes | 30 | 33 | 20,25 | 18 | 4 |
| Femmes | 32 | 21,75 | 22 | 16 | |
| Hommes | 24,5 | 31 | 19 | 15 | 3 |
| Femmes | 27 | 19,5 | 18,5 | 14 | |
| Hommes | 19 | 21 | 18,75 | 13 | 2 |
| Femmes | 21 | 17,5 | 16,5 | 12 | |
| Hommes | 17,1 | 20,4 | 17,4 | 11 | 1 |
| Femmes | 19,2 | 15,9 | 14,5 | 10 | |

Personne « âgée »

- Pour les personnes âgées, à partir de 60 ans, on demande de réaliser 5 répétitions et on note le temps pour réaliser ces répétitions. Le tableau ci-dessous précise les temps de référence.

| Âge | Performance normale | Temps moyen |
|-------------|---------------------|---------------|
| 60 – 69 ans | < 11,4 secondes | 8,1 secondes |
| 70 – 79 ans | < 12,6 secondes | 10 secondes |
| 80 – 89 ans | <14,8 secondes | 10,6 secondes |

- **PEC = kiné de réadaptation à l'effort musculaire**
- La prévention de la fatigue repose essentiellement sur le fait de **ne pas dépasser les seuils tolérés**.
- L'amélioration sera progressive via une réadaptation douce, globale et progressive à l'effort musculaire via la **kinésithérapie**. Elle peut être couplée avec un soutien psychologique si besoin.
- En cas d'échec, il peut être proposé une rééducation / réhabilitation en service spécialisé

1/Éliminer EP / IC / anémie

- Réaliser test de lever de chaise 1 min (au moins 5 levers)
- Réaliser un TDM thoracique si scanner pathologique au moment de l'infection ou patient ayant été hospitalisé
- Si bilan positif PEC spécialisée

2/Questionnaire mMRC (retentissement dyspnée) (modified Medical Research Council) :

- Grade 0 = absence de gêne liée au souffle, sauf pour exercices physiques intenses
 - Grade 1 = gêné par l'essoufflement à la marche rapide ou en gravissant une légère colline
 - Grade 2 = sur un terrain plat, marche plus lentement que les personnes du même âge en raison de l'essoufflement, ou doit s'arrêter pour respirer en marchant à son propre rythme
 - Grade 3 = arrête pour respirer après 100 mètres ou quelques minutes de marche sur terrain plat
 - Grade 4 = trop essoufflé pour quitter la maison, ou essoufflement en s'habillant
- 3/ SCORE DE NIJMEGEN : en cas d'absence d'anomalie objective , réaliser le score de Nijmegen pour chercher un syndrome d'hyperventilation
- score >23 (/64) : diagnostic positif de syndrome d'hyperventilation

Syndrôme d'hyperventilation

- Dysfonctionnement respiratoire sans pathologie respiratoire documentée. On observe une fréquence et/ou des volumes respiratoires disproportionnés par rapport aux besoins. On peut observer une dyspnée, une anxiété, une toux, un mode ventilatoire thoracique haut avec une surutilisation des inspireurs accessoires, une respiration bucco-buccale superficielle, bâillements, inspirations trop profondes.
- Il n'y a pas de désaturation, une hypocapnie peut être présente.
PEC : cf kine

Douleurs thoraciques

- Eliminer une origine cardiologique (EP /CA notamment)
Penser à éliminer EP – SCA comme pour tout patient hors COVID
Eliminer également :Péricardite /Myocardite
- Rechercher une cause pariétale fréquente (inflammation, contracture, douleur viscérale)
- Inflammation chondro-costale = syndrome de Tietze
 - Diagnostic : palpation chondro-costale ==> douleur vive et localisée
 - Prise en charge : AINS local ou aspirine à dose anti-inflammatoire
- Contracture des muscles inspiratoires accessoires
 - Diagnostic : douleur à l'inspiration forcée, à la toux, aux éternuements et à la palpation Prise en charge :
 - Kiné
 - Aspirine à dose anti-inflammatoire, décontracturants musculaires
- Contracture du muscle diaphragme
 - Diagnostic : douleur à la respiration abdominale forcée couché sur le dos (sensibilité meilleure lorsque les bras sont au-dessus de la tête)
 - Prise en charge : Kiné

La douleur

| Caractéristiques | Douleurs aiguës « Symptômes » | Douleur chronique « maladie » |
|------------------------|--|---|
| Finalités biologiques | Utile Protectrice Signal d'alarme | Inutile – Destructrice Maladie à part entière |
| Durée | Transitoire (< 3 mois) Réversible si lésion traitée | Répétitive ou durable (> 3 mois) Persistante : lésion séquellaire ou évolutive |
| Mécanisme générateur | Essentiellement Nociceptif | Nociceptif, Neuropathique Ou Psychogène |
| Composante affective | Anxiété | Dépression Auto-aggravation spontanée |
| Attitude thérapeutique | Curative Répond à un traitement médical classique | Réadaptative Approche plurimodale |

