

JUIN 2022

GUIDES ET NORMES

Prise en charge des affections post-COVID-19

Annexes complémentaires au rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19

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

Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site Web.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES	I
ANNEXE A	1
Méthodologie	1
1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	1
2 MÉTHODES DE SYNTHÈSE DE L'INFORMATION, DES POSITIONS ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA LITTÉRATURE	2
2.1 Type de revue de la littérature.....	2
2.1.1. Stratégies de recherche et repérage de la littérature	2
2.2 Repérage de documents pour clarifier une information complémentaire	2
2.3 Critères et processus de sélection des documents.....	3
2.4 Évaluation de la qualité méthodologique.....	4
2.5 Extraction.....	5
2.6 Analyse et synthèse	5
3 MÉTHODES DE SYNTHÈSE DE L'INFORMATION CONTEXTUELLE ET DE LA PERSPECTIVE RESPECTIVE DES PARTIES PRENANTES	6
3.1 Repérage de l'information	6
3.1.1. Comités consultatifs	6
3.1.2. Comité de suivi	6
3.1.3. Informateur clé.....	7
3.1.4. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations.....	7
4 CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	8
5 PRÉVENTION, DÉCLARATION ET GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS ET DE RÔLES	9
6 PROCESSUS DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS	10
7 VALIDATION PAR LES PAIRS.....	11
ANNEXE B	12
Stratégie de repérage d'information scientifique.....	12
Stratégie de recherche pour le repérage de l'information complémentaire sur le pronostic à long terme des altérations de l'odorat et du goût	12
ANNEXE C	18
Sélection des études	18
ANNEXE D	28
Évaluation de la qualité des documents sélectionnés.....	28
ANNEXE E.....	31
Extraction de l'information et des recommandations cliniques.....	31
1 Extractions pour l'outil général <i>affections post-covid-19</i>	31
2 Extractions pour la fiche <i>fatigue et malaises post-effort</i>	89
3 Extractions pour la fiche <i>manifestations neurologiques</i>	107

4	Extractions pour la fiche <i>manifestations cardiorespiratoires</i>	144
5	Extractions pour la fiche <i>altérations de l'odorat et du goût</i>	184
ANNEXE F	201
	Résultat du sondage auprès des futurs utilisateurs	201
1	OUTIL GÉNÉRAL AFFECTIONS POST-COVID-19.....	201
1.1	Pertinence à la pratique.....	201
1.2	Clarté des informations.....	202
1.3	Prise en charge	204
1.4	Applicabilité	205
2	FICHE <i>FATIGUE ET MALAISES POST-EFFORT</i>	206
2.1	Pertinence à la pratique.....	206
2.2	Clarté des informations.....	207
2.3	Prise en charge	209
2.4	Applicabilité	210
3	FICHE <i>MANIFESTATIONS CARDIORESPIRATOIRES</i>	211
3.1	Pertinence à la pratique.....	211
3.2	Clarté des informations.....	212
3.3	Prise en charge	213
3.4	Pertinence de la procédure pour objectiver l'intolérance orthostatique	214
3.5	Applicabilité	216
4	FICHE <i>MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES</i>	217
4.1	Pertinence à la pratique.....	217
4.2	Clarté des informations.....	218
4.3	Prise en charge	219
4.4	Pertinence de la section prise en charge de la fiche.....	220
4.5	Applicabilité	221
5	FICHE <i>ALTÉRATION DE L'ODORAT ET DU GOÛT</i>	222
5.1	Pertinence à la pratique.....	222
5.2	Clarté de l'information.....	223
5.3	Prise en charge	224
5.4	Applicabilité	225
ANNEXE G	226
	Traitement des commentaires des lecteurs externes.....	226
RÉFÉRENCES	234

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Tableau A-1	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents.....	4
Figure C-1	Diagramme de flux	18
Tableau C-1	Liste des documents exclus et raisons d'exclusion.....	19
Tableau C-2	Liste des documents inclus	23
Tableau E-1	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les définitions des affections post-COVID-19	31
Tableau E-2	Synthèse de l'information générale concernant des affections post-COVID-19	34
Tableau E-3	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les incertitudes des connaissances sur les affections post-COVID-19	41
Tableau E-4	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les signes et symptômes associés aux affections post-COVID-19.....	45
Tableau E-5	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2	51
Tableau E-6	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les conditions et les facteurs à considérer lors de l'évaluation des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2	54
Tableau E-7	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concertant les éléments à documenter lors de l'appréciation de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2	56
Tableau E-8	Synthèse de l'information et des recommandations concernant les examens et analyses à effectuer lors de l'appréciation de la condition de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2	60
Tableau E-9	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent une affection post-COVID-19	71
Tableau E-10	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent une affection post-COVID-19	79
Tableau E-11	Synthèse de l'information et des recommandations concernant le soutien social et psychologique des personnes qui présentent une affection post-COVID-19	82
Tableau E-12	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la gestion des signes et symptômes par les personnes qui ont une affection post-COVID-19.....	85
Tableau E-13	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent une affection post-COVID-19	88
Tableau E-14	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19	89
Tableau E-15	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19	98
Tableau E-16	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19	102

Tableau E-17	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-effort associés aux affections post-COVID-19.....	106
Tableau E-18	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19	107
Tableau E-19	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19 ...	130
Tableau E-20	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19.....	141
Tableau E-21	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19	143
Tableau E-22	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19.....	144
Tableau E-23	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19	168
Tableau E-24	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent des symptômes cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19.....	176
Tableau E-25	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19	183
Tableau E-26	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19	184
Tableau E-27	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19	189
Tableau E-28	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le soutien à la récupération des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19	195
Tableau E-29	Synthèse de l'information et des recommandations cliniques sur le suivi des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19	196
Tableau E-30	Synthèse des données concernant le pronostic des altérations de l'odorat et du goût.....	197
Tableau G-1	Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes	226
Tableau G-2	Traitements des commentaires des lecteurs externes	227

SIGLES ET ACRONYMES

AAP	American Academy of Pediatrics
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
CAMFiC	Société catalane de médecine familiale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
ESCMID	European Society of clinical microbiology and Infectious Disease
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCCET	National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PICO	Population, interventions d'intérêt, comparateurs, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SSP	Swiss Society for Pulmonology

ANNEXE A

Méthodologie

1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à documenter dans l'outil d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19 et dans les fiches complémentaires. Elles ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH : population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) et le milieu et contexte clinique où s'appliquent les interventions (*health care setting*).

1. Quelles sont les conditions qui permettent de reconnaître les personnes qui peuvent présenter des affections post-COVID-19?
2. Quel est l'état des connaissances sur les affections post-COVID-19 concernant les aspects suivants : épidémiologie, étiologie, pronostic, facteurs de risque, vaccination ainsi que sur le lien entre les affections post-COVID-19 et l'encéphalomyélite myalgique?
3. Quelles sont les manifestations cliniques des affections post-COVID-19?
4. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques pour :
 - a) apprécier la condition de santé de la personne en ce qui concerne :
 - les manifestations cliniques?
 - les conditions à considérer?
 - l'histoire de santé?
 - les examens à réaliser?
 - les analyses et les investigations à effectuer?
 - b) effectuer la prise en charge des manifestations cliniques?
 - c) effectuer la gestion des manifestations cliniques et le soutien à la récupération
 - d) effectuer le suivi

2 MÉTHODES DE SYNTHÈSE DE L'INFORMATION, DES POSITIONS ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA LITTÉRATURE

2.1 Type de revue de la littérature

Une revue systématique des documents qui présentent de l'information, des positions ou des recommandations cliniques pour répondre à l'ensemble des questions d'évaluation a été réalisée.

2.1.1. Stratégies de recherche et repérage de la littérature

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec un professionnel scientifique. Une mise à jour de la recherche documentaire utilisée dans les travaux initiaux a été effectuée. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie étaient la COVID longue et la prise en charge en soins de première ligne. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment et NHS Economic Evaluation Database ont été interrogées les 6 et 7 avril 2021 ainsi qu'à diverses reprises jusqu'au 3 février 2022. Les critères de repérage incluaient les documents publiés depuis mars 2020.

Une recherche manuelle de la littérature a également été réalisée entre mars et juin 2021 et entre janvier et mai 2022 par un professionnel scientifique. Les sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé, ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels associés au thème des travaux, ont été consultés. Seuls les documents provenant de pays dont le réseau de la santé et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Québec ont été examinés – p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Royaume-Uni, Écosse. Les documents publiés par l'INESSS ont également été consultés.

Les bibliographies des publications retenues ont été vérifiées pour répertorier d'autres documents pertinents.

Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. La stratégie de repérage d'information ainsi que les mots clés utilisés sont détaillés à l'annexe B.

2.2 Repérage de documents pour clarifier une information complémentaire

Lors de l'élaboration de la version initiale de l'outil (2021), la recherche de documents additionnels pour clarifier certaines notions a été requise.

D'abord, il a été nécessaire d'effectuer une revue narrative de la littérature dans le but d'évaluer la prévalence des affections post-COVID-19 chez les personnes hospitalisées

et non hospitalisées lors de la phase aigüe. Pour ce faire, les documents inclus dans la revue rapide de l'INESSS sur la prévalence des signes et symptômes persistants ont été considérés [INESSS, 2021], en plus de ceux compris dans une revue systématique sur le même sujet [Nasserie *et al.*, 2021], repérée par la stratégie de recherche. Une recherche complémentaire a été réalisée avec le moteur de recherche Google.

Ensuite, il a fallu définir les malaises post-effort en plus de préciser les particularités de leur prise en charge et de leur autogestion. Pour ce faire, une recherche documentaire à l'aide du même moteur de recherche a été effectuée. Par ailleurs, le même type de recherche a permis de trouver une définition des termes : brouillard mental, hypotension orthostatique et syndrome de tachycardie orthostatique posturale.

L'élaboration de la fiche sur les altérations de l'odorat et du goût a nécessité la recherche de l'information scientifique qui permettait de clarifier le pronostic à long terme de ces altérations. La recherche narrative a été réalisée dans Medline à l'aide de la stratégie de recherche disponible à l'annexe B pour repérer des études qui documentaient le taux de rémission après plus de 6 mois des personnes qui présentent des altérations de l'odorat ou du goût après une infection au SARS-CoV-2.

2.3 Critères et processus de sélection des documents

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis (tableau 1). Il n'y a eu aucune divergence d'opinions, et l'avis d'une troisième personne n'a pas été nécessaire. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion ont été inscrites dans un fichier avec la qualification des références. Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des sources documentaires est présenté à l'annexe C.

Tableau A-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

ÉLÉMENTS	CRITÈRES D'INCLUSION
POPULATION	Enfants et adultes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2
INTERVENTION	Prise en charge des affections post-COVID-19
PROFESSIONNELS VISÉS	Professionnels de la santé de première ligne (médecins, pharmaciens, infirmiers)
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions qui permettent de reconnaître les personnes qui peuvent avoir une affection post-COVID-19 ▪ Épidémiologie, étiologie, pronostic, facteurs de risque, vaccination ▪ Paramètres de l'appréciation de la condition de santé : <ul style="list-style-type: none"> – manifestations cliniques, histoire de santé, examens, analyses et investigations ▪ Prise en charge ▪ Gestion des manifestations cliniques ▪ Soutien à la récupération ▪ Éléments de suivi ▪ Relation avec l'encéphalomyélite myalgique
CONTEXTE CLINIQUE	Ambulatoire
TYPE DE PUBLICATION	Guides de bonne pratique clinique, consensus d'experts, lignes directrices ou tout autre document qui présente des recommandations cliniques
ANNÉE DE PUBLICATION	Outil initial (2021) - Mars 2020 à juin 2021 Mise à jour de l'outil initial et fiches complémentaires – juin 2021 à mai 2022
ÉLÉMENTS	CRITÈRES D'EXCLUSION
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	Documents dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II, à moins de l'absence d'autres documents de meilleure qualité
MILIEU OU CONTEXTE D'INTERVENTION	Guides et lignes directrices dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec

2.4 Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été faite de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010]. Les résultats de cette évaluation sont présentés à l'annexe D.

2.5 Extraction

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents pour en assurer la validité. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. Elle est présentée à l'annexe E.

L'information complémentaire concernant le pronostic à long terme des altérations de l'odorat et du goût a été extraite par un professionnel scientifique et elle est présentée à titre informatif dans le tableau E-35 de l'annexe E

2.6 Analyse et synthèse

L'information, les positions et les recommandations cliniques concernant les modalités de prise en charge des affections post-COVID-19 ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Les recommandations extraites des documents retenus, appuyées par le niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été regroupées dans des tableaux pour pouvoir les comparer et reconnaître les similarités et les différences.

3 MÉTHODES DE SYNTHÈSE DE L'INFORMATION CONTEXTUELLE ET DE LA PERSPECTIVE RESPECTIVE DES PARTIES PRENANTES

3.1 Repérage de l'information

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de l'appréciation de l'information et des recommandations issues de la littérature, de la perspective d'experts ou de cliniciens québécois ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. L'information contextuelle et les différentes perspectives ont été obtenues principalement par la consultation de parties prenantes qui ont participé aux différents comités consultatifs mis en place dans le cadre des travaux.

3.1.1. Comités consultatifs

Afin de documenter la perspective des cliniciens, experts et chercheurs et préciser les enjeux professionnels et organisationnels, différents comités consultatifs ont été mis sur pied au commencement du projet. Un comité consultatif général a été constitué pour la mise à jour de l'outil clinique et des sous-comités pour les thématiques déterminées. Le comité pour la mise à jour de l'outil d'aide à la prise en charge clinique était composé de cliniciens qui ont différentes expertises, dont notamment un médecin de famille, un microbiologiste-infectiologue, un physiothérapeute et un psychologue. Par ailleurs, deux patients partenaires ont aussi fait partie de ce comité. La composition des sous-comités a été déterminée en fonction des thématiques. Les comités consultatifs avaient pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des produits livrés, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. La composition des différents comités est présentée dans les pages liminaires du rapport en soutien [INESSS, 2022].

Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par un professionnel scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, la synthèse des points saillants de la rencontre et les précisions sur le suivi à effectuer. Ils ont été validés par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres. Ces documents sont consignés dans un espace de travail commun.

3.1.2. Comité de suivi

Pour notamment documenter la perspective des représentants des différents regroupements professionnels (ordres, associations, fédérations et organisations), un comité de suivi a été mis sur pied au début du projet. Il était composé de représentants de diverses organisations professionnelles en lien avec les travaux, dont la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel de la

physiothérapie du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Le mandat du comité de suivi était notamment de s'assurer que l'orientation des travaux et le déroulement du projet soient en phase avec les besoins du milieu et d'identifier les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité. L'information issue des rencontres a été documentée de façon similaire à celle décrite pour le comité consultatif. La composition du comité de suivi est présentée dans les pages liminaires du rapport en soutien [INESSS, 2022].

3.1.3. Informateur clé

L'expérience et les connaissances d'une médecin pédiatre ont été recueillies pour s'assurer que les recommandations et l'information présentées dans les différents outils de prise en charge étaient pertinentes et adéquates pour les enfants. Ses renseignements sont présentés dans les pages liminaires du rapport en soutien [INESSS, 2022].

3.1.4. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations

Une synthèse narrative a été réalisée à partir des comptes rendus des consultations avec les parties prenantes afin de résumer les renseignements tirés des différentes perspectives recueillies.

4 CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme pour protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

5 PRÉVENTION, DÉCLARATION ET GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS ET DE RÔLES

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce dossier ont dû déclarer au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts – commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis ont fait l'objet d'une évaluation par l'INESSS. Étant donné le nombre de personnes qui ont déclaré des conflits d'intérêts et la nature de ces derniers, il a été décidé que les membres du comité de travail ne procéderaient pas à la prise de décision concernant les recommandations présentées dans l'outil général et dans les fiches thématiques. Ils ont toutefois pu valider l'information recueillie et apporter des conseils relativement à la présentation de cette information. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du rapport en soutien, par souci de transparence.

6 PROCESSUS DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Pour chaque question d'évaluation, des constats préliminaires ont été formulés par les membres de l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve – en tenant compte de l'information clinique, des recommandations de bonnes pratiques cliniques, de l'information contextuelle et de la perspective respective des parties prenantes. Des propositions de recommandations ont ensuite été élaborées et l'information clinique pertinente a été retenue. Celles-ci ont été discutées avec les membres du comité consultatif.

Les recommandations ont été élaborées en tenant compte de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, des valeurs et des préférences des professionnels et des usagers et de l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec.

Le processus d'élaboration des recommandations a également nécessité l'examen, avec les membres du comité consultatif de la portée de leur application sur la population cible et des répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

À la suite des rencontres, l'outil d'aide à la prise en charge et les fiches complémentaires ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires.

7 VALIDATION PAR LES PAIRS

Des futurs utilisateurs potentiels venant de diverses régions du Québec ont été consultés pour s'assurer de la qualité globale, de la clarté et de la complétude de l'information présentée contenue dans l'outil d'aide à la prise en charge et dans les fiches complémentaires, ainsi que de l'applicabilité des recommandations dans leur milieu de soins respectifs. Un sondage en ligne a été fait au mois de juin 2021 pour recueillir leurs commentaires sur l'outil initial et un autre en mai 2022 pour recueillir leurs commentaires sur l'outil mis à jour ainsi que sur les quatre fiches thématiques. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du rapport en soutien [INESSS, 2022]. Les commentaires des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport en soutien, le cas échéant. Ils sont reproduits dans des tableaux récapitulatifs présentés à l'annexe F du présent document.

Finalement, l'outil mis à jour, les quatre fiches d'aide à la prise en charge et le rapport en soutien aux outils ont été envoyés à trois lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes sont présentés dans les pages liminaires du rapport en soutien [INESSS, 2022]. Les commentaires des lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans les documents finaux, le cas échéant. Ils sont présentés à l'annexe G du présent document.

ANNEXE B

Stratégie de repérage d'information scientifique

PubMed (NLM)	
Date du repérage : avril 2021	
Limites : mars 2020- ; anglais, français	
Dernière mise à jour : février 2022	
#1	COVID-19[mh] OR SARS-CoV-2[mh] OR SARS-CoV-2 variants[nm] OR Coronavirus Infections[majr]
#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 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 corona virus*[tiab] OR virus*[tiab])) OR coronavirus*[ti] OR corona virus*[ti] OR covid[ti]
#3	"SARS CoV"[tiab] OR SARS virus[tiab] OR "severe acute respiratory syndrome virus"[tiab]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	long[tiab] OR long-haulers[tiab] OR post[tiab] OR post-acute[tiab]
#6	#4 AND #5
#7	Complications[sh]
#8	complication*[tiab] OR sequelae[tiab] OR sequels[tiab]
#9	#7 OR #8
#10	#4 AND #9
#11	#6 OR #10
#12	Primary Health Care[mh]
#13	first line care[tiab] OR first line service*[tiab] OR interdisciplinary care[tiab] OR interdisciplinary service*[tiab] OR multidisciplinary care[tiab] OR multidisciplinary service*[tiab] OR primary care[tiab] OR primary service*[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR primary health care[tiab] OR primary health service*[tiab] OR primary nursing care[tiab] OR primary nursing service*[tiab]
#14	Secondary Care[mh] OR Tertiary Healthcare[mh]
#15	secondary care[tiab] OR secondary healthcare[tiab] OR secondary health care[tiab] OR secondary service*[tiab]
#16	tertiary care[tiab] OR tertiary healthcare[tiab] OR tertiary health care[tiab] OR tertiary medical care[tiab] OR tertiary service*[tiab]
#17	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
#18	#11 AND #17
#19	Case Management[mh] OR Disease Management[mh] OR Patient Care Management[mh] OR Time Management[mh]
#20	management[tiab] OR managing[tiab] OR organisation[tiab] OR organization[tiab]
#21	#19 OR #20
#22	#11 AND #21
#23	Rehabilitation[mh]
#24	habilitation[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR readaptation[tiab] OR readaption[tiab] OR rehabilitative treatment[tiab]
#25	#23 OR #24
#26	#11 AND #25
#27	Aftercare[mh] OR Follow-Up Studies[mh]
#28	aftercare[tiab] OR after care[tiab] OR after treatment[tiab] OR follow-up[tiab] OR followup[tiab] OR monitoring[tiab]

#29	#27 OR #28
#30	#11 AND #29
#31	#18 OR #22 OR #26 OR #30
#32	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#33	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence synthes*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guide line*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guideline*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#34	#32 OR #33
#35	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]
#36	HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative literature review*[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative synthes*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab]) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR umbrella review*[tiab]
#37	#35 OR #36
#38	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Historical Article[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR editorial*[ti] OR historical article*[ti] OR letter*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti]
#39	(#34 OR #37) NOT #38
#40	#31 AND #39
#41	Budgets[mh] OR Costs and Cost Analysis[mh] OR Decision Theory[mh] OR ec[sh] OR Economics, Medical[mh] OR Economics, Pharmaceutical[mh] OR Fees and Charges[mh] OR Financial Management[mh] OR Financial Support[mh] OR Markov Chains[mh] OR Models, Statistical[mh] OR Monte Carlo Method[mh]
#42	afford*[tw] OR budget*[tw] OR charge[tw] OR charges[tw] OR cheap*[tw] OR copayment*[tw] OR co-payment*[tw] OR cost[tw] OR costed[tw] OR costing[tw] OR costly[tw] OR costs[tw] OR decision tree*[tw] OR decision analys*[tw] OR decision model*[tw] OR discount*[tw] OR economic*[tw] OR (expenditure*[tw] NOT (energy[tw] OR oxygen[tw]))) OR expensive[tw] OR fee[tw] OR fees[tw] OR financ*[tw] OR income*[tw] OR inexpensive[tw] OR markov*[tw] OR monetary value*[tw] OR monte carlo[tw] OR payment*[tw] OR pharmacoeconomic*[tw] OR pharmaco-economic*[tw] OR price*[tw] OR pricing*[tw] OR reimburs*[tw] OR save money[tw] OR saves[tw] OR saving money[tw] OR savings[tw] OR sensitivity analys*[tw] OR value for money[tw] OR willingness to pay[tw]
#43	#41 OR #42
#44	#31 AND #43
#45	#44 NOT #38
#46	#31 OR #40 OR #45

Embase (Ovid) Date du repérage : avril 2021 Limites : 2020- ; anglais, français Dernière mise à jour : février 2022	
1	COVID-19/ OR Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2/ OR Coronavirus Infection/ (((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
2	(coronavirus* OR corona virus* OR cov OR covid OR cova OR sars-cov OR sars OR sars1 OR severe acute respiratory syndrome).ti,kw
3	OR/1-3
5	(long OR long-haulers OR post OR post-acute).ti,ab
6	4 AND 5
7	Complications.sh
8	(complication* OR sequelae OR sequels).ti,ab
9	OR/7-8
10	4 AND 9
11	6 OR 10
12	Primary Health Care/
13	(first line care OR first line service* OR interdisciplinary care OR interdisciplinary service* OR multidisciplinary care OR multidisciplinary service* OR primary care OR primary service* OR primary healthcare OR primary health care OR primary health service* OR primary nursing care OR primary nursing service*).ti,ab
14	Secondary Health Care/ OR Tertiary Health Care/
15	(secondary care OR secondary healthcare OR secondary health care OR secondary service*).ti,ab
16	(tertiary care OR tertiary healthcare OR tertiary health care OR tertiary medical care OR tertiary service*).ti,ab
17	OR/12-16
18	11 AND 17
19	Case Management/ OR Disease Management/ OR Patient Care/ OR Time Management/
20	(management OR managing OR organisation OR organization).ti,ab
21	OR/19-20
22	11 AND 21
23	Rehabilitation/
24	(habilitation OR rehabilitation OR readaptation OR readaption OR rehabilitative treatment).ti,ab
25	OR/23-24
26	11 AND 25
27	Aftercare/ OR Follow Up/
28	(aftercare OR after care OR after treatment OR follow-up OR followup OR monitoring).ti,ab
29	OR/27-28
30	11 AND 29
31	18 OR 22 OR 26 OR 30
32	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
33	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.

34	OR/32-33
35	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
36	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
37	OR/35-36
38	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
39	(34 OR 37) NOT 38
40	31 AND 39
41	Budget/ OR Cost/ OR Drug Cost/ OR exp Economic Aspect/ OR exp Economic Evaluation/ OR Economic Model/ OR Economics/ OR Economics, Medical/ OR Economics, Pharmaceutical/ OR exp Health Care Cost/ OR exp Health Economics/ OR Markov Chain/ OR Monte Carlo Method/ OR Pharmacoeconomics/ OR Statistical Model/
42	(afford* OR budget* OR charge OR charges OR cheap* OR ((clinical OR critical OR patient) ADJ1 (path* OR pathway*)) OR copayment* OR co-payment* OR cost* OR (decision ADJ2 (tree* OR analys* OR model*)) OR discount* OR economic* OR (expenditure* NOT energy) OR expens* OR ((federal* OR state* OR public* OR government*) ADJ2 funded) OR fee OR fees OR financ* OR income* OR ((increas* OR improv* OR more) ADJ1 access*) OR markov* OR monte carlo OR payment* OR pharmacoconomic* OR pharmaco-economic* OR price* OR pricing* OR reimburs* OR ((save OR saving) ADJ2 money) OR saves OR savings OR sensitivity analys* OR (statistic* ADJ2 model*) OR (valu* ADJ2 mone*) OR "willingness to pay").tw,hw,sh
43	OR/41-42
44	31 AND 43
45	44 NOT 38
46	31 OR 40 OR 45

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database

Date du repérage : avril 2021

Limites : 2020- ; anglais, français

Dernière mise à jour : février 2022

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
2	(coronavirus* OR corona virus* OR cov OR covid OR cova OR sars-cov OR sars OR sars1 OR severe acute respiratory syndrome).mp
3	OR/1-2
4	(long OR long-haulers OR post OR post-acute).mp
5	3 AND 4
6	(complication* OR sequelae OR sequels).mp
7	3 AND 6
8	5 OR 7
9	(first line care OR first line service* OR interdisciplinary care OR interdisciplinary service* OR multidisciplinary care OR multidisciplinary service* OR primary care OR primary service* OR primary healthcare OR primary health care OR primary health service* OR primary nursing care OR primary nursing service*).mp

10	(secondary care OR secondary healthcare OR secondary health care OR secondary service*).mp
11	(tertiary care OR tertiary healthcare OR tertiary health care OR tertiary medical care OR tertiary service*).mp
12	OR/9-11
13	8 AND 12
14	(management OR managing OR organisation OR organization).mp
15	8 AND 14
16	(habilitation OR rehabilitation OR readaptation OR readaption OR rehabilitative treatment).mp
17	8 AND 16
18	(aftercare OR after care OR after treatment OR follow-up OR followup OR monitoring).mp
19	8 AND 18
20	13 OR 15 OR 17 OR 19
21	8 OR 20

