

30 novembre 2020

Réponse  
rapide

## COVID-19 et signes et symptômes physiques et psychologiques post- COVID-19

Une production de l'Institut  
national d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Cette réponse rapide a été préparée par les professionnels scientifiques de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

## RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration. Suivant l'évolution de la situation, cette réponse rapide pourraient être appelées à changer.

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN 978-2-550-88185-8

© Gouvernement du Québec, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et signes et symptômes physiques et psychologiques post-COVID-19. Québec, Qc : INESSS; 2020. XX p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

# Signes et symptômes physiques et psychologiques post COVID-19

## CONTEXTE

*Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la crise sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. L'objectif est de réaliser une recension sommaire des données publiées et de mobiliser les savoirs clés afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées, une évaluation de la qualité méthodologique des études avec une méthode systématique ou sur un processus de consultation élaboré. Dans les circonstances d'une telle crise de santé publique, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.*

## CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [25 NOVEMBRE 2020]

En se basant sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction, et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, l'INESSS émet les constats suivants :

- Certains adultes qui ont eu la COVID-19 peuvent éprouver des symptômes plusieurs semaines à plusieurs mois suivant la phase aiguë de la maladie. Aucune donnée sur les personnes de moins de 18 ans n'a été recensée dans le cadre de cette réponse rapide.
- Les symptômes qui semblent être rapportés le plus fréquemment sont :
  - la fatigue (21,5 %-72,8 %)
  - les symptômes respiratoires - dyspnée, essoufflement/souffle court (7 %-74 %)
  - l'anosmie, l'agueusie ou la dysgueusie (5,7 %-27,8 %)
  - les troubles du sommeil (17 %-50 %)
  - la myalgie (4,5 %-39 %)
  - les douleurs thoraciques (7,4 %-28,9 %)
  - les troubles de mémoire ou de concentration (16,2 %-34,4 %)
  - l'anxiété, la dépression et les symptômes du trouble de stress post-traumatique (4,3 %-46 %)
- Les prévalences rapportées varient grandement d'une étude à l'autre en fonction de la sévérité des cas de COVID-19 (ex. hospitalisé ou non), le moment considéré pour la

phase post-COVID-19 (ex. clairance virale, sortie de l'hôpital), le moment de l'évaluation et la durée du suivi post-COVID-19.

- L'OMS ainsi que d'autres instances en santé reconnaissent l'existence de symptômes persistants à la suite d'une infection à la COVID-19 ainsi que les risques de complications à long terme, sans pouvoir en chiffrer la prévalence faute de données probantes.
- Un grand nombre d'études cliniques qui ont pour objectif de clarifier l'évolution à long terme de la maladie de COVID-19 sont en cours partout dans le monde (ex. PHOSP-COVID, ISARIC). Ces études devraient permettre d'obtenir davantage d'information sur les effets de santé à long terme de la COVID-19 dans les mois à venir.

## PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Alors que la pandémie de COVID-19 dure depuis maintenant près d'un an, les symptômes et conséquences à long terme de l'infection par le SARS-CoV-2 présentent un intérêt grandissant. Selon un document publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en septembre 2020, la plupart des personnes qui contractent la COVID-19 se remettent après environ deux semaines pour les cas légers et après environ six semaines pour les cas sévères [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2020]. Selon ce même document, certaines personnes peuvent toutefois présenter des symptômes persistants ou récurrents pendant des semaines ou des mois qui suivent la rémission initiale, alors que d'autres développent des complications qui peuvent avoir un impact à long terme sur la santé [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2020]. À la demande du MSSS, l'INESSS a obtenu le mandat le 1<sup>er</sup> octobre 2020 de réaliser une revue sommaire de la littérature afin d'identifier les signes et symptômes présents et leur prévalence chez les personnes après une infection par le SARS-CoV-2 (c.-à-d. les symptômes qui persistent après l'épisode aigu initial – ou qui apparaissent de façon tardive après l'infection).

Question d'évaluation :

1. Quelles sont la nature et la prévalence des signes et des symptômes physiques et psychologiques observés chez les enfants et les adultes à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2?

## MÉTHODOLOGIE

### Revue de littérature

**Repérage des publications** : Une recherche de littérature dans les bases de données bibliographiques PubMed, EMBASE et EBM Reviews (Ovid) a été effectuée le 13 octobre 2020. La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire) en utilisant les mots clés suivants : « post-COVID-19 symptoms », « post-COVID-19 syndrome », « persistent symptoms » - « long-term effects », « long-term health consequences of COVID-19 », « long-term sequelae of COVID-19 ». La stratégie de repérage dans les

bases de données bibliographiques est présentée à l'annexe 1. Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée entre le 2 et le 6 novembre 2020 au moyen du moteur de recherche Google et en consultant les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec le thème des travaux (voir la liste en annexe 1).

**Sélection des publications** : Tous les documents qui proviennent de la littérature scientifique ou grise publiée entre décembre 2019 et novembre 2020 et contenant de l'information pertinente sur les symptômes observés chez les personnes à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2 ont été retenus. Les articles provenant des médias et les études de cas ont toutefois été exclus. De plus, les paramètres de résultats portant sur les symptômes présents pendant la phase aiguë de la maladie, la période pendant laquelle la maladie est à son plus haut degré de développement<sup>1</sup>, ont aussi été exclus. La sélection des documents permettant de répondre aux questions d'évaluation a été effectuée par une seule professionnelle scientifique. Les bibliographies des documents retenus ont été utilisées pour repérer les sources primaires ou d'autres documents pertinents.

**Extraction des données et synthèse** : L'extraction de l'information a été effectuée à l'aide de formulaires d'extraction préétablis. L'information extraite des documents retenus est présentée sous forme de tableau résumé (annexe 2), et sous forme de synthèse narrative. L'évaluation de la qualité méthodologique des études descriptives et observationnelles retenues a été effectuée à l'aide des outils d'évaluation d'une étude descriptive ou d'une étude analytique de l'Agence de santé publique du Canada [Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2014] et est disponible à l'annexe 2. L'extraction, l'évaluation de la qualité méthodologique et la synthèse de l'information ont été effectuées par une professionnelle scientifique.

## **Processus de participation**

### **Consultation** :

Aucune consultation n'a été effectuée dans le cadre de cette réponse rapide.

## **Validation et assurance qualité**

Une validation du contenu du document a été effectuée par la coordination scientifique et la direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé, responsable de sa production ainsi que par la coordination scientifique de la direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale. Une validation de la cohérence avec le gabarit de réponse rapide et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée sous la responsabilité de la Vice-présidence scientifique de l'INESSS par le Bureau – Méthodologie et éthique. Une

---

<sup>1</sup> Centre national de ressources textuelles et lexicales (<https://cnrtl.fr/definition/academie9/aigu>)

validation finale de la réponse rapide a été effectuée par la Vice-présidence scientifique de l'INESSS.

## SOMMAIRE DES RÉSULTATS

### Question d'évaluation

*Quelles sont la nature et la prévalence des signes et des symptômes physiques et psychologiques observés chez les enfants et les adultes à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2?*

### État actuel des connaissances scientifiques

La revue de littérature sommaire a permis de répertorier 17 études dont 13 études descriptives, et 4 études analytiques dont 3 études de cohortes et 1 étude non comparative avant-après qui avaient pour objectif d'évaluer les signes et les symptômes physiques et psychologiques chez les adultes à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2 (Annexe 2, tableaux 3 et 4). Les études incluses ont été jugées de qualité méthodologique moyenne (n=9) ou faible (n=8). Ces études présentent de nombreux biais et limites comme des biais de sélection, de recrutement, d'attrition, de subjectivité ou de mémoire, un lien temporel vague, un petit nombre de personnes évaluées ou encore une erreur de classification possible (Annexe 2, tableaux 3 et 4). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Aucune des études répertoriées n'a été effectuée chez une population de moins de 18 ans. Les résultats rapportés par une majorité d'études sont des prévalences de différents symptômes physiques et psychologiques ou encore la prévalence de la présence d'au moins un symptôme au moment de l'évaluation post-COVID-19.

Par ailleurs, parmi les études recensées, il existe une grande hétérogénéité sur le moment de l'évaluation des symptômes présentés et il ne semble pas y avoir de consensus en ce qui a trait à ce qui définit la fin de la phase aiguë de la maladie ou encore le début de la période post-COVID-19. Le moment de l'évaluation (en jours, semaines ou mois) est donc rapporté en faisant référence au moment du test de dépistage du SARS-CoV-2, du début des symptômes initiaux de la COVID-19, de la sortie de l'hôpital ou encore de la clairance virale (obtention de deux tests naso-pharyngé négatifs consécutifs pris à intervalle de 24 à 48 heures, au moins 14 jours après la rémission clinique [Tomasoni *et al.*, 2020]) au choix des auteurs de l'étude.

L'hétérogénéité des études se présente aussi au niveau des populations étudiées (âge, sévérité de la maladie, hospitalisation) des pays où elles ont été menées et de l'éventail des symptômes rapportés.