La douleur

| Modalités à rechercher | Outils |
|--|---|
| Contexte familial et social, antécédents, Mode d'apparition de la douleur, traitement, attente du patient | Interrogatoire |
| Localisation de la douleur | Interrogatoire Schéma box 8 |
| Douleur continue (intensité) au cours des dernières 24 heures | EVA |
| Symptômes neuropathiques : Douleur paroxystique au cours des dernières 24 heures (intensité, fréquence des décharges électriques) Douleurs provoquées (intensité, mode de déclenchement) paresthésies / dysesthésies (intensité) | EVA Nombre de paroxysmes par jour Mode de déclenchement des douleurs provoquées (frottement, pression, froid) Questionnaire DN4 |
| Impact fonctionnel sur l'activité générale, sur la marche, sur le travail habituel, le sommeil | Echelle EVA TDM 6 Echelle de BORG RPE Echelle BBS Echelle IPAQ Indice de Barthel |
| Impact de la douleur sur l'humeur/anxiété | Echelle HAD Echelle GAD 7 |
| Soulagement apporté par les traitements | Echelle EVA |

Troubles du goût et/ou de l'odorat et/ou de l'audition

Symptômes olfactifs ou rhinologiques

- Diagnostic = auto-évaluation standardisée + EVA
 - EVA odorat : 0 = aucun odorat et 10 = odorat normal
 - Auto-évaluation sur 10 critères
 - Symptômes : **hyposmie**, **phantosmie** (odeur permanente fantôme), **parosmie**, **dysgueusie**
- Prise en charge = lavage de nez, rééducation olfactive ou PEC spécialisée cf orthophonie

1/Diagnostic

- Interroger sans suggérer puis examen neuro complet
- Rechercher les symptômes **sans suggérer** des associations de symptômes
- **Examen neurologique complet**
- MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

2/Prise en charge

- *Réorientation vers spécialiste si complication ou pathologie de novo*
- *Céphalée : antalgique +/- PEC spécialisée*
- *Troubles cognitifs et fatigue mentale : bilan neuropsychy et spécialiste si MoCA pathologique*
- MoCA pathologique < 26 : réorientation **spécialiste** pour imagerie, EEG et bilan neuropsychologique
- MoCA normal : évaluation questionnaire **HADS** puis orientation vers **spécialiste**

1/Bilan : évaluer gravité, comorbidité (dépendance abus), nécessité d'une PEC spécialisée

2/Diagnostic = 2 auto-questionnaires : HADS + PCL-5

L'exploration de troubles anxieux, dépressifs et de troubles fonctionnels et la proposition d'un soutien psychologique sont à envisager à toutes les étapes du suivi.

○ **HADS (anxiété et dépression) : Hospital Anxiety and Depression Scale**

○ Le questionnaire se fait en deux parties : une pour l'anxiété et une pour la dépression. Un sous-score ≥ 8 signifie qu'il existe une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. Un sous-score ≥ 11 signifie qu'il y a un trouble anxieux et/ou dépressif.

○ **PCL-5 (stress post-traumatique) : Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5**

○ Tout score > 30 nécessite un accompagnement psychologique Score entre 33 et 38 : stress post-traumatique probable

○ Score > 38 : stress post-traumatique avéré

Troubles psychologiques

- Prise en charge des troubles psychiatriques = orientation vers un spécialiste
- Ci-dessous les principales psychothérapies afin de pouvoir en faire l'information aux patients :
 - La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en 1ère intention : elle vise à casser les cercles vicieux et restructurer les pensées automatiques
 - La thérapie inter-personnelle (TIP) en 2nde intention : thérapie brève et structurée avec participation active du patient
 - La thérapie EMDR (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing ») : thérapie cognitive pour les troubles psychotraumatiques basée sur l'exposition au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers pour viser une désensibilisation émotionnelle.
 - D'autres prises en charge sont possibles (médicamenteuse, sismothérapie etc...), la liste ici n'est pas exhaustive.