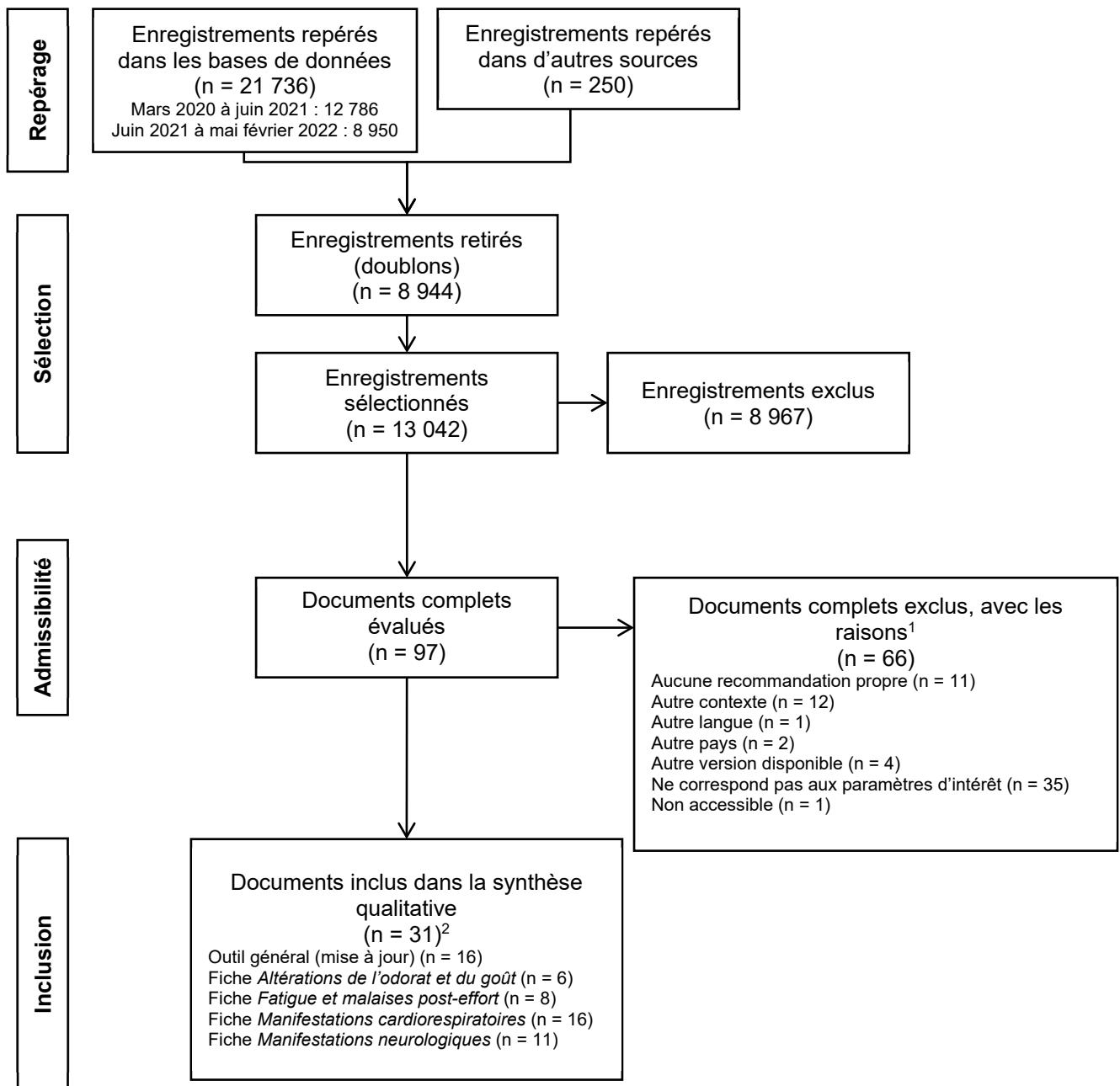
Stratégie de recherche pour le repérage de l'information complémentaire sur le pronostic à long terme des altérations de l'odorat et du goût

MEDLINE (Ovid)	
	Date du repérage : 24 mars 2022 Limites : 2019- ; anglais, français
1	(corona virus* OR coronavirus disease-19 OR coronavirus disease-2019 OR coronavirus-19 OR coronavirus-2019 OR corona virus disease 2019 OR COVID-19 OR COVID19 OR COVID 2019 OR nCOVID-19 OR nCOVID19 OR 2019-nCoV OR nCoV-2019 OR nCoV-19 OR new coronavirus* OR new corona virus* OR novel corona virus* OR novel coronavirus* OR novel human coronavirus* OR SARS corona virus 2 OR SARS coronavirus 2 OR SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR (severe acute respiratory AND syndrome AND (coronavirus 2 OR corona virus 2 OR CoV2)) OR syndrome CoV 2 OR coronavirus* OR COVID* OR CoV OR CoVs OR SARS-CoVv).tw,hw,kf
2	(after OR long-term* OR longterm* OR long-duration* OR longduration* OR long-last* OR longlast* OR long-haul* OR longhaul* OR persist* OR chronic OR complication* OR sequel* OR repercussion* OR consequence* OR post-acute OR postacute OR relaps* OR remit* OR residual* OR prolong* OR endur* OR permanent OR extend* OR recover* OR nonrecover* OR non-recover* OR postdischarg* OR ongoing OR post-discharg* OR postinfect* OR postviral* OR post-viral* OR postvirus* OR post-virus* OR survivor* OR (patient* ADJ2 affected) OR following OR resolv*).tw,hw,kf
3	1 ADJ5 2
4	(postCOVID* OR post-COVID* OR post-coronavirus* OR post-coronavirus* OR longCOVID* OR long-COVID* OR longcoronavirus* OR long-coronavirus* OR longcorona virus* OR longCoV* OR long-CoV* OR longnCoV* OR longhCoV* OR long-hCoV*).tw,hw,kf
5	3 OR 4
6	((tast* OR gustat* OR smell* OR olfact*) ADJ3 (affect* OR deficit* OR disorder* OR disturbanc* OR distort* OR dysfunct* OR impair* OR loss OR losing OR lost OR alter* OR recover* OR symptom* OR outcome*)) OR dysosmia* OR dysgeusia* OR ageusia* OR hypogeusia* OR parageusia* OR anosmia* OR hyposmia* PR parosmia* OR phantosmia*).tw,hw,kf
7	5 AND 6
8	Comment/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (comment* OR editorial* OR letter* OR replies OR reply).ti
9	7 NOT 8
10	((animal* OR rat OR rats OR mouse OR mice OR rodent* OR murine* OR hamster* OR cat OR cats OR feline* OR dog OR dogs OR canine* OR rabbit* OR pig OR pigs OR piglet* OR boar* OR porcin* OR swine* OR sheep* OR lamb OR lambs OR goat* OR monkey* OR cow OR cows OR calf OR calves OR cattle OR veterinar*) NOT (human* OR patient*)).tw,hw,kf
11	9 NOT 10

ANNEXE C

Sélection des études

Figure C-1 Diagramme de flux



¹ Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible au tableau C-1.

² Certains documents ont été inclus dans plus qu'un outil ou fiche. La liste complète des documents inclus par outil ou fiche est disponible au tableau C-2.

Tableau C-2 Liste des documents exclus et raisons d'exclusion

Références	Raisons d'exclusions
AHS (2021). "Nutrition Guideline. Post-COVID-19: Nutrition for Recovery and Rehabilitation (Adults)." Alberta health services	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Alarcón-Rodríguez, J., M. Fernández-Velilla, et al. (2021). "Radiological management and follow-up of post-COVID-19 patients." Radiología 63(3): 258-269.DOI: 10.1016/j.rx.2021.02.003	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
APA (2021) Treating patient with long COVID. American Psychological Association. https://www.apa.org/monitor/2021/07/treating-long-covid	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Bai, C., S. H. Chotirmall, et al. (2020). "Updated guidance on the management of COVID-19: from an American Thoracic Society/European Respiratory Society coordinated International Task Force (29 July 2020)." Eur Respir Rev 29(157).DOI: 10.1183/16000617.0287-2020	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Barazzoni, R., S. C. Bischoff, et al. (2020). "ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection." Clin Nutr 39(6): 1631-1638.DOI: 10.1016/j.clnu.2020.03.022	Autre contexte
Beauchamp, M. K., Fanaudis-Ferreira, T., Wald, J. et al. (2021) Canadian Thoracic Society position statement on rehabilitation for COVID-19 and implications for pulmonary rehabilitation. Can J Respiratory, Critical Care and Sleep medicine. https://doi.org/10.1080/24745332.2021.1992939	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Bottemanne, H., F. Delaigue, et al. (2021). "SARS-CoV-2 Psychiatric Sequelae: An Urgent Need of Prevention." Front Psychiatry 12: 738696.DOI: 10.3389/fpsyg.2021.738696	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Boutou, A. K., A. Asimakos, et al. (2021). "Long COVID-19 Pulmonary Sequelae and Management Considerations." J Pers Med 11(9).DOI: 10.3390/jpm11090838	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Buso, G., C. Becchetti, et al. (2021). "Acute splanchnic vein thrombosis in patients with COVID-19: A systematic review." Dig Liver Dis 53(8): 937-949.DOI: 10.1016/j.dld.2021.05.021	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
CADTH (2021) An overview of post-COVID-19 condition (long COVID). Can J Health Tech: 1(9):1-31.	Aucune recommandation propre
Cajanding, R. J. M. (2021). "Comprehensive Review of Cardiovascular Involvement in COVID-19." AACN Adv Crit Care 32(2): 169-187.DOI: 10.4037/aacnacc2021302	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Canadian Cardiovascular Society (2021). Long COVID-19: a primer for cardiovascular health professionals. Ottawa (ON), Canadian Cardiovascular Society.	Autre version disponible
Cascella, M., L. Miceli, et al. (2021). "A Delphi Consensus Approach for the Management of Chronic Pain during and after the COVID-19 Era." Int J Environ Res Public Health 18(24).DOI: 10.3390/ijerph182413372	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Chippa, V., A. Aleem, et al. (2021). Post Acute Coronavirus (COVID-19) Syndrome. StatPearls. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Chowdhury, D., M. A. Fremed, et al. (2021). "Return to Activity After SARS-CoV-2 Infection: Cardiac Clearance for Children and Adolescents." Sports Health: 19417381211039746.DOI: 10.1177/19417381211039746	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt

Références	Raisons d'exclusions
Dailey-Schwartz, A. L., J. A. Dyal, et al. (2021). "Implementation of a practice plan for the outpatient cardiac evaluation of children after acute SARS-CoV-2 infection and a report of outcomes." <i>Am Heart J</i> 241: 83-86.DOI: 10.1016/j.ahj.2021.06.014	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Desai, A. D., B. C. Boursiquot, et al. (2021). "Management of Arrhythmias Associated with COVID-19." <i>Current Cardiology Reports</i> 23(1).DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s11886-020-01434-7	Aucune recommandation propre
Di Toro, A., A. Bozzani, et al. (2021). "Long COVID: long-term effects?" <i>Eur Heart J Suppl</i> 23(Suppl E): E1-e5.DOI: 10.1093/eurheartj/suab080	Aucune recommandation propre
Dobson, C. P. (2021). "Cardiac sequelae of covid-19 in children and young adults." <i>Pediatric Annals</i> 50(3): e128-e135.DOI: http://dx.doi.org/10.3928/19382359-20210224-01	Aucune recommandation propre
Evans, P. C., G. E. Rainger, et al. (2020). "Endothelial dysfunction in COVID-19: a position paper of the ESC Working Group for Atherosclerosis and Vascular Biology, and the ESC Council of Basic Cardiovascular Science." <i>Cardiovasc Res</i> 116(14): 2177-2184.DOI: 10.1093/cvr/cvaa230	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Fernandez Martinez, A., D. Barajas Galindo, et al. (2021). "Management of hyponatraemia and hypernatraemia during the Covid-19 pandemic: a consensus statement of the Spanish Society for Endocrinology (Acqua Neuroendocrinology Group)." <i>Rev Endocr Metab Disord</i> 22(2): 317-324.DOI: 10.1007/s11154-021-09627-3	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Flick, H., B. M. Arns, et al. (2020). "Management of patients with SARS-CoV-2 infections and of patients with chronic lung diseases during the COVID-19 pandemic (as of 9 May 2020) : Statement of the Austrian Society of Pneumology (ASP)." <i>Wien Klin Wochenschr</i> 132(13-14): 365-386.DOI: 10.1007/s00508-020-01691-0	Autre contexte
Fraile Navarro, D., B. Tendal, et al. (2021). "Clinical care of children and adolescents with COVID-19: recommendations from the National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce." <i>Med J Aust</i> .DOI: 10.5694/mja2.51305	Autre contexte
George, P. M., S. L. Barratt, et al. (2020). "Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia." <i>Thorax</i> 75(11): 1009-1016.DOI: 10.1136/thoraxjnlg-2020-215314	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Gerotziafas, G. T., P. Van Dreden, et al. (2020). "Guidance for the management of patients with vascular disease or cardiovascular risk factors and COVID-19 position paper from vas-european independent foundation in angiology/vascular medicine. [French]." <i>Sang Thrombose Vaisseaux</i> 32(6): 241-259.DOI: http://dx.doi.org/10.1684/stv.2020.1149	Autre contexte
Guven, G., C. Ince, et al. (2021). "Cardio-Pulmonary-Renal Consequences of Severe COVID-19." <i>Cardiorenal Med</i> : 1-7.DOI: 10.1159/000516740	Autre contexte
HAS (2021). Les manifestations neurologiques parmi les symptômes prolongés de la Covid-19, Haute Autorité de santé: 4 p.	Autre version disponible
HAS (2021). Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge, Haute Autorité de Santé: 27 p.	Autre version disponible