Selon les études répertoriées, les symptômes qui sont les plus fréquemment rapportés après la phase aiguë de COVID-19 sont :

- la fatigue (21,5 %-72,8 %)
- les symptômes respiratoires - dyspnée, essoufflement/souffle court (7 %-74 %)

- l'anosmie, l'agueusie ou la dysgueusie (5,7 %-27,8 %)
- les troubles du sommeil (17 %-50 %)
- la myalgie (4,5 %-39 %)
- les douleurs thoraciques (7,4 %-28,9 %)
- les troubles de mémoire ou de concentration (16,2 %-34,4 %)
- l'anxiété, la dépression et les symptômes du trouble de stress post-traumatique (4,3 %-46 %)

Toutefois, il est important de réitérer le fait que le moment de l'évaluation des symptômes entre les études répertoriées couvre un large horizon temporel. Tenforde et collaborateurs ont évalué le nombre de personnes qui ont retrouvé leur état de santé normal dans les 14 à 21 jours après le test de dépistage positif au SARS-CoV-2 [Tenforde et al., 2020] alors que Garrigues et collaborateurs rapportent des symptômes évalués 110 jours après l'admission à l'hôpital [Garrigues *et al.*, 2020]. Globalement, toutes les études présentent en proportions diverses des personnes qui ont au moins un symptôme au moment de l'évaluation. Ainsi, parmi les cinq études qui évaluent la présence de symptômes environ 30 jours après l'apparition des symptômes initiaux de COVID-19, la proportion de personnes qui présentent au moins un symptôme varie entre 13,3 % et 68 % [Carvalho-Schneider et al., 2020; Cirulli et al., 2020; Pellaud et al., 2020; Qi et al., 2020; Sudre et al., 2020]. La proportion de personnes qui présentent des symptômes environ 60 jours après le début des symptômes de COVID-19 varie entre 4,5 % [Sudre et al., 2020] et 84 % [Carfi et al., 2020]. Finalement, la proportion de personnes symptomatiques 90 jours et plus après le début de la maladie varie entre 2,3 % [Sudre et al., 2020] et 74 % [Arnold et al., 2020].

Par ailleurs, plusieurs autres symptômes présentés moins fréquemment dans les études répertoriées ont aussi été rapportés à des prévalences variables comme les maux de tête, l'arthralgie, les symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, nausées, diarrhée), palpitation, frissons, perte de cheveux, œdème des membres, étourdissements, maux de gorge et la toux.

### **Positions des autres organisations en santé et instances gouvernementales**

La recherche de la littérature grise a permis de repérer trois documents d'organismes gouvernementaux et internationaux. Dans un document publié le 7 septembre 2020 [Gouvernement du Royaume-Uni, 2020], le gouvernement du Royaume-Uni affirme que plusieurs problèmes de santé peuvent persister après la phase aiguë de la maladie de COVID-19 y compris :

- des symptômes ou conditions respiratoires
- des symptômes ou maladies cardiovasculaires
- une perte ou un changement du goût et de l'odorat
- des problèmes de santé mentale
- des désordres inflammatoires

- des troubles gastro-intestinaux
- des maux de tête en continu
- de la fatigue et des troubles du sommeil
- une dysfonction du foie et des reins
- des troubles de coagulation et de thrombose
- une lymphadénopathie
- des éruptions cutanées

Parmi les personnes qui présentent une forme légère de la maladie sans hospitalisation, il est estimé que 10 % auront des symptômes qui persisteront au-delà de 4 semaines. La persistance des symptômes pourrait aller au-delà de 8 semaines chez les personnes hospitalisées bien que la proportion ne soit pas spécifiée.

L'OMS a publié dans sa mise à jour 36 sur le coronavirus le 9 septembre 2020 [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2020] que des symptômes peuvent persister chez certaines personnes. Les symptômes énumérés par l'OMS sont :

- la fatigue
- la toux, la congestion et un souffle court
- la perte du goût et de l'odorat
- des douleurs à la tête ou au corps
- la diarrhée et des nausées
- des douleurs thoraciques ou abdominales
- de la confusion.

L'OMS affirme aussi que la COVID-19 pourrait augmenter les risques de problèmes de santé à long terme qui pourraient toucher le cœur, les poumons, le cerveau et le système nerveux, la santé mentale et le système musculosquelettique et autres.

Au Canada, la santé publique de l'Ontario a publié le 7 octobre 2020 [Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), 2020] une revue rapide dans laquelle les résultats clés sont les suivants :

- Peu d'études révisées par les pairs sont présentement disponibles dans lesquelles l'occurrence et la prévalence des symptômes à long terme ont été étudiées.
  - Certaines données suggèrent que les troubles du goût et de l'odorat seraient des séquelles à long terme relativement fréquentes.
  - Le syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants a été associé au SARS-CoV-2 et pourrait avoir des séquelles à long terme.
- Des séquelles cardiovasculaires, pulmonaires et neurologiques seraient à prévoir sur la base de la pathophysiologie de la COVID-19 et des connaissances acquises avec d'autres maladies infectieuses.



- D'après les connaissances acquises au niveau du syndrome respiratoire aigu sévère et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, des séquelles additionnelles qui incluent l'anxiété, des anomalies cardiovasculaires, la dépression, des désordres métaboliques, le trouble du stress post-traumatique et une capacité pulmonaire réduite seraient à prévoir.

## DISCUSSION

À ce jour, il existe peu d'études de bonne qualité sur les symptômes à long terme liés à la COVID-19, que ceux-ci soient physiques ou psychologiques. Les données résumées dans ce document doivent être interprétées avec prudence en raison des nombreux biais qu'elles comportent. Plus précisément, les études répertoriées présentent des biais de recrutement ou de sélection, des biais de mémoire, des biais de subjectivité liés à la nature des symptômes rapportés, un lien temporel vague, des erreurs possibles de classification, des biais d'attrition possibles et des échantillons de petite taille. De plus, cinq des articles répertoriés proviennent du site Web MedRxiv (<https://www.medrxiv.org/>), une plateforme qui rend accessible avant leur publication des études qui n'ont pas fait l'objet d'une révision par les pairs [Arnold *et al.*, 2020; Cirulli *et al.*, 2020; Qi *et al.*, 2020; Sudre *et al.*, 2020; Weerahandi *et al.*, 2020]. Il est aussi important de mentionner que toutes les études qui présentent des résultats sur les symptômes et leur prévalence chez les personnes en période post-COVID n'ont probablement pas toutes été recensées dans le cadre des présents travaux. La recherche documentaire a toutefois certainement permis de répertorier les études avec la meilleure qualité méthodologique disponible jusqu'à maintenant. En somme, étant donné la faible qualité globale des études répertoriées de même que la grande hétérogénéité des résultats présentés, il est difficile d'établir des conclusions avec confiance.

Les études recensées suggèrent qu'un certain nombre de personnes qui ont été infectées par le SARS-CoV-2 continuent de rapporter des symptômes plus de trois mois après l'infection. La nature et la prévalence de chacun des symptômes, de même que la proportion des personnes affectées ne peuvent toutefois pas être déduites des études retenues. Certaines des études répertoriées proposent que la sévérité de la maladie ou le nombre de symptômes initiaux puissent influencer la nature et la durée des symptômes présentés à long terme. La grande hétérogénéité des populations incluses dans les différentes études pourrait donc expliquer l'étendue des prévalences observées de même que la variabilité des symptômes rapportés.

Comme suggéré par l'OMS [Organisation mondiale de la santé (OMS), 2020], des complications de la COVID-19 pourraient aussi avoir des effets à long terme sur la santé. Le séjour aux soins intensifs peut aussi causer des séquelles comme le syndrome post-soins intensifs qui provoque de la faiblesse musculaire et des problèmes cognitifs et de santé mentale comme des problèmes de concentration et de mémoire, de l'anxiété, de la dépression et un trouble de stress post-traumatique [Hanquet *et al.*, 2020]. Il serait raisonnable de penser que ces symptômes pourraient donc être plus fréquents chez les personnes qui ont séjourné aux soins intensifs à la suite de la COVID-19. Les articles

répertoriés ne contenaient pas d'information spécifique sur les complications de la COVID-19.

Un grand nombre d'études cliniques qui ont pour objectif de clarifier l'évolution à long terme de la maladie de COVID-19 sont en cours partout dans le monde (ex. PHOSP-COVID<sup>2</sup>, ISARIC<sup>3</sup>). Ces études devraient permettre d'obtenir davantage d'information sur les effets de santé à long terme de la COVID-19 dans les mois à venir.