Arbre décisionnel résumé

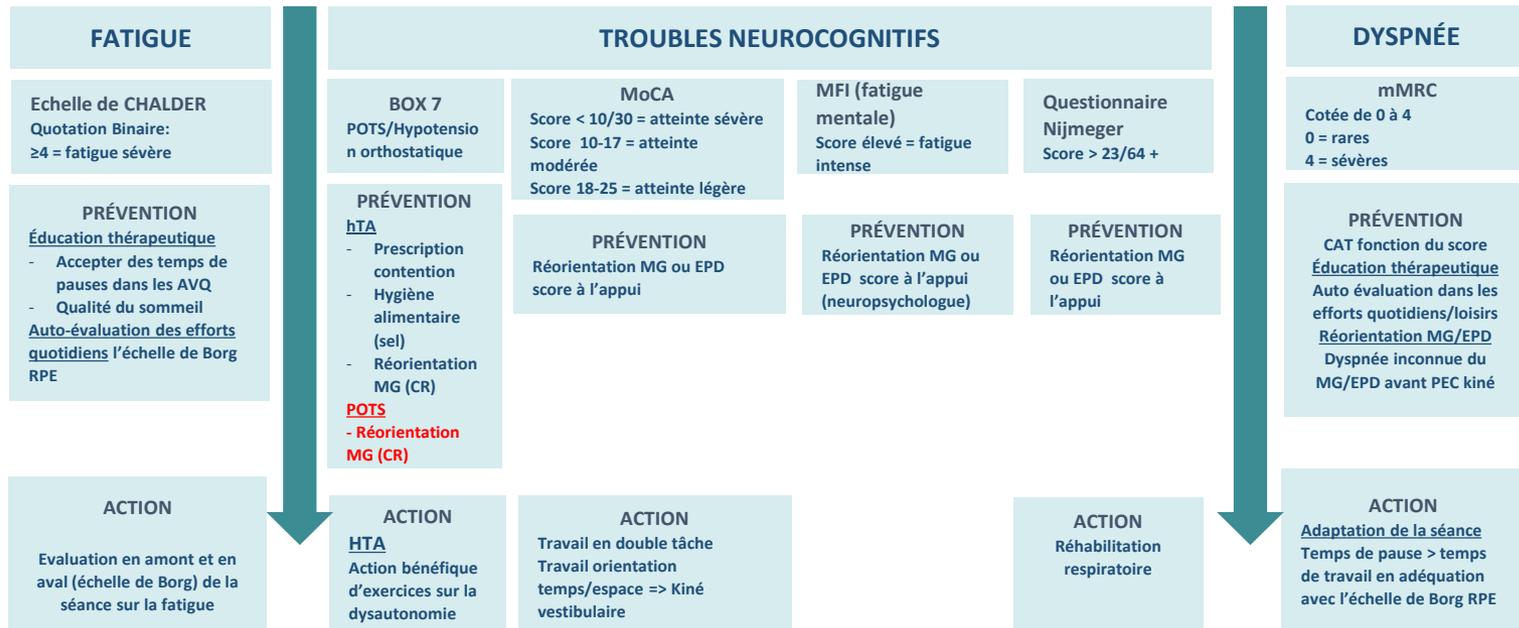
COVID LONG

> 12 semaines après le début des premiers symptômes. S'applique à cette phase les consignes générales issues des recommandations sur les gestes barrières en période de pandémie de COVID-19

Anamnèse symptomatologique **HOLISTIQUE**

Répertoirer + communiquer au médecin généraliste (MG)/équipe pluridisciplinaire (EPD) (Table 9, 11)
Echelle PCFS (auto-questionnaire) = état fonctionnel post Covid

Evaluation Recommandée des symptômes à forte prévalence
ECHELLES DE MESURES



Avant de débuter la PEC => Evaluation Motivationnelle avec l'échelle SIMS
Le score le plus élevé parmi les 4 dimensions est significatif



Arbre décisionnel en résumé

COVID LONG

> 12 semaines après le début des premiers symptômes. S'applique à cette phase les consignes générales issues des recommandations sur les gestes barrières en période de pandémie de COVID-19

Anamnèse symptomatologique **HOLISTIQUE**

Répertorier + communiquer au médecin généraliste (MG)/équipe pluridisciplinaire (EPD) (Table 9, 11)

Echelle PCFS (auto-questionnaire) = état fonctionnel post Covid

Evaluation Recommandée des symptômes à forte prévalence

ECHELLES DE MESURES

Anamnèse spécifique Réhabilitation à l'effort

DOULEUR

EVA

Cotée de 0 à 10
0 = absent / 10 = sévère
Utilisable avec la modalité de la douleur souhaitée

DN4

Score $\geq 4/10$ +

PRÉVENTION

Education thérapeutique

- hygiéno-diététique
- Comportementale
- Autogestion/surveillance des comorbidités (ex. Diabète)

Réorientation MG:EPD

- Exacerbation de la douleur
- Douleur persistante

ACTION

PEC kiné spécifique de la modalité douloureuse impactée arthralgie/myalgie (/!\ neuropathies)

TROUBLES PSYCHOGÈNES

HAD

Score 8-10 = symptomatologie douteuse
Score ≥ 11 symptomatologie certaine

GAD 7

Score ≥ 8
symptomatologie certaine

PRÉVENTION

Réorientation MG/EPD

ACTION

Relaxation / Sophrologie / Hypnose

VERTIGES/ETOURDISSEMENTS

DHI + le score est élevé + le handicap est grave

BBS 0 à 20 = risque de chute élevé

PRÉVENTION

Réorientation MG/EPD

PRÉVENTION

- Fonction du score
- Ergonomie à domicile
 - Téléalarme
 - Prescription aide à la marche
 - CR au MG/EPD

ACTION

Intervention spécifique du kiné vestibulaire sur prescription

ACTION

Apprentissage relevé du sol
Travail de l'équilibre

Drapeaux Rouges
FC repos > 100 bpm
Pa < 9/6 mmHg
Pa > 14/9 mmHg
SpO2 repos < 95%

NO GO
STOP PEC
Réorientation MG/EPD

GO

PEC selon protocole FIT + BORG RPE

Avant de débuter la PEC => Evaluation Motivationnelle avec l'échelle SIMS

Le score le plus élevé parmi les 4 dimensions est significatif (cf 2.4)