Références	Raisons d'exclusions
Imamura, T. (2021). "Optimal Management of Thrombotic Complications in Patients With Coronavirus Disease 2019." Crit Care Med.DOI: 10.1097/ccm.0000000000005178	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Ish, P., N. Malhotra, et al. (2021). "GINA 2020: what's new and why?" J Asthma 58(10): 1273-1277.DOI: 10.1080/02770903.2020.1788076	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Kalra, R. S., J. K. Dhanjal, et al. (2021). "COVID-19, Neuropathology, and Aging: SARS-CoV-2 Neurological Infection, Mechanism, and Associated Complications." Frontiers in Aging Neuroscience 13 (no pagination).DOI: http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2021.662786	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
KCE (2021). Besoins et suivi des patients atteints de COVID long. Synthèse KCE Report 344Bs, Centre fédéral d'expertise des soins de santé: 45 p.	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Koçak, G., Y. Ergul, et al. (2020). "Evaluation and follow-up of pediatric COVID-19 in terms of cardiac involvement: A scientific statement from the Association of Turkish Pediatric Cardiology and Pediatric Cardiac Surgery." Anatol J Cardiol 24(1): 13-18.DOI: 10.14744/AnatolJCardiol.2020.36559	Autre context
Lan, F., C. Zhu, et al. (2021). "Clinical characteristics of COVID-19 patients with complications: implications for management." Therapeutic Advances in Chronic Disease 12(no pagination).DOI: http://dx.doi.org/10.1177/20406223211041924	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Le, H. M. and A. Stracciolini (2021). "Current Recommendations on Returning to Youth Sports After COVID-19 Infection." Pediatr Ann 50(11): e461-e464.DOI: 10.3928/19382359-20211018-02	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Li, Z. Y., Z. J. Xie, et al. (2021). "Guidelines on the treatment with integrated traditional Chinese medicine and western medicine for severe coronavirus disease 2019." Pharmacol Res 174: 105955.DOI: 10.1016/j.phrs.2021.105955	Autre pays
Macale Cajanding, R. J. (2021). "Comprehensive Review of Cardiovascular Involvement in COVID-19." AACN Adv Crit Care: e1-e19.DOI: 10.4037/aacnacc2021302	Aucune recommandation propre
Marone Diop, I., I. Kokkinakis, et al. (2021). "[Practical management of long Covid disease in outpatients: illustration by clinical cases]." Rev Med Suisse 17(758): 1915-1921	Aucune recommandation propre
Martini, K., A. R. Larici, et al. (2021). "COVID-19 pneumonia imaging follow-up: when and how? A proposition from ESTI and ESR." Eur Radiol: 1-11.DOI: 10.1007/s00330-021-08317-7	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Matras, P., S. Klek, et al. (2020). "Home medical nutrition during SARS-CoV-2 pandemic - A position paper." Clin Nutr ESPEN 38: 196-200.DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.05.002	Autre context
Mehta, P., C. B. Bunker, et al. (2021). "Chilblain-like acral lesions in long COVID-19: management and implications for understanding microangiopathy." Lancet Infect Dis 21(7): 912.DOI: 10.1016/s1473-3099(21)00133-x	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Minh, L. H. N., A. A. Abozaid, et al. (2021). "Clinical and laboratory factors associated with coronavirus disease 2019 (Covid-19): A systematic review and meta-analysis." Rev Med Virol: e2288.DOI: 10.1002/rmv.2288	Autre contexte
Mølhave, M., J. Agergaard, et al. (2022). "Clinical Management of COVID-19 Patients - An Update." Semin Nucl Med 52(1): 4-10.DOI: 10.1053/j.semnuclmed.2021.06.004	Aucune recommandation propre

Références	Raisons d'exclusions
Nabeh, O. A., M. M. Helaly, et al. (2021). "Contemporary approach to understand and manage COVID-19-related arrhythmia." Egypt Heart J 73(1): 76.DOI: 10.1186/s43044-021-00201-5	Autre contexte
NCCT (2021). Care of people who experience symptoms post acute COVID-19, National COVID-19 clinical evidence taskforce: 2 p.	Autre version disponible
Petersen EL, Goßling A, Adam G et al. (2022) Multi-organ assessment in mainly non-hospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection: The Hamburg City Health Study COVID programme. Eur Heart J. 2022 Jan 6:e此hab914. doi: 10.1093/euroheartj/e此hab914. Epub ahead of print. PMID: 34999762.	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Piotrowicz, K., J. Gąsowski, et al. (2021). "Post-COVID-19 acute sarcopenia: physiopathology and management." Aging Clin Exp Res: 1-12.DOI: 10.1007/s40520-021-01942-8	Aucune recommandation propre
Raj, S. R., A. C. Arnold, et al. (2021). "Long-COVID postural tachycardia syndrome: an American Autonomic Society statement." Clinical Autonomic Research 31(3): 365-368.DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s10286-021-00798-2	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Richter, D., L. Guasti, et al. (2021). "Late phase of COVID-19 pandemic in General Cardiology. A position paper of the ESC Council for Cardiology Practice." ESC Heart Fail.DOI: 10.1002/ehf2.13466	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Riou, M., C. Marcot, et al. (2021). "Respiratory follow-up after hospitalization for COVID-19: who and when?" Eur J Clin Invest: e13603.DOI: 10.1111/eci.13603	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Schmid, A., M. Petrovic, et al. (2021). "Getting to the Heart of the Matter: Myocardial Injury, Coagulopathy, and Other Potential Cardiovascular Implications of COVID-19." International Journal of Vascular Medicine 2021 (no pagination).DOI: http://dx.doi.org/10.1155/2021/6693895	Aucune recommandation propre
Sharma, P., S. Bharti, et al. (2021). "Post COVID fatigue: Can we really ignore it?" Indian Journal of Tuberculosis.DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.06.012	Aucune recommandation propre
Shrestha, D. S. and R. R. Love (2021). "Long COVID patient symptoms and its evaluation and management." Journal of the Nepal Medical Association 59(240): 823-831.DOI: http://dx.doi.org/10.31729/jnma.6355	Autre pays
Sibila, O., M. Molina-Molina, et al. (2020). "Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Consensus for post-COVID-19 Clinical Follow-up." Open Respiratory Archives 2(4): 278-283.DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2020.09.002	Autre langue
Singh, S. J., A. C. Barradell, et al. (2020). "British Thoracic Society survey of rehabilitation to support recovery of the post-COVID-19 population." BMJ Open 10(12): e040213.DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040213	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Steenblock, C., P. E. H. Schwarz, et al. (2021). "COVID-19 and metabolic disease: mechanisms and clinical management." Lancet Diabetes Endocrinol 9(11): 786-798.DOI: 10.1016/s2213-8587(21)00244-8	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Stefano, G. B., P. Büttiker, et al. (2021). "Biomedical Perspectives of Acute and Chronic Neurological and Neuropsychiatric Sequelae of COVID-19." Curr Neuropharmacol.DOI: 10.2174/1570159x20666211223130228	Non accessible

Références	Raisons d'exclusions
Stoner, L., M. Faghy, et al. (2021). "COVID-19 infection and cardiometabolic complications: short- and long-term treatment and management considerations." Rev Cardiovasc Med 22(2): 263-265.DOI: 10.31083/j.rcm2202031	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Tanni, S. E., A. T. Fabro, et al. (2021). "Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a narrative review." Expert Rev Respir Med: 1-13.DOI: 10.1080/17476348.2021.1916472	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Truong, M. K., G. Mitropoulou, et al. (2021). "[Covid-19 respiratory sequelae : Screening and management]." Rev Med Suisse 17(759): 1992-1999	Aucune recommandation propre
Vicenzi, M., M. Ruscica, et al. (2021). "Cardiovascular complications of COVID-19: towards better understanding, diagnosis, monitoring and management." Expert Rev Anti Infect Ther.DOI: 10.1080/14787210.2021.1964695	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
von Oertzen, T. J., A. Macerollo, et al. (2021). "EAN consensus statement for management of patients with neurological diseases during the COVID-19 pandemic." Eur J Neurol 28(1): 7-14.DOI: 10.1111/ene.14521	Autre contexte
Wilcock, J., C. Lawrence, et al. (2021). "Primary care management of post-COVID-19 olfactory dysfunction." Fam Pract.DOI: 10.1093/fampra/cmab140	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Williams, S., R. Wynford-Thomas, et al. (2021). "Long-COVID: neurological manifestations and management." J Neurol 268(12): 4915-4917.DOI: 10.1007/s00415-021-10847-5	Ne corresponds pas aux paramètres d'intérêt
Zaman, S., A. I. MacIsaac, et al. (2020). "Cardiovascular disease and COVID-19: Australian and New Zealand consensus statement." Med J Aust 213(4): 182-187.DOI: 10.5694/mja2.50714	Autre contexte
Zhai, Z., C. Li, et al. (2020). "Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Coronavirus Disease 2019 Infection: A Consensus Statement before Guidelines." Thromb Haemost 120(6): 937-948.DOI: 10.1055/s-0040-1710019	Autre contexte

Tableau C-2 Liste des documents inclus

Identification	Références
<i>Outil général Affections post-COVID-19</i>	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/ (consulté le 27 avril 2022).
ESCMID 2022	Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. Clin Microbiol Infect 2022;28(7):955-72.
Esposito 2022	Esposito S, Principi N, Azzari C, Cardinale F, Di Mauro G, Galli L, et al. Italian intersociety consensus on management of long covid in children. Ital J Pediatr 2022;48(1):42.
Fine 2022	Fine JS, Ambrose AF, Didehbani N, Fleming TK, Glashan L, Longo M, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). PM R 2022;14(1):96-111.

Identification	Références
Genecand 2021	Genecand L, Bridevaux PO, Garin N, Thonney J, Bonvin-Mullor N, Bouali R, Frésard I. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles à moyen et long termes liées à l'infection à SARS-CoV-2. Rev Med Suisse 2021;17(736):842-9.
HAS 2022a	Haute Autorité de Santé (HAS). Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022.
HAS 2022b	Haute Autorité de Santé (HAS). Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022.
NCCET 2022	National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce (NCCET). Care of people with post-COVID-19. Version 4.0. Melbourne, Australie : NCCET; 2022. Disponible à : https://covid19evidence.net.au/wp-content/uploads/FLOWCHART-POST-COVID-19.pdf (consulté le 8 avril 2022).
NICE 2021	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottisch Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Royal College of General Practitioners (RCGP). COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. Londres, Angleterre : NICE, SIGN, RCGP; 2021.
Nurek 2021	Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Jarte L, MacDermott N, Delaney BC. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: A Delphi study. Br J Gen Pract 2021;71(712):e815-25.
OMS 2021a	Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi. Genève, Suisse : OMS; 2021. Disponible à : https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 .
OMS 2021b	Organisation mondiale de la Santé (OMS). Living guidance for clinical management of COVID-19. Genève, Suisse : OMS; 2021. Disponible à : https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1394399/retrieve .
RACGP 2021	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2021.
Schweitzer 2021	Schweitzer F, Kleineberg NN, Goreci Y, Onur OA, Franke C, Warnke C. Neuro-COVID-19 is more than anosmia: Clinical presentation, neurodiagnostics, therapies, and prognosis. Curr Opin Neurol 2021;34(3):423-31.
SSP 2021	Funke-Chambour M, Bridevaux PO, Clarenbach CF, Soccal PM, Nicod LP, von Garnier C. Swiss recommendations for the follow-up and treatment of pulmonary long COVID. Respiration 2021;100(8):826-41.
Vance 2021	Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. J Am Board Fam Med 2021;34(6):1229-42.
Fiche Fatigue et malaises post-effort	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/ (consulté le 27 avril 2022).
CAMFiC 2021	Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long Covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. Int J Environ Res Public Health 2021;18(8):4350.
ESCMID 2022	Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. Clin Microbiol Infect 2022;28(7):955-72.
Greenhalgh 2020	Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ 2020;370:m3026.

Identification	Références
HAS 2021d	Haute Autorité de Santé (HAS). Fatigue et épuisement au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_fatigue.pdf .
Herrera 2021	Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J, Azola A, Baratta JM, Fleming TK, et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients. <i>PM R</i> 2021;13(9):1027-43.
RACGP 2021	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2021.
Vance 2021	Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. <i>J Am Board Fam Med</i> 2021;34(6):1229-42.
Fiche Manifestations neurologiques	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/ (consulté le 27 avril 2022).
CAMFiC 2021	Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long Covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2021;18(8):4350.
ESCMID 2022	Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. <i>Clin Microbiol Infect</i> 2022;28(7):955-72.
Fine 2022	Fine JS, Ambrose AF, Didehbani N, Fleming TK, Glashan L, Longo M, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). <i>PM R</i> 2022;14(1):96-111.
Genecand 2021	Genecand L, Bridevaux PO, Garin N, Thonney J, Bonvin-Mullor N, Bouali R, Frésard I. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles à moyen et long termes liées à l'infection à SARS-CoV-2. <i>Rev Med Suisse</i> 2021;17(736):842-9.
Greenhalgh 2020	Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. <i>BMJ</i> 2020;370:m3026.
HAS 2022c	Haute Autorité de Santé (HAS). Les manifestations neurologiques parmi les symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022.
Nurek 2021	Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Jarte L, MacDermott N, Delaney BC. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: A Delphi study. <i>Br J Gen Pract</i> 2021;71(712):e815-25.
RACGP 2021	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2021.
Schweitzer 2021	Schweitzer F, Kleineberg NN, Goreci Y, Onur OA, Franke C, Warnke C. Neuro-COVID-19 is more than anosmia: Clinical presentation, neurodiagnostics, therapies, and prognosis. <i>Curr Opin Neurol</i> 2021;34(3):423-31.
Vance 2021	Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. <i>J Am Board Fam Med</i> 2021;34(6):1229-42.

Identification	Références
<i>Fiche Manifestations cardiorespiratoires</i>	
AAP	American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/ (consulté le 27 avril 2022).
Andrejak, 2021	Andrejak C, Cottin V, Crestani B, Debieuvre D, Gonzalez-Bermejo J, Morelot-Panzini C, et al. Guide de prise en charge des séquelles respiratoires post infection à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de pneumologie de langue française. Version du 10 novembre 2020. Rev Mal Respir 2021;38(1):114-21.
Andrejak 2020	Andrejak C, Blanc FX, Costes F, Crestani B, Debieuvre D, Perez T, et al. Guide pour le suivi respiratoire des patients ayant présenté une pneumonie à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de pneumologie de langue française. Version du 10 mai 2020. Rev Mal Respir 2020;37(6):505-10.
CAMFiC 2021	Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long Covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. Int J Environ Res Public Health 2021;18(8):4350.
ESCMID 2022	Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. Clin Microbiol Infect 2022;28(7):955-72.
Genecand 2021	Genecand L, Bridevaux PO, Garin N, Thonney J, Bonvin-Mullor N, Bouali R, Frésard I. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles à moyen et long termes liées à l'infection à SARS-CoV-2. Rev Med Suisse 2021;17(736):842-9.
Greenhalgh 2020	Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ 2020;370:m3026.
HAS 2021a	Haute Autorité de Santé (HAS). Les douleurs thoraciques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_douleurs_thoraciques.pdf .
HAS 2021b	Haute Autorité de Santé (HAS). Symptômes dysautonomiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_symptomes_dysautonomiques.pdf .
HAS 2021c	Haute Autorité de Santé (HAS). La dyspnée au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_dyspnee.pdf .
Maley 2022	Maley JH, Alba GA, Barry JT, Bartels MN, Fleming TK, Oleson CV, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of breathing discomfort and respiratory sequelae in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). PM R 2022;14(1):77-95.
Nurek 2021	Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Jarte L, MacDermott N, Delaney BC. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: A Delphi study. Br J Gen Pract 2021;71(712):e815-25.
Paterson 2021	Paterson I, Ramanathan K, Aurora R, Bewick D, Chow CM, Clarke B, et al. Long COVID-19: A primer for cardiovascular health professionals, on behalf of the CCS Rapid Response Team. Can J Cardiol 2021;37(8):1260-2.
RACGP 2021	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2021.
SSP 2021	Funke-Chambour M, Bridevaux PO, Clarenbach CF, Soccal PM, Nicod LP, von Garnier C. Swiss recommendations for the follow-up and treatment of pulmonary long COVID. Respiration 2021;100(8):826-41.