---

<sup>2</sup> Post-hospitalisation COVID-19 study (<https://www.phosp.org>)

<sup>3</sup> COVID-19 Long-term follow-up study (<https://isaric.org/research/covid-19-clinical-research-resources/covid-19-long-term-follow-up-study/>)

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : trousse d'outils de l'évaluation critique. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Disponible à : <http://publications.gc.ca/pub?id=9.643667&sl=1>.
- Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, Morley A, Viner J, Attwood M, et al. Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up; results from a prospective UK cohort. MedRxiv 2020:19.
- Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. Jama 2020;324(6):603-5.
- Carvalho-Schneider C, Laurent E, Lemaignan A, Beaufile E, Bourbao-Tournois C, Laribi S, et al. Follow-up of adults with non-critical COVID-19 two months after symptoms' onset. Clin Microbiol Infect 2020;
- Cirulli ET, Schiabor Barrett KM, Riffle S, Bolze A, Neveux I, Dabe S, et al. Long-term COVID-19 symptoms in a large unselected population. MedRxiv 2020:16.
- Fjaeldstad AW. Prolonged complaints of chemosensory loss after COVID-19. Dan Med J 2020;67(8)
- Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect 2020;
- Gouvernement du Royaume-Uni. COVID-19: long-term health effects. Royaume-Uni : Gouvernement du Royaume-Uni; 2020. 7 septembre 2020. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-long-term-health-effects>.
- Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. J Med Virol 2020;
- Hanquet F, Benahmed N, Castanares-Zapatero D, Dauvrin M, Desomer A, Adriaenssens J, Rondia K. Post intensive care syndrome in the aftermath of COVID-19. COVID 19 - KCE Contributions. Bruxelles, Belgique : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2020. 29 octobre 2020. Disponible à : <https://kce.fgov.be/fr/rapport-sur-le-syndrome-post-soins-intensifs-pics-%C3%A0-destination-des-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes>.
- Huang Y, Tan C, Wu J, Chen M, Wang Z, Luo L, et al. Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. Respir Res 2020;21(1):163.
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Long-Term Sequelae and COVID-19 - What We Know So Far. Toronto, ON 7. 2020 : octobre 2020. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wksf/2020/07/what-we-know-covid-19-long-term-sequelae.pdf?la=en>.

- Organisation mondiale de la santé (OMS). What we know about Long-term effects of COVID-19. The latest on the COVID-19 global situation & long-term sequelae. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2020. 9 septembre 2020. Disponible à : [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2).
- Pellaud C, Grandmaison G, Pham Huu Thien HP, Baumberger M, Carrel G, Ksouri H, et al. Characteristics, comorbidities, 30-day outcome and in-hospital mortality of patients hospitalised with COVID-19 in a Swiss area - a retrospective cohort study. *Swiss Med Wkly* 2020;150:w20314.
- Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020;
- Qi R, Chen W, Liu S, Thompson PM, Zhang LJ, Xia F, et al. Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors. *medRxiv* 2020;
- Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, Graham MS, Penfold RS, Bowyer RC, et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. *MedRxiv* 2020:26.
- Tenforde MW, Billig Rose E, Lindsell CJ, Shapiro NI, Files DC, Gibbs KW, et al. Characteristics of Adult Outpatients and Inpatients with COVID-19 - 11 Academic Medical Centers, United States, March-May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(26):841-6.
- Tolba M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H. Assessment and Characterization of Post-COVID-19 manifestations. *Int J Clin Pract* 2020:e13746.
- Tomasoni D, Bai F, Castoldi R, Barbanotti D, Falcinella C, Mulè G, et al. Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: A cross-sectional study in Milan, Italy. *J Med Virol* 2020;
- Weerahandi H, Hochman KA, Simon E, Blaum C, Chodosh J, Duan E, et al. Post-discharge health status and symptoms in patients with severe COVID-19. *medRxiv* 2020;
- Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, Dong W. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect* 2020;

## ANNEXE 1

Tableau 1 Stratégie de recherche documentaire dans PubMed

PubMed (NLM)		
Date du repérage : octobre 2020		
# 1	COVID-19[Supplementary Concept] OR Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2[Supplementary Concept]	29 393
#2	((coronavirus*[tiab] OR corona virus*[tiab] OR pneumonia[tiab] OR cov[tiab] OR ncov[tiab]) AND wuhan[tiab]) OR ((coronavirus*[tiab] OR corona virus*[tiab]) AND 2019[tiab]) OR 2019 ncov[tiab] OR 2019-ncov[tiab] OR 2019ncov[tiab] OR china coronavirus[tiab] OR china corona virus[tiab] OR covid 19[tiab] OR covid-19[tiab] OR covid19[tiab] OR ncov 2019[tiab] OR new corona virus*[tiab] OR new coronavirus*[tiab] OR novel corona virus*[tiab] OR novel coronavirus*[tiab] OR sars corona virus 2[tiab] OR sars coronavirus 2[tiab] OR sars cov 2[tiab] OR sars-cov- 2[tiab] OR sars 1[tiab] OR sars2[tiab] OR (severe acute respiratory[tiab] AND syndrome[tiab] AND (coronavirus 2[tiab] OR corona virus 2[tiab] OR cov2[tiab])) OR syndrome cov 2[tiab] OR (wuhan*[tiab] AND (coronavirus*[tiab] OR virus*[tiab]))	63 164
#3	((coronavirus*[ot] OR corona virus*[ot] OR pneumonia[ot] OR cov[ot] OR ncov[ot]) AND wuhan[ot]) OR ((coronavirus*[ot] OR corona virus*[ot]) AND 2019[ot]) OR 2019 ncov[ot] OR 2019-ncov[ot] OR 2019ncov[ot] OR china coronavirus[ot] OR china corona virus[ot] OR covid 19[ot] OR covid-19[ot] OR covid19[ot] OR ncov 2019[ot] OR new corona virus*[ot] OR new coronavirus*[ot] OR novel corona virus*[ot] OR novel coronavirus*[ot] OR sars corona virus 2[ot] OR sars coronavirus 2[ot] OR sars cov 2[ot] OR sars-cov-2[ot] OR sars 1[ot] OR sars2[ot] OR (severe acute respiratory[ot] AND syndrome[ot] AND (coronavirus 2[ot] OR corona virus 2[ot] OR cov2[ot])) OR syndrome cov 2[ot] OR (wuhan*[ot] AND (coronavirus*[ot] OR virus*[ot]))	26 979
#4	#1 OR #2 OR #3	64 318
#5	Coronavirus Infections[majr] OR Severe Acute Respiratory Syndrome[majr]	36 096
#6	coronavirus*[ti] OR corona virus*[ti] OR cov[ti] OR covs[ti] OR sars-cov[ti] OR sars[ti] OR sars1[ti] OR severe acute respiratory syndrome[ti]	26 886
#7	coronavirus*[ot] OR corona virus*[ot] OR cov[ot] OR covs[ot] OR sars-cov[ot] OR sars[ot] OR sars1[ot] OR severe acute respiratory syndrome[ot]	17 321
#8	#5 OR #6 OR #7	55 538
#9	#4 OR #8	76 738
#10	Symptom Assessment[mh]	5159
#11	complication*[ti] OR long-term consequence*[ti] OR long-term effect*[ti] OR long- term health consequence*[ti] OR long-term health effect*[ti] OR long-term health sequelae[ti] OR long-term sequelae[ti]	146 881
#12	complication*[ot] OR long-term consequence*[ot] OR long-term effect*[ot] OR long- term health consequence*[ot] OR long-term health effect*[ot] OR long-term health sequelae[ot] OR long-term sequelae[ot]	105 978
#13	#10 OR #11 OR #12	244 212
#14	indication*[ti] OR manifestation*[ti] OR sign[ti] OR signs[ti] OR symptom*[ti] OR symptoms[ti] OR syndrome*[ti]	814 161
#15	indication*[ot] OR manifestation*[tiab] OR sign[ot] OR signs[ot] OR symptom*[ot] OR symptoms[ot] OR syndrome*[ot]	404 672
#16	#14 OR #15	1 060 034
#17	#13 OR #16	1 285 079
#18	after[ti] OR previous[ti] OR post[ti] OR survival[ti] OR survivor*[ti]	1 067 531
#19	after[ot] OR previous[ot] OR post[ot] OR survival[ot] OR survivor*[ot]	71 505
#20	#18 OR #19	1 106 232

#21	return to usual health[tij] OR return to usual health[ot]	93
#22	#9 AND (#17 AND #20)	317
#23	#9 AND #21	5
#24	#22 OR #23	321*

**Tableau 2 Stratégie de recherche documentaire dans Embase**

<b>Embase 1996- (Ovid)</b>		
<b>Date du repérage : octobre 2020</b>		
1	(((((coronavirus* OR corona virus* OR pneumonia OR cov OR ncov) AND wuhan) OR ((coronavirus* OR corona virus*) AND 2019) OR 2019 ncov OR 2019-ncov OR 2019ncov OR china coronavirus OR china corona virus OR covid 19 OR covid-19 OR covid19 OR ncov 2019 OR new corona virus* OR new coronavirus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR sars corona virus 2 OR sars coronavirus 2 OR sars cov 2 OR sars-cov-2 OR sars 1 OR sars2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR cov2)) OR syndrome cov 2) OR (wuhan* AND (coronavirus* OR virus*))).ti,ab,kw.	55 270
2	(coronavirus* OR corona virus* OR cov OR covs OR sars-cov OR sars OR sars1 OR severe acute respiratory syndrome).ti,kw.	34 132
3	OR/1-2	67 424
4	Symptom Assessment/	7933
5	(complication* OR long-term consequence* OR long-term effect* OR long-term health consequence* OR long-term health effect* OR long-term health sequelae OR long-term sequelae).ti,kw.	192 602
6	(indication* OR manifestation* OR sign OR signs OR symptom* OR symptoms OR syndrome*).ti,kw.	885 346
7	OR/4-6	1 070 950
8	3 AND 7	8534
9	(after OR previous OR post OR survival OR survivor*).ti,kw.	1 189 293
10	8 AND 9	280
11	Limit 10 to Embase	217
12	(return to usual health).ti,kw.	1
13	3 AND 12	1
14	Limit 13 to Embase	0
15	11 OR 14	217*

**Tableau 3 Stratégie de recherche documentaire dans EBM Reviews**

<b>EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database</b>		
<b>Date du repérage : octobre 2020</b>		
1	(((((coronavirus* OR corona virus* OR pneumonia OR cov OR ncov) AND wuhan) OR ((coronavirus* OR corona virus*) AND 2019) OR 2019 ncov OR 2019-ncov OR 2019ncov OR china coronavirus OR china corona virus OR covid 19 OR covid-19 OR covid19 OR ncov 2019 OR new corona virus* OR new coronavirus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR sars corona virus 2 OR sars coronavirus 2 OR sars cov 2 OR sars-cov-2 OR sars 1 OR sars2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR cov2)) OR syndrome cov 2) OR (wuhan* AND (coronavirus* OR virus*))).mp.	39
2	(coronavirus* OR corona virus* OR cov OR covs OR sars-cov OR sars OR sars1 OR severe acute respiratory syndrome).mp.	70
3	OR/1-2	81

4	(complication* OR long-term consequence* OR long-term effect* OR long-term health consequence* OR long-term health effect* OR long-term health sequelae OR long-term sequelae).mp.	9849
5	(indication* OR manifestation* OR sign OR signs OR symptom* OR symptoms OR syndrome*).mp.	13 492
6	OR/4-5	17 162
7	3 AND 6	75
8	(after OR previous OR post OR survival OR survivor*).mp.	19 353
9	7 AND 8	72*

### Sites web consultés

Agence de santé publique (Québec, Canada, France)  
 Sites web de ministères de la santé d'autres pays (Royaume-Uni, Australie, Belgique, France)  
 Alberta Health Services  
 Centers for disease control aux États-Unis  
 Organisation mondiale de la santé  
 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)  
 Agence canadienne des médicaments et des technologies/Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (ACMTS/CADTH)  
 Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)  
 Centre fédéral d'expertise en santé (KCE)  
 Haute Autorité de Santé (HAS)  
 Health Quality Ontario (HQO)  
 Infobanque AMC (Association médicale canadienne – Canadian Medical Association)  
 Institute for Clinical Evaluative Sciences  
 Institute of Health Economics (IHE)  
 International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)  
 New Zealand Guidelines Group (NZGG)  
 NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

## ANNEXE 2

Tableau 1. Évaluation de la qualité méthodologique des études descriptives repérées

CRITÈRES	[Arnold <i>et al.</i> , 2020]	[Carfi <i>et al.</i> , 2020]	[Carvalho-Schneider <i>et al.</i> , 2020]	[Fjaeldstad, 2020]	[Garrigues <i>et al.</i> , 2020]	[Halpin <i>et al.</i> , 2020]	[Huang <i>et al.</i> , 2020]
A1- Question de recherche	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte	Forte	Forte
B1-Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible
B2-Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Faible	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée
B3- Instrument de collecte de données	Forte	Forte	Modérée	Faible	Forte	Forte	Forte
B4- Éthique	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
B5- Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée
Conclusion globale :	Moyenne	Faible	Moyenne	Faible	Moyenne	Moyenne	Moyenne
CRITÈRES	[Pellaud <i>et al.</i> , 2020]	[Sudre <i>et al.</i> , 2020]	[Tenforde <i>et al.</i> , 2020]	[Tolba <i>et al.</i> , 2020]	[Tomasoni <i>et al.</i> , 2020]	[Qi <i>et al.</i> , 2020]	
A1- Question de recherche	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Forte	Modérée	
B1-Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Forte	Faible	Faible	Faible	
B2-Sources et méthodes de collecte de données	Faible	Faible	Modérée	Faible	Modérée	Faible	
B3- Instrument de collecte de données	Faible	Faible	Modérée	Faible	Forte	Forte	
B4- Éthique	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Forte	
B5- Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	
Conclusion globale :	Faible	Faible	Moyenne	Faible	Faible	Faible	



**Tableau 2. Évaluation de la qualité méthodologique des études analytiques repérées**

CRITÈRES	[Cirulli <i>et al.</i> , 2020] (Cohorte)	[Puntmann <i>et al.</i> , 2020] (Cohorte)	[Weerahandi <i>et al.</i> , 2020] (ENCAA)	[Xiong <i>et al.</i> , 2020] (Cohorte)
1. Question de recherche	Forte	Modérée	Forte	Forte
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée
3. Justesse du contrôle du biais de sélection	Modérée	Faible	Faible	Faible
4. Justesse du contrôle du biais causé par une erreur de classification	Faible	Forte	Forte	Forte
5. Justesse du contrôle du biais d'information	Faible	Modérée	Faible	Faible
6. Validité et fiabilité des instruments de collecte de données	Faible	Forte	Forte	Modérée
7. Justesse de la conservation et du suivi	Faible	Forte	Forte	Forte
8. Comparabilité du groupe témoin et du groupe d'intervention	Faible	Modérée	Modérée	Modérée
9. Justesse du contrôle des grandes variables confusionnelles	Modérée	Forte	Forte	Forte
10. Justesse de la conduite éthique	Faible	Forte	Forte	Forte
11. Justesse et interprétation des tests statistiques	Forte	Forte	Modérée	Forte
12. Puissance et taille de l'échantillon	Modérée	Forte	Forte	Forte
13. Possibilité de généralisation des résultats	Forte	Modérée	Modérée	Faible
14. Faisabilité de la mise en œuvre	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
<b>Conclusion globale</b>	Faible	Moyenne	Moyenne	Moyenne

**Tableau 3. Caractéristiques des études descriptives incluses**

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
				Légère	Modérée	Sévère	
Arnold (2020) Royaume-Uni	Adultes positifs pour SARS-CoV-2 par PCR ou avec un diagnostic clinique/radiologique de COVID-19  N=110 Âge 60 ans 42F/68H  Sévérité COVID-19 Légère : n=27, Âge 47 ans, 14F/13H Modérée : n=65. Âge 57 ans, 21F/44H Sévère : n=18, Âge 62 ans, 7F/11H	8 à 12 semaines après l'admission à l'hôpital  Temps médian du suivi : 83 jours après l'admission et 90 jours après l'apparition des symptômes de COVID-19	<b>Symptômes déclarés au moment du suivi</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Article non révisé par les pairs,</li> <li>• Pas de groupe comparateur approprié</li> <li>• Petit groupe de personne recrutée à un seul site</li> <li>• Biais de recrutement (seulement des personnes hospitalisées)</li> <li>• Biais de subjectivité pour les symptômes</li> </ul>
			Fièvre	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	
			Toux	2 (7 %)	10 (15 %)	1 (6 %)	
			Essoufflement	7 (26 %)	26 (40 %)	10 (56 %)	
			Anosmie	3 (11 %)	6 (9.2 %)	4 (22 %)	
			Fatigue excessive	7 (26 %)	26 (40 %)	10 (56 %)	
			Myalgie	4 (15 %)	14 (22 %)	7 (39 %)	
			Céphalée	1 (4 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	
			Douleur thoracique	2 (7.4 %)	10 (15 %)	2 (11 %)	
			Arthralgie	1 (4 %)	1 (2 %)	3 (16 %)	
			Diarrhée	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	
			Douleur abdominale	1 (2 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	
			Nausée	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
			Insomnie	6 (22 %)	11 (17 %)	9 (50 %)	
			Tout symptôme	16 (59 %)	49 (75 %)	16 (89 %)	
			<b>Tests de fonction pulmonaire</b>				
			Saturation O <sub>2</sub> % (IQR)	98.0 (96.5, 99.0)	97.0 (96.0, 98.0)	97.0 (96.0, 98.0)	
			Saturation nadir O <sub>2</sub> pendant le test assis à debout % (IQR)	96.0 (95.0, 97.0)	95.0 (93.0, 96.5)	95.0 (91.8, 96.0)	
			Rythme respiratoire	17.0 (14.0, 18.0)	17.0 (14.2, 19.8)	17.0 (16.0, 18.0)	
			Capacité vitale forcée (L) (IQR)	3.58 (3.13, 4.31)	3.52 (2.75, 4.36)	3.65 (2.55, 4.14)	
Capacité vitale forcée (% prédite) (IQR)	97 (90, 105)	91 (78, 100)	89 (76, 98)				
Volume expiratoire forcé 1 (L) (IQR)	2.97 (2.56, 3.42)	2.71 (2.12, 3.49)	2.54 (1.88, 3.23)				
Volume expiratoire forcé 1 (% prédit) (IQR)	94 (82, 101)	90 (78, 100)	89 (73, 101)				