Identification	Références
Vance 2021	Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. <i>J Am Board Fam Med</i> 2021;34(6):1229-42.
Fiche sur les altérations de l'odorat et du goût	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/ (consulté le 27 avril 2022).
Addison 2021	Addison AB, Wong B, Ahmed T, Macchi A, Konstantinidis I, Huart C, et al. Clinical Olfactory Working Group consensus statement on the treatment of postinfectious olfactory dysfunction. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2021;147(5):1704-19.
CAMFiC 2021	Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long Covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2021;18(8):4350.
ESCMID 2022	Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. <i>Clin Microbiol Infect</i> 2022;28(7):955-72.
HAS 2021e	Haute Autorité de Santé (HAS). Les troubles du goût et de l'odorat au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_troubles_du_gout_et_de_l_odorat.pdf .
Vance 2021	Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. <i>J Am Board Fam Med</i> 2021;34(6):1229-42.

Sources : Esposito *et al.*, 2022; Fine *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; HAS, 2022c; Maley *et al.*, 2022; NC CET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; HAS, 2021b; HAS, 2021c; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Herrera *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; Paterson *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Schweitzer *et al.*, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020.

ANNEXE D

Évaluation de la qualité des documents sélectionnés

La qualité méthodologique des documents sélectionnés a été évaluée à l'aide de la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010].

	AAP, 2021				Addison <i>et al.</i> , 2021				Andrejack <i>et al.</i> , 2020				Andrejack <i>et al.</i> , 2021			
	1	2			1	2			1	2			1	2		
Évaluateurs																
Domaines			T'	%†			T'	%†			T'	%†			T'	%†
Champ d'application et objectifs	21	21	42	100	19	21	40	94	14	21	35	80	21	21	42	100
Participation des groupes concernés	9	9	18	33	11	13	24	50	10	9	20	38	12	14	26	56
Rigueur du processus d'élaboration du guide	9	14	23	8	41	37	78	65	10	11	21	5	20	23	43	28
Clarté et présentation	16	16	32	72	21	19	40	94	13	17	30	67	17	21	38	90
Applicabilité	4	4	8	0	13	8	21	27	8	4	12	8	12	5	17	19
Indépendance éditoriale	2	2	4	0	8	2	10	25	5	2	7	11	5	4	9	20
Total	61	66	127		113	100	213		61	63	124		88	88	175	
Score Global**				29				61				28				47
	CAMFiC, 2021				ESCMID, 2022				Esposito, 2022				Fine, 2021			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2			1	2		
Domaines			T'	%†			T'	%†			T'	%†			T'	%†
Champ d'application et objectifs	20	21	41	97	19	21	40	94	20	19	39	91	19	21	40	94
Participation des groupes concernés	14	13	27	58	14	8	23	47	14	13	27	58	12	17	29	65
Rigueur du processus d'élaboration du guide	15	12	27	12	37	44	81	68	20	21	41	26	31	29	60	46
Clarté et présentation	19	21	40	94	18	17	35	82	18	16	35	80	20	21	41	96
Applicabilité	4	14	18	21	4	10	14	12	4	6	10	5	7	8	15	14
Indépendance éditoriale	13	10	22	76	11	10	21	71	11	10	22	75	11	11	22	77
Total	85	90	175		104	110	214		88	86	174		100	108	208	
Score Global**				47				61				46				58

Sources : Esposito *et al.*, 2022; Fine *et al.*, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020.

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible / (score maximal possible -score minimal possible)] x 100.

** Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (46))/ (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

	Genecand et al., 2021				Greenhalgh et al., 2020				HAS, 2021a-c et 2022a-f				Herrera et al., 2021			
	1	2			1	2			1	2			1	2		
Évaluateurs																
Domaines			T'	%†			T'	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	16	20	36	83	20	19	39	93	20	17	37	87	21	21	42	100
Participation des groupes concernés	10	7	17	31	18	17	36	83	14	15	29	65	18	20	38	89
Rigueur du processus d'élaboration du guide	19	13	32	17	21	15	36	20	13	16	29	14	34	39	73	59
Clarté et présentation	20	19	39	92	20	17	38	89	19	21	40	94	21	21	42	100
Applicabilité	13	13	26	38	8	11	19	22	6	9	15	15	12	6	18	21
Indépendance éditoriale	8	8	16	50	7	3	10	24	3	2	5	4	12	7	19	63
Total	86	80	166		94	83	177		75	81	156		117	114	231	
Score Global**				44				47				40				67
	Maley et al., 2022				NCCET, 2021 et 2022				NICE, 2020 et 2021				Nurek et al., 2021			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2			1	2		
Domaines			T'	%†			T'	%†			T'	%†			T'	%†
Champ d'application et objectifs	21	21	42	100	20	19	39	93	20	16	36	83	19	21	40	94
Participation des groupes concernés	20	20	40	94	11	12	23	47	18	20	38	88	15	15	30	67
Rigueur du processus d'élaboration du guide	42	39	81	68	38	42	80	67	48	49	97	84	28	20	48	33
Clarté et présentation	21	21	42	100	20	21	41	97	19	21	40	94	19	19	38	89
Applicabilité	14	6	20	25	11	14	26	37	11	12	23	31	9	5	14	13
Indépendance éditoriale	8	7	15	46	9	14	23	81	11	14	25	87	11	14	25	88
Total	126	114	240		110	123	232		127	131	258		101	94	195	
Score Global**				70				67				77				54

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; HAS, 2022c; Maley et al., 2022; NCCET, 2022; Genecand et al., 2021; HAS, 2021a; HAS, 2021b; HAS, 2021c; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Herrera et al., 2021; Nurek et al., 2021; Greenhalgh et al., 2020; NICE, 2020.

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible / (score maximal possible -score minimal possible)) x 100].

** Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (46))/ (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

	OMS, 2021b				OMS, 2021a et 2021c				Paterson et al., 2021				RACGP, 2020 et 2021			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2			1	2		
Domaines			T [*]	%†			T [*]	%†			T [*]	%†			T [*]	%†
Champ d'application et objectifs	20	21	41	98	20	20	40	94	19	21	40	94	20	20	40	94
Participation des groupes concernés	17	20	37	86	21	20	41	96	12	12	24	50	9	9	18	33
Rigueur du processus d'élaboration du guide	21	25	46	31	44	31	75	61	10	8	18	2	9	8	17	1
Clarté et présentation	20	16	36	83	20	18	38	88	17	16	33	75	18	15	33	76
Applicabilité	4	9	13	10	7	9	16	17	5	4	9	2	4	5	9	2
Indépendance éditoriale	11	6	17	56	7	13	20	65	8	8	16	50	5	2	7	12
Total	94	97	191		119	109	228		71	69	140		65	59	124	
Score Global**				52				66				34				28
	Schweitzer et al., 2021				SSP, 2021				Vance et al., 2021							
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2						
Domaines			T [*]	%†			T [*]	%†			T [*]	%†			T [*]	%†
Champ d'application et objectifs	16	21	37	85	21	21	42	100	21	21	42	100				
Participation des groupes concernés	7	7	14	24	14	13	27	58	20	21	41	97				
Rigueur du processus d'élaboration du guide	22	20	42	27	29	24	53	39	18	10	28	13				
Clarté et présentation	16	18	33	76	18	19	37	86	21	18	39	92				
Applicabilité	8	6	13	11	7	4	11	6	4	4	8	0				
Indépendance éditoriale	6	6	12	35	10	14	24	83	2	2	4	0				
Total	75	77	152		99	95	194		86	76	162					
Score Global**				39				54				42				

Sources : Funke-Chambour et al., 2021; OMS, 2021a; OMS, 2021b; OMS, 2021c; Paterson et al., 2021; RACGP, 2021; Schweitzer et al., 2021; Vance et al., 2021; RACGP, 2020.

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible / (score maximal possible -score minimal possible)] x 100.

** Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (46))/ (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

ANNEXE E

Extraction de l'information et des recommandations cliniques

1 EXTRACTIONS POUR L'OUTIL GÉNÉRAL AFFECTIONS POST-COVID-19

Note : Étant donné le nombre important de documents retenus pour la mise à jour de l'outil général d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19, seuls les documents qui contiennent de l'information ou des recommandations pertinentes au thème de chacun des tableaux E-1 à E-14 sont présentées afin de conserver la lisibilité du contenu.

Tableau E-1 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les définitions des affections post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCT, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
Définition des affections post-COVID-19											
Les affections post-COVID-19 correspondent à l'état de santé d'une personne qui répond aux trois conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - infection initiale confirmée (test d'amplification des acides nucléiques ou sérologie) ou plausible (lien épidémiologique); - présence de signes et symptômes au-delà de quatre semaines après l'infection initiale; - persistance de signes et symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par 	Des symptômes persistent fréquemment plusieurs semaines à plusieurs mois après une infection à SARS-CoV-2.	...symptoms lasting for more than 4 weeks [after COVID-19 diagnosis].	Post COVID-19 condition occurs in individuals with a history of probable or confirmed SARS-CoV-2 infection, usually 3 months from the onset of COVID-19 with symptoms that last for at least 2 months and cannot be explained by an alternative diagnosis. Common symptoms include fatigue, shortness of breath, cognitive dysfunction but also others which generally	Ajout : Le périmètre de cette réponse rapide ne se limite pas à cette définition [celle de l'OMS], mais propose une prise en charge plus précoce des symptômes persistants (au-delà de 4 semaines), afin d'éliminer au plus vite les diagnostics différentiels dont certaines situations d'urgence, et de démarrer des traitements et/ou une rééducation / réadaptation. Enfants et	La terminologie "Post-acute COVID-19" est remplacé par "Post-COVID-19" (aucune justification apportée). Ajout: Post-COVID-19 or 'long COVID', describes the variety of symptoms that may arise in the weeks or months following COVID-19. Ajout: definition des affections post-COVID-19	Ajout : There is no internationally agreed clinical definition or clear treatment pathway, and there is an evolving, evidence base. Ajout : The panel discussed the new World Health Organization definition. They agreed that it was very similar to the NICE definition of post-COVID-19 syndrome in that it usually occurs 3 months from the onset of	Consider long COVID in patients with a clinical diagnosis of COVID-19 as per WHO criteria or test positive history with new or fluctuating symptoms including but not limited to breathlessness, chest pain, palpitations, inappropriate tachycardia, wheeze, stridor, urticaria, abdominal pain, diarrhoea, arthralgia, neuralgia, dysphonia, fatigue including neurocognitive fatigue, cognitive	The post-COVID-19 condition called "long-haul COVID-19" is an umbrella term that encompasses physical and mental health consequences experienced by some patients that are present 4 or more weeks following a SARS-CoV-2 illness.	Ajustement : ... patients who have previously tested positive to COVID-19 or have a history suggestive of undiagnosed COVID-19 and have – or are at risk of – post-COVID-19 conditions <u>at any point after the initial acute infection</u> . Ils ont pris en considération la définition de l'OMS, mais ne l'ont pas retenue pour l'applicabilité de leur guide.	Long COVID is defined here as one or more symptoms and/or signs (as described below) persisting or relapsing/remitting for more than 12 weeks since an acute COVID-19 diagnosis, without an alternative explanation	Long COVID is a clinical condition that includes all pathological manifestations following the acute phase of SARS-CoV-2 infection and which cannot be attributed to causes other than SARS-CoV-2. Although it is not currently possible to precisely define the type and time limits of these manifestations, long COVID can be considered after 3 months from the diagnosis of SARS-CoV-2 infection in the presence of

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NC CET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection.			<p>have an impact on everyday functioning. Symptoms may be new onset, following initial recovery from an acute COVID-19 episode, or persist from the initial illness. Symptoms may also fluctuate or relapse over time.</p> <p>A separate definition may be applicable for children.</p> <p>Notes: There is no minimal number of symptoms required for the diagnosis; though symptoms involving different organs systems and clusters have been described.</p> <p>Definitions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluctuate – a change from time to time in quantity or quality. • Relapse – return of disease manifestations after period of 	<p>adolescents</p> <p>Le diagnostic peut être évoqué comme pour l'adulte avant trois mois, y compris après une primo-infection documentée ou probable.</p>	<p>de l'OMS.</p> <p>Ajout : Where a person displays signs and symptoms of COVID-19 from 4 weeks up to 12 weeks, a diagnosis of "ongoing symptomatic COVID-19" should be considered (NICE).</p>	<p>COVID-19 and cannot be explained by alternative diagnosis. There is also agreement that symptoms may fluctuate over time. However, the expert panel agreed it was important to recognise the ongoing symptomatic COVID-19 population with symptoms between 4 and 12 weeks from onset of COVID-19 and therefore favoured to keep the NICE definition in place at this time.</p> <p>Ajout: There is currently no long-term evidence base to help determine how long the ongoing effects currently seen after a SARS-CoV-2 infection will last. The term 'post' COVID-19 syndrome was agreed to reflect that the acute phase of the illness has</p>	<p>impairment, prolonged pyrexia, and neuropathy occurring beyond 4 weeks of initial COVID-19.</p>				<p>symptoms that last for at least 2 months and which cannot be explained by another diagnosis.</p>