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
			Patron restrictif	0 (0 %)	8 (12 %)	3 (17 %)	
			Désaturation sévère pendant le test assis à debout	0 (0 %)	10 (15 %)	5 (28 %)	
			<b>Questionnaire SF-36</b> moyenne (SE)				
			Fonction physique	66 (27)	65 (30)	56 (23)	
			Rôle physique	43 (41)	50 (43)	24 (38)	
			Douleur physique	64 (28)	62 (27)	46 (21)	
			Santé générale	53 (30)	58 (25)	47 (20)	
			Vitalité	43 (20)	49 (22)	36 (24)	
			Fonctionnement social	65 (25)	69 (28)	49 (32)	
			Rôle émotionnel	57 (42)	64 (42)	43 (50)	
			Santé mentale	68 (19)	67 (21)	58 (28)	
			Score composante physique	41 (12)	41 (12)	36 (7)	
			Score composante mentale	45 (11)	46 (11)	40 (17)	
			<b>Questionnaire WEMWBS</b>	52	53	50	
			<b>Présence d'au moins 1 symptôme au moment du suivi</b>	81/110 (74 %)			
			<b>Symptômes les plus fréquents</b>				
			Essoufflement		39 %		
			Fatigue excessive		39 %		
			Insomnie		24 %		
			<b>Radiographie thoracique</b>				
			Normale		95/110		
			Anormale		15/110		
			Pire qu'à l'admission		2/15		

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats	Limites
Carfi (2020) Italie	Toute personne qui satisfait aux critères de l'OMS pour l'arrêt de la quarantaine (aucune fièvre depuis 3 jours consécutifs, amélioration des autres symptômes et 2 résultats négatifs au test pour le SARS-CoV-2 à 24 heures d'intervalle)  N=143 Âge : 56,5 ans 53F/90H	60,3 (SD 13,6) jours après la première apparition des symptômes de COVID-19  36,1 (SD 12,9) jours après la sortie de l'hôpital	<b>Nombre de personnes avec symptômes persistants</b> Aucun symptôme persistant : 1 ou 2 symptômes persistants : ≥3 symptômes persistants :  <b>Détérioration de la qualité de vie</b>  <b>Présence de symptômes :</b> Fatigue Dyspnée Douleur articulaire Douleur thoracique Toux* Anosmie* Syndrome Sicca* Rhinite* Yeux rouges* Dysgueusie* Céphalée* Production de mucus* Perte d'appétit* Maux de gorge* Vertige* Myalgie* Diarrhée*	18 (12,6 %) 46 (32,2 %) 79 (55,2 %)  63 (44,1 %)  53,1 % 43,4 % 27,3 % 21,7 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>Biais de mémoire</li> <li>Petit groupe de personnes recruté à un seul site</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
				Début	Jour 30	Jour 60	
Carvalho-Schneider (2020) France	Adultes (≥18 ans) avec un diagnostic confirmé de COVID-19 (RT-PCR pour SARS-CoV-2)  Exclus : soins intensifs, résidents de résidences pour aînés et CHSLD, transférés dans un autre établissement de soins  N= 150 Âge : 49±15 ans 84F/66H	Une semaine (jour 7), un mois (jour 30) et deux mois (jour 60) après le début des symptômes  Jour 30 n=150 Jour 60 n=130	<b>Présence de symptôme</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'un groupe contrôle</li> <li>Biais de sélection liés à la sévérité et à l'âge : exclusion des personnes les plus malades; exclusion des personnes en CHSLD ou en résidence pour aînés</li> <li>Biais de subjectivité lié à la déclaration volontaire des symptômes</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre (&lt;38 °C)</li> <li>Dyspnée/souffle court</li> <li>Douleur thoracique</li> <li>Symptômes d'allure grippale</li> <li>Troubles digestifs <ul style="list-style-type: none"> <li>y compris la diarrhée</li> </ul> </li> <li>Perte de poids ≥5 %</li> <li>Anosmie/agueusie</li> <li>Palpitations</li> <li>Arthralgie</li> <li>Signes cutanés</li> </ul>	51,4 %	3,6 %	0,0 %	
			<b>Personnes en congé de maladie</b>	-	19,7 %	11,2 %	
			<b>Personnes avec ≥ 1 symptôme persistant</b>	Jour 30 68 %		Jour 60 66,1 %	
Halpin (2020) Royaume-Uni	Personne diagnostiquée avec COVID-19 par PCR, 4 semaines ou plus après la sortie de l'hôpital  N=100  Unité de soins intensifs = 32 Âge médian : 58,5 ans 13F/19H	48 (SD 10,3) jours après sortie de l'hôpital	<b>Fatigue</b> Toute nouvelle fatigue Légère (0-3) Modérée (4-6) Sévère (7-10) <b>Essoufflement</b> Nouveau ou pire Léger (↑1-3/10) Modéré (↑4-6/10) Sévère (↑7-10/10) ↑ au repos ↑ en s'habillant ↑ dans les escaliers	Soins réguliers 41 (60,3 %) 17 (25,0 %) 14 (20,6 %) 10 (14,7 %)	Soins intensifs 23 (72,0 %) 6 (18,8 %) 13 (40,6 %) 4 (12,5 %)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>Recrutement limité à un seul site</li> <li>Biais de réponse</li> <li>Biais de subjectivité lié à la déclaration</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats		Limites
	Soins réguliers = 68 Âge médian : 70,5 ans 33F/35H		<b>Neuropsychologique</b> Tout symptôme de choc post-traumatique (SCPT) lié à la maladie Léger Modéré Sévère Idées d'automutilation Problème de concentration nouveau ou pire Problème de mémoire à court terme nouveau ou pire <b>Langage et déglutition</b> Problème de déglutition Sensibilité laryngée Changement de voix Difficulté de communication Satisfais le critère de référence pour thérapie du langage  <b>Nutrition</b> Inquiétude sur poids/nutrition Problème d'appétit de sévérité ≥ 2 Satisfais le critère de référence en diététique <b>Continence</b> Nouveau problème de contrôle intestinal Nouveau problème de contrôle urinaire <b>EQ-5D-5L</b> EQ-5D-5L moyen le jour du sondage			volontaire des symptômes
				16 (23,5 %)	15 (46,9 %)	
				12 (17,6 %)	9 (28,1 %)	
				4 (5,9 %)	4 (12,5 %)	
				0	2 (6,3 %)	
				1 (1,5 %)	1 (3,1 %)	
				11 (16,2 %)	11 (34,4 %)	
				12 (17,6 %)	6 (18,8 %)	
				4 (5,9 %)	4 (12,5 %)	
				9 (11,8 %)	8 (25 %)	
				12 (17,6 %)	8 (25 %)	
				4 (5,9 %)	2 (6,3 %)	
				14 (20,6 %)	9 (28,1 %)	
				10 (14,7 %)	2 (6,3 %)	
				6 (8,8 %)	2 (6,3 %)	
				12 (17,6 %)	4 (12,5 %)	
				2 (2,9 %)	1 (3,1 %)	
				6 (8,8 %)	4 (12,5 %)	
				0,724	0,693	