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022	
			<p>improvement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cluster – two or more symptoms that are related to each other and that occur together. They are composed of stable groups of symptoms, are relatively independent of other clusters, and may reveal specific underlying dimensions of symptoms (32). 			<p>ended, not that the person has recovered. Because it is not clear how long symptoms may last, the panel agreed that time-specific terms such as 'chronic' or 'persistent' were not appropriate. 'Syndrome' was agreed to reflect the 'running together' or concurrence of the multisystem, fluctuating and often overlapping 'clusters' of symptoms that people present with.</p>						

Sources : Esposito *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021c; OMS, 2021b; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-2 Synthèse de l'information générale concernant des affections post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
Présentation clinique – infection initiale et population											
Les signes et symptômes peuvent être présents indépendamment de la sévérité de l'infection initiale et ils peuvent se manifester chez les enfants, les adolescents et les adultes.	Les symptômes présents 6 à 8 semaines après une infection à SARS-CoV-2 peuvent être multiples.	n.d.	Post-COVID syndrome has been identified not only among those patients who were hospitalized with severe symptoms but also among those who were asymptomatic or with only mild symptoms.	Aucune modification	Ajout : Les symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 peuvent toucher les adolescents et plus rarement les enfants. enfants et adolescents La fréquence semble bien moins importante que chez les adultes (2-5 % pour les études avec un groupe contrôle, âges médians de 11 ans à 17 ans). Certains symptômes (en général plus rapidement résolutifs que chez l'adulte) sont des motifs fréquents de consultation dans la population pédiatrique, en dehors de toute infection par le SARS-CoV-2. Certains enfants atteints de PIMS (Syndrome inflammatoire multisystémique	Aucune modification	Ajout : The panel also emphasised that this recommendation (definition) applies to children and young people as well as adults.	n.d.	Although children and adolescents may have less severe acute illness than adult populations, COVID-19 can lead to many secondary conditions, which can range from subacute to severe. Long-term effects from SARS-CoV-2 infection may be significant, regardless of the initial disease severity. Acute COVID-19 severity does not necessarily predict subsequent or ongoing symptoms. Although the reported frequency of post-COVID-19 conditions varies widely in the medical literature, several studies show that long-term symptoms can occur in children and adolescents.	Ajout: Severe acute COVID-19 disease is rare in babies and children, so children have a lower risk of post-COVID-19 conditions.	This condition can affect all individuals who encountered COVID-19, regardless of the severity of the acute disease

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
					pédiatrique) peuvent présenter aussi des symptômes prolongés post COVID-19.						
Présentation clinique – signes et symptômes											
La présentation clinique des affections post-COVID-19 est variable : - persistance de certains signes et symptômes présents durant la phase aigüe de l'infection avec ou sans apparition de nouveaux symptômes – p. ex. malaises post-effort, brouillard mental; - apparition de signes et symptômes après une période de rémission suivant l'infection aigüe ou suivant une infection asymptomatique.	Les symptômes présents 6 à 8 semaines après une infection à SARS-CoV-2 peuvent être multiples.	n.d.	Postacute and chronic COVID have been associated with a myriad of symptoms. Post-COVID symptoms may exhibit differently among age and gender cohorts.	Aucune modification	Aucune modification	Ajustement : Some symptoms may subside gradually with self-directed care alone, while other symptoms may require care from a health professional or new symptoms may arise.	Aucune modification	n.d.	n.d.	n.d.	For patients who have long COVID symptoms after critical care, it is difficult to distinguish whether persisting symptoms are caused by SARS-CoV-2 infection or post-intensive care syndrome.
Prévalence des signes et symptômes											
La prévalence des signes et symptômes de l'affection post-COVID-19 varie d'une étude à	Voir annexe A, tableau 2 Ils ont sélectionné 6 études :	s.o.	Résume les résultats de différentes études séparément.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	There is an urgent need to devise clinical pathways and guidance for long COVID, which is	One study showed that as many as 52% of young adults 16 to 30 years of age may	Ajustement : The incidence of post-COVID-19 sequelae in those who have tested positive	Across systematic reviews/meta-analyses, the most commonly observed

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
l'autre en fonction de la sévérité de l'infection initiale, des caractéristiques des participants et de la durée du suivi. Selon les études, la proportion des personnes qui ont présenté au moins un signe ou symptôme au moins quatre semaines après l'infection était de : - 13 % à 41 % chez les personnes non hospitalisées; - 25 % à 89 % chez les personnes hospitalisées ou admises aux soins intensifs.	<ul style="list-style-type: none"> 32% à 87% des personnes hospitalisées avaient au moins un symptôme persistant au moins 4 semaines après l'infection 32% et 41% des personnes vues en ambulatoires avaient moins un symptôme persistant au moins 4 semaines après l'infection 							thought to affect 10% of those diagnosed with COVID-19.	experience residual symptoms at 6 months. ⁵ A study of 129 children in Italy showed that 42.6% of children experienced at least one symptom >60 days after infection. ⁶ Finally, the United Kingdom Office for National Statistics estimates that 12.9% of children 2 to 11 years of age and 14.5% of children 12 to 16 years of age still experienced symptoms 5 weeks after infection. ⁷ Although the reported frequency of post-COVID-19 conditions varies widely in the medical literature, several studies show that long-term symptoms can occur in children and adolescents.	and who have been managed in an outpatient setting (such as management in the home) is thought to be between 10% and 35%, but for those admitted to hospital, this could be closer to 85% (<i>au lieu de</i> 80%). Ajout : In a UK study of 20,000 people who had tested positive to COVID-19, 13.7% reported having symptoms 12 weeks after acute infection. In an Australian study of 3000 people, 80% reported full recovery within one month, and 5% reported experiencing symptoms after three months. Other studies reported significantly higher prevalence of symptoms at both time points. Ajout: There are limited data on the incidence	symptoms among long COVID patients are fatigue (31-58%), dyspnea (24-40%), musculoskeletal pain (9-19%), anosmia/dysgeusia (10-22%), cognitive impairment ('brain fog') (12-35%), sleep disturbances (11-44%), cough (7-29%), and chest pain (6-17%).

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
										and severity of post-COVID-19 conditions in babies and children. In a review of 14 studies, the prevalence ranged from 4% to 66%, with a number of limitations identified in these studies. The review noted that it is difficult to differentiate post-COVID-19 symptoms from the indirect impacts of the pandemic, such as absence of sports, hobbies, socializing and schooling.	
Récupération											
La récupération varie d'une personne à l'autre. Le recul et les données disponibles sont limités, mais il semble : - qu'une amélioration progressive de l'état de santé serait observée chez plusieurs personnes jusqu'à douze semaines après l'infection;	n.d.	n.d.	Many patients will fully recover from their illness, albeit in a prolonged fashion.	Aucune modification	Ajustement : Une part importante des patients semble s'améliorer de façon progressive, en général en <u>plusieurs (au lieu de quelques)</u> mois, avec une prise en charge globale... Enfants et adolescents La majorité des enfants évolue favorablement	Aucune modification	Aucune modification	n.d.	The time to improvement depends on the premorbid condition and the severity of the illness. Some of these symptoms can last for 3 months or longer.	n.d.	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
- que, lorsque les symptômes persistent au-delà de douze semaines, l'amélioration subséquente aurait tendance à être beaucoup plus lente. Le pronostic à long terme n'est pas clairement établi pour ces personnes.					sur un temps court (moins de 3 mois), toutefois pour d'autres, le temps de récupération peut être plus long et des rechutes sont possibles.						
Vaccination : Indication/contre-indication en présence de symptômes persistants- NOUVEAU											
NOUVEAU n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	La présence de symptômes prolongés de la Covid-19 ne modifie ni les indications ni les contre-indications de la vaccination covid-19.	n.d.	Give people information on COVID-19 vaccines (see NHS information on COVID-19 vaccines). Encourage them to follow current government guidance for vaccination to reduce the risk of a further acute infection but explain that it is not known if vaccines have any effect on ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome.	n.d.	Vaccination can occur immediately following the recommended quarantine period unless the patient received monoclonal antibody therapy or convalescent plasma, which requires a delay of at least 90 days; or unless the patient has a history of MIS-C, in which case delaying vaccination until after they have recovered from illness (including return to normal cardiac function) and for at least 90 days following	Ajout: The Australian Technical Advisory Group on Immunisation (ATAGI) advises that people with SARS-CoV-2 can be vaccinated as soon as they have recovered from their acute illness or can defer vaccination for up to six months after onset of SARS-CoV-2, if preferred.	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
									their diagnosis of MIS-C should be considered.		
Vaccination : prévention ou diminution du risque d'affections post-COVID-19 - NOUVEAU											
NOUVEAU n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Ajout: The panel were not aware of any evidence for vaccines use in long-term effects of COVID-19 in children or pregnancy. However, because the overall recommendation is to encourage vaccination in eligible groups for preventing acute disease, it is not expected to cause inequity among any subgroups.	n.d.	n.d.	Studies indicate that the risk of post-COVID symptoms in people who contract COVID-19 after their second dose of COVID-19 vaccine is approximately halved.	n.d.
Vaccination : efficacité thérapeutique - NOUVEAU											
NOUVEAU n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Give people information on COVID-19 vaccines (see NHS information on COVID-19 vaccines). Encourage them to follow current government guidance for vaccination to reduce the risk of a further acute infection but explain that it is not known if vaccines have any effect on	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	
							ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome. The expert panel agreed that the findings could not justify a positive recommendation for COVID-19 vaccination to treat the long-term effects of COVID-19, nor a negative recommendation against this intervention in the absence of evidence of harm.					

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021c; OMS, 2021b; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-3 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les incertitudes des connaissances sur les affections post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
Preuves scientifiques										
Les données scientifiques actuellement disponibles sont limitées et de faible qualité méthodologique.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	There is now a substantial quantity of literature describing post-COVID-19 condition and there is growing evidence about the underlying pathology that may contribute to this condition. The literature on management of symptoms is also emerging. The following recommendations provide guidance for the assessment and management of symptoms post-COVID-19. These recommendations will be	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Épidémiologie										
Plusieurs aspects épidémiologiques demeurent incertains.	n.d.	n.d.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	n.d.	Aucune modification	Data on potential factors associated with increased risk of developing specific long COVID symptoms are accumulating in the literature though the evidence is inconsistent.	Already after few months from pandemic declaration, it was reported that, like adults, children with previous COVID-19, even if asymptomatic, could present symptoms of disease suggesting long COVID

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
										Although the true prevalence of long COVID in pediatrics is not exactly determined, it seems appropriate to recommend evaluating the presence of symptoms suggestive of long COVID near the end of the acute phase of the disease, between 4 and 12 weeks from this
Étiologie des symptômes associés aux affections post-COVID-19										
L'étiologie des signes et symptômes des affections post-COVID-19 est encore inconnue et elle pourrait impliquer l'action de différents mécanismes.	Documenté pour certains symptômes spécifiques. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Documenté pour certains symptômes spécifiques. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Aucune modification	Aucune modification Enfants et adolescents Il reste complexe de distinguer les symptômes prolongés de la Covid-19 de ceux indirects de la pandémie, attribuables à la fermeture des classes, l'isolement, le manque de contacts sociaux, aux deuils et informations anxiogènes ou encore à la difficulté de faire du sport et d'avoir des loisirs. Il convient de ne pas attribuer	Aucune modification	Aucune modification	Non documentée, sauf pour quelques symptômes spécifiques (voir tableau d'extraction des fiches correspondantes).	Ajustement: General practice presentations in a post-acute COVID-19 scenario are likely to be based on: <ul style="list-style-type: none">- non-specific post-viral symptoms, particularly fatigue, breathlessness, persistent cough and cognitive dysfunction;- specific serious sequelae resulting from the acute infection, or as delayed complications recovery following severe illness that required	The pathophysiologic mechanisms that underlie this disorder remain largely unknown, but available data implicate the multisystemic nature of COVID-19, immune dysregulation, autoimmunity and the neurotropism of SARS-CoV-2. [4,22,30] Post-intensive care syndrome may provide an explanation for prolonged symptoms following critical COVID-19. This syndrome encompasses new or worsening	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
				d'emblée ces symptômes complexes et inexplicables à une cause fonctionnelle ou psychologique.				- intensive care management mental health impacts of the acute illness, stigma, ongoing symptoms and functional impairment.	abnormalities in physical, cognitive and psychiatric domains after critical illness. [31] For patients who have long COVID symptoms after critical care, it is difficult to distinguish whether persisting symptoms are caused by SARS-CoV-2 infection or post-intensive care syndrome	
Diagnostic										
Il n'y a pas de critères diagnostiques reconnus ni de prise en charge spécifique validée.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Facteurs de risques										
Aucun facteur de risque de développer une affection post-COVID-19 n'a été validé; l'âge avancé, le sexe féminin, la présence de comorbidités, une infection initiale sévère et l'hospitalisation sont notamment proposés.	n.d.	n.d.	Aucune modification	Ajout : Des facteurs de risque de survenue des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 ont été identifiés : l'hospitalisation et le nombre élevé de symptômes au cours de l'épisode initial.	Aucune modification	Aucune modification	A pediatric patient with moderate disease (>4 days of fever >100.4F; >1 week of myalgia, chills, or lethargy; non-ICU stay) or severe disease (ICU stay and/or intubation) may be at greater risk for subsequent cardiovascular disease...	Ajout : Studies have identified that patients are at higher risk of post-COVID-19 conditions if they: <ul style="list-style-type: none"> have experienced severe illness during their acute COVID-19 illness, including requiring intensive care have pre-existing comorbidities (eg respiratory disease, 	The two consistent risk factors for any long COVID symptom are acute COVID-19 severity and gender. [32–34] (See Supplemental Table 1) Women have been shown to have an estimated two-fold risk of having long COVID symptoms (odds ratios between 1.3 and 5). Similarly, severe acute disease has been associated with increased risk for	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
								<ul style="list-style-type: none"> obesity, diabetes, hypertension, chronic cardiovascular disease, chronic kidney disease, post-organ transplantation, active cancer • are of older age • are female. 	long COVID symptoms, with strongest association with fatigue. Other risk factors such as age, obesity and presence of comorbidities have shown mixed	

Sources : Esposito *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-4 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les signes et symptômes associés aux affections post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
Caractéristiques des signes et symptômes évoqués											
Aucun signe ou symptôme n'est spécifique aux affections post-COVID-19. Les signes et symptômes évoqués : - sont variés et peuvent toucher plus d'un système; - peuvent être continus ou transitoires, varier en intensité et changer avec le temps.	Les symptômes présents 6 à 8 semaines après une infection à SARS-CoV-2 peuvent être multiples.	Postacute and chronic COVID have been associated with a myriad of symptoms.	Aucune modification	Ajustement : Des facteurs déclenchant les exacerbations <u>ou la résurgence de symptômes (effort physique ou intellectuel, stress, changement de température, période des règles)</u> sont à rechercher. enfants et adolescents Les symptômes sont souvent intriqués et peuvent impacter la vie quotidienne de l'enfant (diminution des activités habituelles, décrochage et/ou absentéisme scolaire).	Ajustement : Some symptoms may subside gradually with self-directed care alone, while other symptoms may require care from a health professional or <u>new symptoms may arise</u> .	Aucune modification	Prolonged illness following SARS-CoV-2 infection is characterised by the development of new symptoms at different timepoints.	...wide range of post-COVID-19 manifestations...	Aucune modification	n.d.	n.d.
Liste générale de signes et symptômes											
Voir Annexe A, tableau 1	Fatigue générale, dyspnée, douleurs thoraciques, toux, arthralgies, myalgies, anosmie, dysgueusie, inappétence, odynodysphagie, diarrhées,	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes cardiaques (palpitations, new arrhythmia, chest pain, edema, and so forth) dysautonomia anosmia poor glycemic 	Ajustement : Patients with severe and critical COVID-19 may develop post-intensive care syndrome (PICS), with a range of impairment including (but not limited to)	Ajout : Troubles ophthalmologiques Ajustement : Troubles du sommeil (<u>retrait de insomnie notamment</u>)	Ajout : Renal disease Thromboembolism	Neurological symptoms: <ul style="list-style-type: none"> ajout: mobility impairment ajout: visual disturbance Gastrointestinal symptoms: <ul style="list-style-type: none"> ajustement: nosea and 	...symptoms including but not limited to breathlessness, chest pain, palpitations, inappropriate tachycardia, wheeze, stridor, urticaria, abdominal pain, diarrhoea,	n.d.	Ajout : Troubles cognitifs hoarse voice	n.d.	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022	
	vertiges et symptômes psychologiques (anxiété, dysthymie, anhedonie) sont fréquemment rapportés.	<p>control transaminitis/ liver complications post-COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> • thromboembolism and other thrombotic complications • severe secondary pulmonary infections • post-COVID kidney dysfunction (AKI, hematuria, proteinuria) • chronic headaches • neurologic symptoms (weakness, paresthesias, impaired mobility, and so forth) • chronic fatigue • chronic pain • depression, anxiety, PTSD • decreased concentration, brain fog, memory loss • chronic dyspnea • chronic cough • insomnia 	physical deconditioning, <u>respiratory, swallow,</u> cognitive, and mental health symptoms.			<p>vomiting</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustement: <u>weight loss</u> and reduced appetite (<i>au lieu d'anorexia and reduced appetite in older populations</i>): <p>Ear, nose and throat symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajout: nasal congestion <p>Dermatological symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajout: hair loss <p>Psychological/psychiatric symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajout: symptoms of post-traumatic stress disorder <p>Ajout: The panel also discussed that menstrual symptoms and 'COVID toes' are common symptoms in their experience, but noted that they were not identified in the evidence and so were not added to the common symptoms list. It was further noted that adjustment disorder was</p>	arthralgia, neuralgia, dysphonia, fatigue including neurocognitive fatigue, cognitive impairment, prolonged pyrexia, and neuropathy...					

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
						highlighted as a symptom in the patient experience review, however this too was not commonly reported in other studies so was not added to the common symptoms list.					
Signes et symptômes les plus fréquents											
La dyspnée, la fatigue incapacitante et soutenue et les malaises post-effort seront mis en évidence dans l'outil étant donné leur grande fréquence.	Les symptômes les plus prévalents sont résumés dans un tableau : <ul style="list-style-type: none">• dyspnée• toux• anosmie• fatigue et/ou faiblesse• arthralgies et/ou myalgies• douleur thoracique• troubles du sommeil	A persistent sensation of breathlessness (dyspnea) is a common finding despite normal examination findings and pulse oximetry after infection with COVID-19. Chronic fatigue is 1 of the most commonly reported symptoms in patients with a history of COVID-19, with >50% incidence reported in multiple studies.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Ajout: The evidence showed that breathlessness, fatigue and 'brain fog' are among the most commonly reported long-term symptoms, so support for these should be part of the person's rehabilitation plan.	...common symptoms of long COVID (such as chest pain, breathlessness, palpitations, abdominal pain, fatigue).	n.d.	Ajustement: non-specific post-viral symptoms, particularly fatigue, breathlessness, <u>persistent cough and cognitive dysfunction</u> .	n.d.	n.d.
Liste de signes et symptômes spécifiques aux enfants ou aux personnes âgées - NOUVEAU											
NOUVEAU Non documenté, outre le fait que la présentation clinique est variable d'une personne à	n.d.	n.d.	n.d.	Non documenté enfants et adolescents Les signes d'appel sont multiples et souvent associés	n.d.	Ajout: The panel also agreed to retain the list of common symptoms of ongoing symptomatic COVID-19 and	n.d.	Respiratory symptoms <ul style="list-style-type: none">• The symptoms include chest pain, cough, and exercise-induced dyspnea.	n.d.	n.d.	Long COVID in children and adolescents should be suspected in presence of persistent headache and

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
l'autre.				: fatigue (parfois importante, pouvant confiner à l'épuisement), maux de tête, troubles du sommeil, difficultés de concentration, arthromyalgies, douleurs abdominales, intolérance à l'effort, malaises post-effort, tachycardie orthostatique, vertiges, douleurs thoraciques, troubles de la déglutition, perte de poids, anosmie-agueusie persistante et signes respiratoires (toux prolongée, dyspnée...)		post-COVID-19 syndrome, which is consistent with the evidence and encompasses the common symptoms for all age groups, however they did note that cardiac and respiratory symptoms were less common in children than adults and agreed that this should be noted in the common symptoms list. Ajustement: Some people (including children and older people) may not have the most commonly reported new or ongoing symptoms after acute COVID19 <u>(Ajout d'une liste de symptômes moins communs chez les enfants [voir ci-dessous]).</u> <i>The following symptoms and signs are less commonly reported in children and young people than in adults:</i> • shortness of		Cardiac symptoms • ...can include chest pain and shortness of breath, as well as arrhythmias and fatigue. Anosmia and/or ageusia neurodevelopmental symptoms • changes or delays in cognitive, language, academic, motor, or mood/behavioral domains Cognitive foginess or fatigue physical fatigue/poor endurance headache mental health/behavioral health sequelae			fatigue, sleep disturbance, difficulty in concentrating, abdominal pain, myalgia or arthralgia. Persistent chest pain, stomach pain, diarrhea, heart palpitations, and skin lesions should be considered as possible symptoms of long COVID.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022		
						<p><i>breath</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>persistent cough</i> • <i>pain on breathing</i> • <i>palpitations</i> • <i>variations in heart rate</i> • <i>chest pain.</i> <p>Inchangé, mais pertinente étant donné le texte ci-dessus: When investigating possible causes of a gradual decline, deconditioning, worsening frailty or dementia, or loss of interest in eating and drinking in older people, bear in mind that these can be signs of ongoing symptomatic COVID-19 or suspected post-COVID-19 syndrome.</p> <p>The panel discussed and agreed that healthcare professionals should be aware that older people may not present with the common symptoms associated with ongoing</p>							

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022	Esposito 2022
						symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome.					

Sources : Esposito *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-5 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Objectifs									
Les objectifs de l'appréciation de la condition de santé devraient être : - d'évaluer si l'état de santé pourrait être dû : o à des complications ou des séquelles de la phase aigüe de la COVID-19 ou à une exacerbation, o à une exacerbation ou une aggravation d'une comorbidité existante; - d'éliminer les conditions sans lien avec la COVID-19.	Celle-ci [prise en charge diagnostique et thérapeutique] vise à identifier des complications susceptibles d'être traitées sur le plan pharmacologique (par exemple, une pneumopathie interstitielle diffuse active) ou non pharmacologique (un déconditionnement sévère). Le bilan spécifique minimal d'une consultation post-Covid-19 a pour objectif d'évaluer les plaintes de manière systématique afin de proposer une prise en charge ou un bilan complémentaire. Une consultation post-Covid-19 permet d'évaluer cliniquement le patient, d'organiser les examens complémentaires appropriés, d'offrir des options de traitements et d'orienter le patient selon ses besoins personnels vers d'autres spécialistes ou vers une réhabilitation.	The PCP should be prepared to assess these symptoms systematically and address accordingly. PCPs should be equipped to evaluate alternative etiologies of symptoms, validate symptoms as potentially related to post-COVID when appropriate, and provide support as needed.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Ajout : Investigations are important to identify symptoms that could be caused by an acute or life-threatening complication, and to assess for other underlying conditions and complications. Ajout : The panel acknowledged that this case definition may be interpreted as a diagnosis of exclusion. However, they discussed that ongoing symptomatic COVID-19 and post-COVID-19 syndrome have many features in common with other conditions, some of which could be considered life threatening. Therefore, ongoing symptomatic COVID-19 and post-COVID-19 syndrome should not be the first conditions to be excluded for reasons of patient safety.	Serious conditions, related to severe acute respiratory distress syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection or not, must be adequately excluded and investigations should be appropriately guided by the history. In someone with long COVID, symptoms of possible non-COVID-19-related issues should be investigated and referred as per local guidelines. Long COVID alone is not a sufficient diagnosis unless other causes have been excluded. Carry out a face-to-face assessment including a thorough history and examination, consider other non-COVID-19-related diagnoses, and measure ...	Pediatric visits are critical to monitor resolution of COVID-19 symptoms, administer COVID-19 vaccine and other routine vaccines, screen for an address mental health concerns, document physical and psychosocial development, coordinate care with specialists as appropriate, and emphasize anticipatory guidance for optimal health. Because of the wide range of post-COVID-19 manifestations a coordinated dialogue is necessary to monitor residual symptoms, explore the development of new symptoms, and help guide return-to-activity (eg. sports, school, camp, employment, volunteer activities).	Ajout : Remember that the patient might have a different illness that is not COVID-19 related. Your assessment should include the consideration of other causes of these symptoms. Ajout : For patients with ongoing symptomatic COVID-19 or suspected post-COVID-19 conditions, a holistic, person-centred approach should be used, including a comprehensive clinical history and appropriate examination that involves assessing physical, cognitive, psychological and psychiatric symptoms, as well as functional abilities.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Généralités									
Les cliniciens devraient adopter une posture d'écoute et d'empathie à l'égard des préoccupations et inquiétudes de la personne qui les consulte.	n.d.	n.d.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	n.d.	n.d.	Ajout: When having these discussions: - recognise the patient's health beliefs - it is important to acknowledge that the persons symptoms are real - acknowledge the mental health impacts of COVID-19 and the isolation experience, - demonstrating empathy - tailor the message to fit the patient's needs, including their English and health literacy - ensure you use an accredited interpreter if the patient requires an interpreter - ask the patient if they have any specific concerns that they wish to discuss - gain an understanding of the patient's expectations and needs, and develop a decision-making process and management plan together, if required - ensure the patient has access to required supports.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Critères diagnostiques des affections post-COVID-19									
Il n'existe pas de critères diagnostiques reconnus concernant les affections post-COVID-19.	n.d.	n.d.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	n.d.	No specific lab test can definitively distinguish "long-haul COVID-19" conditions from other etiologies.	Aucune modification

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-6 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les conditions et les facteurs à considérer lors de l'évaluation des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Conditions et syndromes décrits dans le contexte des affections post-COVID-19						
Voir Annexe B, tableau 1 Plusieurs conditions et syndromes, non-mutuellement exclusifs, sont décrits dans le contexte des affections post-COVID-19. Aucune donnée scientifique ne permet à l'heure actuelle de distinguer si ces conditions ou syndromes sont des conséquences du virus SARS-CoV-2, des séquelles d'une hospitalisation prolongée ou encore d'une condition de santé sans lien avec la COVID-19.	Conditions et syndromes non documentés, mais ils présentent une liste de complications d'une infection au SARS-CoV-2 (séquelles pulmonaires interstitielles, séquelles pulmonaires thromboemboliques,...).	<p>Cardiovasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ajout : tachycardie posturale (POTS) ajustement : thromboembolies veineuses (<u>embolie pulmonaire</u>) <p>Neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ajustement : troubles cognitifs (<u>difficultés d'attention et de concentration, troubles de la mémoire antérograde</u>) ajout : trouble de l'équilibre retrait : <u>troubles cérébelleux</u> <p>Ajout de la catégorie des syndromes ophtalmologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> fatigue à la lecture yeux secs baisse d'acuité visuelle anomalie de la vision <p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> ajustement : symptômes dysautonomiques (<i>au lieu de troubles</i>) ajustement : désadaptation à l'effort (<i>au lieu de déconditionnement</i>) <p>ajustement : troubles <u>somatiques fonctionnels</u></p>	n.d.	<p>Known examples of conditions associated with long COVID :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Myocarditis or pericarditis - Microvascular angina - Cardiac arrhythmias, including inappropriate sinus tachycardia, atrial flutter, atrial fibrillation, and high burden of ventricular ectopics - Dysautonomia, including postural (orthostatic) tachycardia syndrome (PoTS) - Mast cell activation, including urticaria, angioedema, and histamine intolerance - Interstitial lung disease - Thromboembolic disease (for example, pulmonary emboli, microthrombi, or cerebral venous thrombosis) - Myelopathy, neuropathy, and neurocognitive disorders - Renal impairment - New-onset diabetes and thyroiditis - Hepatitis and abnormal liver enzymes - Persistent gastrointestinal disturbance, including heartburn, diarrhoea, and loss of appetite - New-onset allergies and anaphylaxis - Dysphonia 	<p>Perhaps one of the most concerning aspects of SARS-CoV-2 infection is the potential risk for cardiac involvement, which can be part of the initial disease presentation (including MIS-C), observed as a sequela of the disease or as a potential risk following one of the mRNA COVID-19 vaccines.</p> <p>There is increasing evidence to suggest that myocarditis can develop after COVID-19 infection.</p>	Conditions et syndromes non documentés, mais ils présentent un tableau avec une liste de séquelles spécifiques à la COVID-19.
Autres conditions à considérer/diagnostic différentiels - NOUVEAU						
NOUVEAU Non documenté	n.d.	Certaines conditions selon les symptômes, voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes	Certaines conditions selon les symptômes, voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes	Consider the possibility of a cardiac cause of breathlessness. In patients with palpitations and/or tachycardia, consider autonomic dysfunction.	Certaines conditions selon les symptômes, voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
				<p>In patients with urticaria, conjunctivitis, wheeze, inappropriate tachycardia, palpitations, shortness of breath, heartburn, abdominal cramps or bloating, diarrhoea, sleep disturbance, or neurocognitive fatigue, consider mast cell disorder.</p> <p>In patients with joint swelling and arthralgia, consider a diagnosis of reactive arthritis or new connective tissue disease and investigate and refer as appropriate.</p> <p>There is a need to consider a differential for tachycardia and palpitations that, in long COVID, includes pulmonary embolus, cardiac, and respiratory causes</p>		