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats		Limites
			Changement moyen ↓ d'au moins 0,05 (différence minimale cliniquement importante) ↓ mobilité ↓ soins personnels ↓ activités courantes ↑ douleur/inconfort ↑ anxiété/dépression <b>Autoévaluation de l'état de santé (échelle 0-100)</b> Changement moyen ↓ par plus de 7 points (différence minimale cliniquement importante)	-0,061  31 (45,6 %) 21 (30,9 %) 12 (17,6 %) 25 (36,8 %) 10 (14,7 %) 11 (16,2 %)	-1,155  22 (68,8 %) 16 (50 %) 4 (12,5 %) 19 (29,4 %) 9 (28,1 %) 12 (37,5 %)  -5,8 22 (32,4 %)	
Fjaeldstad, (2020) Danemark	Personnes >18 ans, non-hospitalisées qui ont expérimenté une perte chimiosensorielle soudaine en 2020.  N=109 <b>Anosmie</b> n=100 39,4 ans 79F/21H COVID-19 confirmé n=42 <b>Agueusie</b> n=104 40,3 ans 83F/21H COVID-19 confirmé n=41	Anosmie : 29,8 (25,6-34,1) jours Agueusie : 30,0 (25,9-34,7) jours	Nombre de jours avant amélioration pour les cas confirmés de COVID-19 Moyenne (95 % IC) [n]  Nombre de jours avant résolution pour les cas confirmés de COVID-19 Moyenne (95 % IC) [n]  Nombre de jours sans amélioration Moyenne (95 % IC) [n]  Nombre de jours sans guérison Moyenne (95 % IC) [n]	Anosmie  12,4 (9,7-15,2) [34]  15,1 (10,0-20,2) [19]  18,4 (8,0-28,7) [8]  29,8 (23,4-36,3) [23]	Agueusie  9,8 (7,7-11,8) [36]  14,9 (9,5-20,2) [21]  27,6 (5,0-50,2) [5]  29,2 (21,9-36,4) [20]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>• Lien temporel vague</li> <li>• Biais de mémoire</li> <li>• Biais de recrutement/sélection (critères de sélection vagues et sur une base volontaire)</li> <li>• Petit groupe de personnes</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
				Total	Soins réguliers	Soins intensifs	
Garrigues, (2020)	Personnes hospitalisées avec un diagnostic de COVID-19 par RT-PCR SARS-CoV-2 ou avec anomalies typiques sur une tomographie du thorax  N=120 Âge moyen : 63,2 ans 45F/75H Soins réguliers n=96 Soins intensifs n=24	Plus de 100 jours après admission à l'hôpital  Temps moyen de suivi 110,9 ± 11,1 jours	% avec les caractéristiques à l'admission <b>Confusion</b> <b>Toux</b> <b>Dyspnée</b> <b>Myalgie</b> <b>Diarrhée</b>  % avec symptômes persistants <b>Toux</b> <b>Douleur thoracique</b> <b>Fatigue</b> <b>Dyspnée</b> <b>Agueusie</b> <b>Anosmie</b> <b>Perte des cheveux</b> <b>Troubles de l'attention</b> <b>Perte de mémoire</b> <b>Trouble du sommeil</b> <b>Échelle de dyspnée mMRC</b> Grade 0 Grade 1 Grade ≥ 2 <b>EQ-5D-5L</b> EQ-VAS (%)  Indice EQ-5D	5,8 % 72,5 % 73,3 % 15,8 % 24,2 %  16,7 % 10,8 % 55,0 % 41,7 % 10,8 % 13,3 % 20,0 % 26,7 % 34,2 % 30,8 % 46,7 % 24,2 % 29,2 % 70,3 % (± 21,5) 0,86 (±0,20)	6,2 % 71,9 % 70,8 % 16,7 % 26,0 %  14,6 % 11,5 % 54,2 % 39,6 % 9,4 % 14,6 % 18,8 % 29,2 % 37,5 % 30,2 % 49,0 % 22,9 % 28,1 % 69,9 % (±21,4) 0,86 (±0,20)	4,2 % 75,0 % 83,3 % 12,5 % 16,7 %  25,0 % 8,3 % 58,3 % 50,0 % 16,7 % 8,3 % 25,0 % 16,7 % 20,8 % 33,3 % 37,5 % 29,2 % 33,3 % 71,7 % (±22,2) 0,82 (±0,21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biais de sélection/réponse</li> <li>• Petit nombre de personnes d'un seul site</li> <li>• Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>• Biais de subjectivité lié à la déclaration volontaire des symptômes</li> </ul>
Huang (2020) Chine	Adultes avec une infection par SARS-CoV-2 confirmée par RT-PCR ou séquençage	30 jours après la sortie de l'hôpital	<b>Paramètres pulmonaires</b>  FEV1 < 80 % du prédit FVC < 80 % du prédit  FEV1/FVC < 80 %	Totale 5 (8,8 %) 6 (10,5 %)	Sévère 3 (17,6 %) 4 (23,5 %)	Non sévère 2 (5,0 %) 2 (5,0 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un groupe contrôle approprié</li> </ul>



Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
	N=57 Âge moyen 46,72 ans 31F/26H  Maladie sévère : n=17 Non sévère : n=40		TLC < 80 % du prédit	25 (43,9 %)	4 (23,5 %)	16 (40,0 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biais de recrutement/sélection</li> <li>Petit groupe de participants d'un seul site</li> </ul>
			Capacité de diffusion du monoxyde de carbone < 80 % du prédit	7 (12,3 %)	13 (76,5 %)	3 (7,5 %)	
			R5 ≥ 150 % du prédit	30 (52,6 %)		17 (42,5 %)	
			R20 ≥ 150 % du prédit	8 (14,0 %)	2 (11,8 %)	6 (15,0 %)	
			Plmax < 80 % du prédit	10 (17,5 %)	3 (17,6 %)	7 (17,5 %)	
			PEmax < 80 % du prédit	28 (49,1 %)	4 (23,5 %)	21 (52,5 %)	
				13 (22,8 %)		9 (22,5 %)	
			<b>Radiographie thoracique</b>				
			Scan CT anormal		16 (94,1 %)	15 (37,5 %)	
			Fibrose pulmonaire	31 (54,4 %)	4	0	
			Score CT (SD)	4	3,94 (2,23)	0,83 (1,39)	
				-			
			<b>Test de marche 6 minutes</b>				
			Distance moyenne (SD)	561,97 m (45,29)	517,43 m (44,55)	573,52 m (38,38)	
			<b>Symptômes</b>				
			Toux légère	6 (10,5 %)			
			Souffle court	4 (7,0 %)			
			Respiration sifflante occasionnelle	3 (5,3 %)			
Pellaud, (2020)	Toutes les personnes avec un test confirmé	30 jours après le début des symptômes		Tous	Soins réguliers	Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'un groupe</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
Suisse	de COVID-19 par RT-PCR hospitalisées N= 196 Âge médian : 70 ans 77F/119H  Personnes sorties de l'hôpital dans les 30 jours qui suivent le début des symptômes N=117 Soins réguliers n=100 Soins intensifs n=17	(pour les personnes sorties de l'hôpital seulement)	Personnes asymptomatiques Médiane (écart interquartile)  Personnes symptomatiques Médiane (écart interquartile)  <b>Asthénie</b> <b>Symptômes respiratoires</b> <b>Anosmie/Dysgueusie</b>	43 (37)  73 (63)  67 % 56 % 10 %	39 (39)  60 (61)	4 (24)  13 (76)	contrôle approprié • Petit groupe de personnes • Biais de sélection/réponse • Biais de mémoire possible ou de subjectivité lié à la déclaration volontaire des symptômes
Sudre (2020) Royaume-Uni, Suède, États-Unis	Utilisateurs de l'application COVID Symptom Study app qui ont testé positif pour le SARS-CoV-2 par PCR  N=4182 Âge moyen 42,8 ans	En continu	Symptômes pour moins de 10 jours (COVID court) Durée moyenne  Symptômes depuis plus de 28 jours (COVID long) Durée moyenne Symptômes depuis plus de 56 jours Symptômes depuis plus de 94 jours  Symptômes les plus fréquents chez les COVID long Fatigue Céphalée		1591 (38 %) 6 jours  558 (13,3 %) 41 jours  189 (4,5 %)  95 (2,3 %)		• Étude non révisée par les pairs • Biais de recrutement et sélection • Biais de collecte de données – base volontaire • Nouvel outil non validé

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
			Symptômes	Court	28 jours	56 jours	
			<b>Fatigue</b>				
			Fréquence globale	76,1 %	97,7 %	96,8 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	4 [2 ;6]	33 [25 ;56]	73 [55,5 ; 110]	
			<b>Céphalée</b>				
			Fréquence globale	65,6 %	91,2 %	93,7 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	3 [1 ;5]	22 [10 ;42]	56 [22 ;93]	
			<b>Souffle court</b>				
			Fréquence globale	29,4 %	70,8 %	75,7 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	2 [1 ;5]	24 [8 ;45]	59 [37 ;98]	
			<b>Anosmie</b>				
			Fréquence globale	49,2 %	72,0 %	75,1 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	3 [2 ;5]	24 [11 ;42,75]	53 [17,5 ; 84,75]	
			<b>Toux persistante</b>				
			Fréquence globale	40,5 %	68,6 %	62,4 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	3 [1 ;5]	20 [7,5 ;32]	34 [14 ;59]	
			<b>Mal de gorge</b>				
			Fréquence globale	41,2 %	67,0 %	72,5 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	2 [1 ;4]	15 [3,25 ; 33,75]	33 [4 ;63]	
			<b>Fièvre</b>				
			Fréquence globale	36,1 %	62,9 %	58,7 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	2 [1 ;3]	6 [2 ;14]	11 [2 ;51,5]	
			<b>Douleur musculaire inhabituelle</b>				
			Fréquence globale	29,2 %	64,0 %	64,6 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	2 [1 ;4]	7 [2 ;25]	30 [4 ; 76,75]	
			<b>Repas non pris</b>				
			Fréquence globale	29,9 %	59,5 %	66,7 %	
			Durée médiane jours, [IQR]	2 [1 ;4]	9 [3,75 ; 20]	13 [4 ;44]	
			<b>Douleur thoracique</b>				

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
			Fréquence globale Durée médiane jours, [IQR] <b>Diarrhée</b> Fréquence globale Durée médiane jours, [IQR] <b>Voix enrouée</b> Fréquence globale Durée médiane jours, [IQR] <b>Douleur abdominale</b> Fréquence globale Durée médiane jours, [IQR] <b>Délirium</b> Fréquence globale Durée médiane jours, [IQR]	28,2 % 2 [1 ;4] 20,4 % 2 [1 ;3] 23,0 % 2 [1 ;4] 17,2 % 1 [1 ;3] 11,8 % 2 [1 ;3]	60,0 % 13 [3 ;35] 51,1 % 9 [2 ;22] 53,0 % 9 [3 ;29] 44,1 % 7 [1 ;23] 30,3 % 8 [1 ;23]	63,0 % 46 [17 ;78] 54,5 % 15 [2 ;46,5] 61,4 % 21 [4 ;61,5] 49,2 % 13 [1 ;56] 38,6 % 14 [2 ;56]	
Tenforde, (2020) États-Unis	Adultes ≥18 ans qui ont obtenu un résultat positif par RT-PCR pour SARS-CoV-2.  N= 350 Âge médian : 43 ans 185F/165H  Personnes non hospitalisées N= 271 Âge médian 42 ans 144F/127H  Personnes hospitalisées N=79 Âge médian 54 ans 41F/38H	14-21 jours après le test SARS-CoV-2 (97 % des répondants) ou 28-35 jours après le test SARS-CoV-2 (3 % des répondants)	Personnes qui ont retrouvé leur état de santé normal au moment du suivi	Tous  60 %	Non-hospitalisés  64 %	Hospitalisés  39 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>• Biais de subjectivité lié à la déclaration volontaire des symptômes</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats	Limites
Tolba, (2020) Égypte	Personnes remises de la COVID-19 N=283 Âge moyen 32,3 ans 184F/103H	Non spécifié	Fatigue Anxiété Douleurs articulaires Céphalée en continu Douleurs thoraciques Démence Dépression Dyspnée Vision floue Tinnitus Fièvre intermittente Trouble obsessionnel compulsif Fibrose pulmonaire Diabète Migraine Accident vasculaire cérébral Insuffisance rénale Myocardite Arythmie	72,8 % 38 % 31,4 % 28,9 % 28,9 % 28,6 % 28,6 % 28,2 % 17,1 % 16,7 % 11,1 % 4,9 %  4,9 % 4,2 % 2,8 % 2,8 % 1,4 % 1,4 % 0,3 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque d'information sur la population à l'étude, le moment de l'évaluation, les méthodes utilisées pour le recrutement et la collecte des données</li> </ul>
Tomasoni, (2020) Italie	Personnes en rémission clinique (absence de fièvre depuis 48 à 72 heures et une saturation d'oxygène normale à l'air ambiant) et avec clairance virale (2 tests naso-pharyngé négatifs consécutifs pris à intervalle de 24 à 48 heures, au moins 14 jours après la rémission clinique)	1 à 3 mois après la clairance virale  Temps moyen depuis la clairance virale : 46 jours	Persistance des symptômes <b>Anosmie</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Dysgueusie</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Symptômes gastro-intestinaux</b> Jamais En cours	52,4 %  41,9 % 5,7 % 48,6 % 3,8 %  37,1 % 5,7 % 54,3 % 2,9 %  59 % 1 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biais de recrutement et de sélection possible</li> <li>Petit groupe de personnes recrutées en un seul endroit</li> <li>Absence de groupe contrôle approprié</li> <li>Biais de mémoire possible</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats	Limites
	après hospitalisation pour la COVID-19  N=105 Âge médian 55 ans 28F/77H		Résolu Inconnu <b>Fièvre</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Sensation de brûlure</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Dyspnée</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Asthénie</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Déficit cognitif (trouble de mémoire)</b> Jamais En cours Résolu Inconnu <b>Autres symptômes</b> (douleur thoracique, céphalée, constipation, tinnitus, insomnie, palpitations, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST, toux, mal de gorge)	35,2 % 4,8 %  7,6 % 0 87,6 % 4,8 %  65,7 % 10,5 % 18,1 % 5,7 %  28,6 % 6,7 % 59 % 5,7 %  27,6 % 31,4 % 36,2 % 4,8 %  71,4 % 17,1 % 3,8 % 7,6 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biais de subjectivité lié à la déclaration volontaire des symptômes</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats	Limites
			Jamais En cours Résolu <b>Mini examen de l'état mental (n=25)</b> Normal (26-30) Déficit cognitif léger (18-25) Pathologique (<18) Inconnu  <b>Échelle hospitalière de dépression et d'anxiété (HADS-A/D)</b> HADS-A anormal HADS-D anormal HADS-A/D pathologique Anxiété et dépression Anxiété seule Dépression seule	32,4 % 17,1 % 6,7 %  44 % 36 % 4 % 16 %  29 % 11 % 30 % 10/30 (33 %) 19/30 (63 %) 1/30 (4 %)	
Qi (2020) Chine	Personne avec une infection à COVID-19 confirmée par laboratoire  N=43 Âge moyen 40,1 ans 25F/18H	Temps moyen entre le début des symptômes et l'évaluation psychométrique 27 jours  Temps moyen entre l'hospitalisation et l'évaluation psychométrique 27 jours	Problème général de santé mentale  Symptômes du trouble de stress post-traumatique  Symptômes d'anxiété ou de dépression Anxiété et dépression Anxiété seule Dépression seule Fatigue chronique	18/41 (43,9 %)  5/41 (12,2 %)  11/41 (26,8 %) 5 1 5 22/41 (53,6 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Article non révisé par les pairs</li> <li>• Biais de sélection et de recrutement</li> <li>• Petit groupe de personnes</li> <li>• Absence d'un groupe contrôle approprié</li> <li>• Biais de collecte des données par</li> </ul>

Auteurs (date), pays	Population à l'étude	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats	Limites
					les personnes elles-mêmes <ul style="list-style-type: none"> <li>Horizon temporel incertain</li> </ul>

**Tableau 4. Études de cohorte et non comparative avant-après incluses**

Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID-19	Contrôle	p	
Cirulli (2020) États-Unis	Étude de cohorte	Participants au <i>Helix DNA Discovery Project</i> et au <i>Healthy Nevada Project</i> qui ont accepté de remplir le sondage en ligne.  Personnes avec un test COVID positif N=233  Cohorte complète N=21 359 Âge médian 58 ans 11 570F/9 789 H	Personnes avec un test COVID-19 négatif N=3 652  Personnes non testées n=17 474	En continu	Personnes avec au moins 1 symptôme  depuis 30 jours    depuis 60 jours    depuis 90 jours	42,3 %    33,8 %    24,1 %	Test nég 13,3 % Aucun test 8,6 %  Test nég 9,7 % Aucun test 8,6 %  Test nég 8,0 % Aucun test 6,0 %	5,01x10 <sup>-14</sup>  n.d.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Article non révisé par les pairs</li> <li>Biais de recrutement/sélection</li> <li>Biais d'attrition possible</li> <li>Biais de classification possible</li> <li>Déclaration volontaire des participants</li> <li>Manque de puissance statistique pour les symptômes individuels</li> <li>Comparabilité de base des groupes non mentionnée</li> </ul>



Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post -COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID-19	Contrôle	p	
Puntmann (2020) Allemagne	Étude de cohorte	Personnes diagnostiquées avec SARS-CoV-2 par RT-PCR. Éligibles si un minimum de 2 semaines s'est écoulé depuis le diagnostic original et si les symptômes respiratoires sont résolus et que le test est négatif après la période d'isolement.  N=100 Âge médian : 49 ans 47F/53H	Personnes appariées selon les facteurs de risque  N=57 Âge médian 49 ans 29F/28H	Durée médiane entre le test COVID-19 positif et la résonance magnétique cardiaque : 71 jours	<b>Symptômes présents</b> Douleur thoracique 17 % Palpitation 20 % Souffle court et fatigue générale 36 % Pendant les activités de la vie courante 25 %  <b>Valeurs de troponine T à haute sensibilité</b> Détectable ( $\geq 3$ pg/ml) 71 % Significativement élevée ( $\geq 13,9$ pg/ml) 5 %  Résonance magnétique cardiaque anormale 78 % LVEF, % 56 (54-58) Indice LVEDV, mL/m <sup>2</sup> 86 (81-89) Indice de masse LV, g/m <sup>2</sup> 51 (47-56) RVEF, % 56 (52-59) T1 natif, ms				<ul style="list-style-type: none"> <li>Biais de recrutement et de sélection possible</li> <li>Petit groupe de personnes recrutées à un seul site</li> </ul>

Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID-19	Contrôle	p	
					T1 natif anormal	1130 (119-1150)	1109 (1101-1119)	<0,001	
					T1 natif significativement anormal	73 %	40 %	<0,001	
					T2 natif, ms	38 %	16 %	<0,001	
					T2 natif anormal	39 (37-40)	36 (35-37)	<0,001	
					T2 natif significativement anormal	60 %	9 %	<0,001	
						22 %	2 %		
Xiong, (2020) Chine	Étude de cohorte	Personnes diagnostiquées avec la COVID-19 selon les critères de l'OMS guéries et sorties de l'hôpital au 1 <sup>er</sup> mars 2020.  N=538 Âge médian 52,0 ans 293F/245H	Personnes en quarantaine complète à la maison dans la région urbaine pendant plus de 3 mois et qui a fait peu d'exercice  N= 184 Âge médian 50,0 ans 88F/96H	<b>Population à l'étude :</b> 3 mois après la sortie de l'hôpital  <b>Population contrôle :</b> Après au moins 3 mois de quarantaine	<b>Symptômes généraux</b>  Déclin physique/fatigue  Transpiration  Myalgie  Arthralgie  Frissons  Œdème des membres Étourdissement  <b>Symptômes respiratoires</b> Polypnée post activité	<b>267 (49,6 %)</b>  152 (28,3 %)  127 (23,6 %)  24 (4,5 %)  41 (7,6 %)  25 (4,6 %)  14 (2,6 %) 14 (2,6 %)  <b>210 (39 %)</b> 115 (21,4 %)	<b>22 (12,0 %)</b>  17 (9,2 %)  3 (1,6 %)  0  0  0  3 (1,6 %)  <b>11 (6,0 %)</b> 10 (5,4 %)	<b>&lt;0,01</b>  <0,01  <0,01  <0,01  <0,01  0,03 0,58  <b>&lt;0,01</b> <0,01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biais de recrutement et de sélection</li> <li>• Petit groupe de personnes recrutées à partir d'un seul site</li> <li>• Biais de subjectivité pour la déclaration volontaire des symptômes</li> </ul>

Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post -COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID- 19	Contrôle	p	
					Polypnée non motrice	25 (4,7 %)	0	<0,01	
					Détresse thoracique	76 (14,1)	0	<0,01	
					Douleur thoracique	66 (12,3 %)	0	<0,01	
					Toux	38 (7,1 %)	1 (0,5 %)	<0,01	
					Expectoration	16 (3 %)	1 (0,5 %)	0,09	
					Mal de gorge	17 (3,2 %)	0	<0,01	
					<b>Symptômes cardiovasculaires</b>	<b>70 (13 %)</b>	<b>1 (0,5 %)</b>	<b>&lt;0,01</b>	
					↑ rythme cardiaque au repos	60 (11,2 %)	0	<0,01	
					Rougisement intermittent	26 (4,8 %)	1 (0,5 %)	<0,01	
					Nouveau diagnostic d'hypertension	7 (1,3 %)	0	0,2	
					<b>Symptômes psychosociaux</b>	<b>122 (22,7 %)</b>	<b>14 (7,6 %)</b>	<b>&lt;0,01</b>	
					Somnipathie	95 (17,7 %)	9 (4,9 %)	<0,01	
					Dépression	23 (4,3 %)	2 (1,1 %)	0,04	
					Anxiété	35 (6,5 %)	3 (1,6 %)	0,01	
					Dysphorie	9 (1,7 %)	1 (0,5 %)	0,47	

Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post-COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID-19	Contrôle	p	
					Sentiment d'infériorité	3 (0,6 %)	0	0,57	
					<b>Symptôme spécifique</b>	<b>154</b> <b>(28,6 %)</b>	<b>0</b>	<b>&lt;0,01</b>	
					Alopécie	154 (28,6 %)	0	<0,01	
Weerahandi (2020) États-Unis	Etude non comparative avant-après	Personnes ≥18 ans qui ont eu besoin d'au moins 6L d'oxygène à un moment pendant l'hospitalisation pour une COVID-19 confirmée en laboratoire  N=161 Âge moyen 62 ans 60F/101H	Avant COVID-19	30 à 40 jours après la sortie de l'hôpital  Temps moyen : 37 jours après la sortie de l'hôpital ou 55 jours après l'admission à l'hôpital	<b>Souffle court</b> Toutes les personnes Général Intensité Fréquence Durée Parmi ceux qui avaient un souffle court avant COVID Général Intensité Fréquence Durée  <b>Santé générale</b> En général votre santé est : Notez votre capacité à effectuer vos activités et rôles sociaux habituels <b>Santé physique</b>	Post COVID 74%  3 (0-5) 2 (0-4) 1 (0-3) 1 (0-2)  4 (2-6) 3 (2-5) 3 (1-5) 2 (1-5)  3 (2-4)  3 (2-4)	Avant COVID 31 %  0 (0-1) 0 (0-0) 0 (0-0) 0 (0-0)  2 (1-5) 2 (0-3) 1 (0-3) 1 (0-3)  4 (3-5)  5 (4-5)	<0,001  <0,001 <0,001 <0,001  0,016 0,008 0,001 0,002  <0,001  <0,001  <0,001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude non révisée par les pairs</li> <li>• Biais de sélection et de recrutement</li> <li>• Biais de mémoire</li> </ul>

Auteurs (date), Pays	Devis	Population à l'étude	Population contrôle	Moment de l'évaluation post -COVID-19	Paramètre de résultat	Résultats			Limites
						COVID- 19	Contrôle	p	
					Santé physique (Score-T)	43,8 (9,2)	54,3 (9,3)		
					Éléments de santé physique				
					Notez votre santé physique	3 (2-3)	4 (3-4)		
					Capacité à faire les activités quotidiennes	3 (2-4)	5 (4-5)		
					Douleur moyenne	4 (3-5)	5 (4-5)		
					Fatigue moyenne	3 (3-4)	4 (4-5)		
					Santé mentale (score-T)	47,3 (9,3)	54,8 (7,8)	<0,001	
					<b>Éléments de santé mentale</b>				
					<u>Qualité de vie</u>	3 (2-4)	4 (3-5)		
					Note de santé mentale, y compris humeur et capacité à penser	3 (3-4)	4 (3-5)		
					Satisfaction activités sociales et relationnelles	3 (3-4)	4 (4-5)		
					Fréquence de problèmes émotionnels (anxiété, dépression, irritabilité)	4 (3-5)	4 (4-5)		

**Tableau 5. Information extraite des documents gouvernementaux ou d'organismes**

Auteurs (date)	Symptômes	Prévalence	Limites
Gouvernement du Royaume-Uni 7 Septembre 2020	<p>Persistent health problems reported following acute COVID-19 disease include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respiratory symptoms and conditions such as chronic cough, shortness of breath, lung inflammation and fibrosis, and pulmonary vascular disease</li> <li>- cardiovascular symptoms and disease such as chest tightness, acute myocarditis and heart failure</li> <li>- protracted loss or change of smell and taste</li> <li>- mental health problems including depression, anxiety and cognitive difficulties</li> <li>- inflammatory disorders such as myalgia, multisystem inflammatory syndrome, Guillain-Barre syndrome, or neuralgic amyotrophy</li> <li>- gastrointestinal disturbance with diarrhoea</li> <li>- continuing headaches</li> <li>- fatigue, wakeness and sleeplessness</li> <li>- liver and kidney dysfunction</li> <li>- clotting disorders and thrombosis</li> <li>- lymphadenopathy</li> <li>- skin rashes</li> </ul>	<p>Around 10% of mild coronavirus (COVID-19) cases who were not admitted to hospital have reported symptoms lasting more than 4 weeks.</p> <p>A number of hospitalised cases reported continuing symptoms for 8 or more weeks following discharge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune méthodologie</li> </ul>
Santé publique Ontario 7 octobre 2020	<p>At this stage of the COVID-19 pandemic, there are few peer-reviewed studies examining the occurrence or prevalence of long-term sequelae associated with COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• There is some evidence that olfactory dysfunction (e.g., dysosmia) and gustatory dysfunction (e.g., dysgeusia) are relatively common long-term sequelae associated with COVID-19 infection.</li> </ul>	∅	Méthodologie insuffisamment développée


	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) has been associated with SARS-CoV-2 infection in several studies. MIS-C may have long-term sequelae.</li> </ul> <p>Cardiovascular, pulmonary and other neurological sequelae may be expected based on the pathophysiology of COVID-19 or what is known regarding other infectious diseases.</p> <p>Additional long-term sequelae that may be anticipated based on knowledge of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS) include anxiety, cardiovascular system abnormalities, depression, glucose metabolism disorders, hyperlipidemia, lipid metabolism dysregulation, post-traumatic stress disorder and reduced lung capacity.</p> <p>For the purposes of this What We Know So Far, we consider long-term sequelae as symptoms that develop after 6 weeks or persist beyond 6 weeks of COVID-19 symptom onset, excluding symptoms and complications arising during the acute phase of infection</p>		
<p>OMS 9 septembre 2020</p>	<p>Typically people recover from COVID-19 after 2 to 6 weeks. (See figure below)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For some people, some symptoms may linger or recur for weeks or months following initial recovery. This can also happen in people with mild disease. People are not infectious to others during this time.</li> <li>• Some patients develop medical complications that may have lasting health effects</li> </ul> <p>Symptoms which may persist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Cough, congestion or</li> </ul>	<p>In a telephone survey of symptomatic adults who had a positive outpatient test result for SARS-CoV-2, 35% had not returned to their usual state of health when interviewed 2–3 weeks after testing.<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Among those 18 to 34 years in good health, 20% (1 in 5) reported that some symptoms were prolonged</li> </ul>	<p>Aucune méthodologie</p>

	<p>shortness of breath</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loss of taste or smell</li> <li>• Headache, body aches</li> <li>• Diarrhea, nausea</li> <li>• Chest or abdominal pain</li> <li>• Confusion</li> </ul> <p>COVID-19 can sometimes result in prolonged illness, even in young adults and children without underlying chronic medical conditions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• There are many case reports from people who do not regain their previous health following COVID-19.</li> <li>• Little is known about the clinical course of COVID-19 following milder illness.</li> </ul> <p>COVID-19 may increase the risk of long-term health problems</p> <p>Body systems and organs that can be affected:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heart</li> </ul> <p>Damage to heart muscle, heart failure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lungs</li> </ul> <p>Damage to lung tissue and restrictive lung failure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brain and the nervous system</li> </ul> <p>Loss of sense of smell (anosmia)</p> <p>Consequences of thrombo-embolic events such as pulmonary embolism, heart attack, stroke</p> <p>Cognitive impairment (e.g. memory and concentration)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mental health</li> </ul> <p>Anxiety, depression, post-traumatic stress disorder and sleep disturbance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musculoskeletal and others</li> </ul> <p>Pain in join and muscles</p> <p>Fatigue</p>		
--	--	--	--



25/11/2020 15:30

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

Québec 

#### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

#### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563  
[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