Sources : HAS, 2022b; HAS, 2022c; NCCET, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; Nurek *et al.*, 2021; RACGP, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-7 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant les éléments à documenter lors de l'appréciation de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Schweitzer, 2021	Fine, 2022	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
Documentation des signes et symptômes											
Le clinicien devrait : <ul style="list-style-type: none"> - documenter leur survenue, leur évolution et leur durée; - documenter leurs conséquences sur la qualité de vie, l'état psychologique et le fonctionnement général. 	Dans ce contexte [pandémie], un dépistage et une prise en charge de la dépression et des troubles anxieux sont indispensables pour les patients ayant souffert d'un Covid-19 sévère ou d'une forme plus légère, mais qui présenteraient des symptômes neuropsychiatriques nouveaux ou en aggravation. Les séquelles spécifiques à rechercher face à une présentation évocatrice sont : pulmonaire interstitielle, pulmonaire thromboembolique, neurologique ou cardiaque ainsi qu'un déconditionnement musculaire et des problèmes psychosociaux.	In patients complaining of persisting symptoms post-COVID-19, including headache, anosmia, fatigue, or cognitive impairment, the full repertoire of neurological investigations should be considered, including neurocognitive testing (Table 2).	All individuals with PASC should be screened for mental health disorders such as anxiety, depression and acute stress disorder or posttraumatic stress disorder to guide appropriate interventions.	Based on current available evidence, specialists at our institution and others currently advise a limited evaluation for specific symptoms as listed in the accompanying table (Table 1). <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes cardiaques (palpitations, new arrhythmia, chest pain, edema, and so forth) • dysautonomia • anosmia • poor glycemic control • transaminitis/ liver complications post-COVID • thromboembolism and other thrombotic complications • severe secondary pulmonary infections • post-COVID kidney dysfunction (AKI, 	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Ajout : The panel discussed the importance of identifying the most common symptoms that present in people experiencing long-term effects of COVID-19. Knowing the most common symptoms will help clinicians to recognise post-COVID syndrome as a possible diagnosis. However, they were mindful that the most common symptoms will not always be present and should not be used as strict criteria for diagnosis as this could mean people who present atypically may be missed. Ajout: Some people (including children and older people) may not have the most commonly	L'appréciation de la condition clinique est présentée par symptômes. Voir les tableaux d'extractions des fiches correspondantes.	Ajout : Patient assessment should include: <ul style="list-style-type: none"> - nature and severity of previous and current symptoms; - timing and duration of symptoms since the start of acute COVID-19. 	First, the evaluation should include an interview with the patient to identify symptoms' severity and their impact on quality of life. Physicians should consider whether further assessment is needed for symptoms that are self-limited and without an effective and safe therapy

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Schweitzer, 2021	Fine, 2022	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
				<p>hematuria, proteinuria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • chronic headaches • neurologic symptoms (swekness, paresthesias, impaired mobility, and so forth) • chronic fatigue • chronic pain • return to activity • depression, anxiety, PTSD • decreased concentration, brain fog, memory loss • chronic dyspnea • chronic cough insomnia 				<p>reported new or ongoing symptoms after acute COVID-19.</p> <p>Ajout: The panel noted that people typically experience a constellation of symptoms and the presence of an isolated symptom should prompt thorough consideration of other possible causes.</p>			
Renseignement sur la présentation de la phase aigüe											
Les personnes qui ont eu une affection asymptomatique peuvent développer des affections post-COVID-19.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	n.d.	n.d.	n.d.
Histoire de santé											
Documenter l'épisode de COVID-19 afin d'évaluer la présence de séquelles ou de complications	<p>1. Questionnaires dirigés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la fragilité • Questionnaire de santé 			As always, clinical care should start with a detailed history and physical and then judicious test ordering as needed.	Aucune modification	Ajustement : Mise à jour des antécédents connus par le praticien : allergie, maladie auto-immune personnelle ou	Aucune modification	Ajustement : Include in the comprehensive clinical history:		Ajout : Patient assessment should include:	
								<ul style="list-style-type: none"> • history of acute COVID-19 (suspected or confirmed). • history of other 			

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Schweitzer, 2021	Fine, 2022	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
<p>liées à la phase aigüe – dates, signes et symptômes, sévérité, examens réalisés, traitements reçus et réadaptation effectuée à l'hôpital.</p> <p>Questionner la personne sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les antécédents et comorbidités (liés à la santé physique et mentale) afin d'évaluer la présence d'aggravation ou d'exacerbation; • l'histoire médicamenteuse afin d'évaluer si des médicaments pourraient avoir une incidence sur les signes et symptômes; • la situation personnelle (p. ex. pertes financières, inquiétudes pour sa santé ou pour celle d'un proche) afin 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la dépression et de l'anxiété 				familiale, trouble anxieux ou dépressif, insuffisance d'organe (rénale, pulmonaire, cardiaque...), immunodépression et autres maladies chroniques, contraception, pérимénopause.		<ul style="list-style-type: none"> • the nature and severity of previous and current symptoms • timing and duration of symptoms since the start of acute COVID-19 • history of other health conditions • exacerbation of pre-existing conditions. 			<p>health conditions;</p> <ul style="list-style-type: none"> • exacerbation of pre-existing conditions • mental health and wellbeing • available supports. <p>Ajout: Identify other social factors that could intersect with their personal health and wellbeing, including smoking, alcohol intake, drug use, risk of mental health issues, risk of family and intimate partner violence, and risk of social isolation.</p>	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021¹	Genecand, 2021	Schweitzer, 2021	Fine, 2022	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID 2022
d'évaluer les risques psychosociaux.											

Sources : Fine *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Schweitzer *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-8 Synthèse de l'information et des recommandations concernant les examens et analyses à effectuer lors de l'appréciation de la condition de santé des personnes qui ont des symptômes persistants à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
Examens											
Les examens devraient être orientés selon les signes et symptômes ainsi que d'après l'histoire de santé. Les examens à considérer seraient : <ul style="list-style-type: none">•examen physique complet, qui inclut notamment :<ul style="list-style-type: none">–poids et ses modifications récentes,–température,–fréquence cardiaque et tension artérielle en position couchée puis en position debout,–respiration,–saturométrie à l'effort si dyspnée ou tachypnée;•examen de l'état mental	2. Épreuves fonctionnelles respiratoires : <ul style="list-style-type: none">• Spirométrie avec bronchodilatation.• Mesure de la capacité de transfert du monoxyde de carbone.• Recherche de désaturation au repos et à l'effort (test de marche de 6 minutes ou équivalent). D'autres examens sont proposés en fonction de certaines suspicions ou symptômes, l'information sera extraite dans les fiches.	Exercise testing (e.g., 6MWD or equivalent) is recommended after COVID-19.	As always, clinical care should start with a detailed history and physical and then judicious test ordering as needed.	Aucune modification	Le TEP SCAN peut s'avérer nécessaire après avis un spécialisé neurologique ou consultation mémoire dans le cadre du bilan de diagnostic différentiel.	Aucune modification	Aucune modification	Investigations should be appropriately guided by the history. Oxygen desaturation on exertion occurs in both acute and long COVID, and should form part of the baseline assessment. The only thresholds for defining levels of concern for hypoxaemia and desaturation with exercise relate to acute COVID-19 and no agreed thresholds are available in long COVID. Doctors working in existing clinics indicated that assessments such as 1-minute sit to-stand tests and 6-minute walk tests do or should form part of the assessment in community or specialist clinics. The exertional test chosen	Children 6 years or older who have persistent symptoms should receive pulmonary function testing. For any patient with persistent exercise-induced dyspnea after initial cardiopulmonary evaluation, including evaluation for thromboembolic disease and heart disease, cardiopulmonary exercise testing can be performed to assess for deconditioning or pulmonary/cardiac limitation under stress.	Examen des symptômes psychologiques et psychiatriques et des capacités fonctionnelles Impacts de l'affection post-COVID-19, du stigma vécu sur la personne	n.d.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
								<p>should take account of any pre-COVID-19 limitations and should include heart rate as this may help to assess autonomic function.</p> <p>In patients with cognitive difficulties sufficient to interfere with work or social functioning, consider neurocognitive assessment.</p> <p>Measure oxygen saturation at rest and after an age-appropriate brief exercise test in people with breathlessness and refer for investigation if hypoxaemic or if any desaturation on exercise.</p> <p>In patients expressing distress, significant low mood, anxiety, or symptoms of post-traumatic stress disorder, consider mental health assessment.</p>			

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
Choix des analyses et investigations											
Les analyses et investigations devraient être choisies selon : - les signes et symptômes; - l'histoire de santé; - les résultats des examens; - les autres conditions suspectées.	En fonction du résultat de l'anamnèse et de ces tests de base, le bilan sera complété par une pléthysmographie corporelle, une gazométrie artérielle, un CPET, un scanner thoracique, une scintigraphie de ventilation-perfusion ou d'autres examens cliniquement indiqués.	s.o.	As always, clinical care should start with a detailed history and physical and then judicious test ordering as needed. Ils proposent des listes d'analyses et investigation en fonction des symptômes présents. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Aucune modification	Aucune modification Enfants et adolescents L'objectif de ce bilan est d'éliminer une complication rare liée à l'infection au SARS-CoV-2 (myocardite, péricardite, PIMS ou MIS-C...) ou de dépister une maladie intercurrente (maladie auto-immune, maladie inflammatoire, pathologie thyroïdienne, diabète ...).	Aucune modification	Ajout: The panel agreed that no one set of investigations and tests would be suitable for everyone because of the wide range of symptoms and severity. Investigations need to be tailored to the person's signs and symptoms and whether they are being assessed in primary care (blood tests, the 1-minute sit-to-stand test) or secondary care (exercise tolerance tests). They agreed that blood tests and exercise tolerance tests (if safe and appropriate for the person) would be useful for most people as investigations and baseline measures. These were also the tests most commonly reported in the evidence, along with chest X-rays.	Certains choix d'analyses sont présentés en fonction des symptômes. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Certains choix d'analyses sont présentés en fonction des symptômes. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes	Aucune modification	...the following may be considered for symptomatic patients according to symptoms: C-reactive protein, blood count, kidney function, and liver function tests. Consider troponin, CPK-MB, and B-type natriuretic peptide (BNP) for cardiac symptoms, and complete thyroid function tests to rule out thyroiditis, if clinically suspected. For patients with decreased oxygen saturation, blood gases are recommended by some guidelines, though the benefit of this test is limited. D-dimer should not be used in patients without respiratory symptoms. Patients at increased risk for diabetes or impaired fasting glucose should

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	
							<p>Ajustement: <u>Decisions about blood tests should be guided by the person's symptoms.</u> If clinically indicated, offer blood tests, which may include a full blood count, kidney and liver function tests, C-reactive protein, ferritin, B-type natriuretic peptide (BNP), HbA1c and thyroid function tests.</p> <p>Ajout.: The panel agreed to add HbA1c to the list of tests because they agreed that it was important to check for metabolic disease such as undiagnosed diabetes.</p>					be monitored for fasting glucose and glycated hemoglobin levels.
Délai avant d'amorcer les analyses et investigations												
Selon le tableau clinique, il peut être envisagé de ne pas faire d'analyses et investigations au cours des quatre à douze semaines après l'infection, puisque les	Non documenté	s.o.	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification enfants et adolescents Cependant, un bilan complémentaire pourra être pratiqué dans un second temps	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Although a conservative approach (ie, minimal diagnostic evaluation, optimizing function and working toward achievable healthy goals)	Non documenté		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
signes et symptômes peuvent s'améliorer.					(cf. Encadré 1) : – si les symptômes n'évoluent pas vers l'amélioration voire la disparition en moins de 4 semaines; – si leur retentissement sur la vie quotidienne est important; – ou en cas d'anomalie détectée lors de l'anamnèse et de l'examen clinique				can be considered for the 4 to 12 weeks following illness because potential harm may arise from excessive testing, pediatricians should also consider other differential diagnoses and pursue additional investigation as clinically appropriate. If concerns persist past 12 weeks (3 months), then additional diagnostic testing (see CDC Interim Guidance on Post-COVID Conditions) and/or referral to a multidisciplinary post-COVID-19 clinic for consultation may be appropriate.		
Analyses et investigations spécifiques aux affections post-COVID-19											
Aucune analyse ou investigation n'est spécifique aux affections post-COVID-19 et aucun bilan type n'a encore été défini.	Non documenté	s.o.	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification enfants et adolescents Le bilan dépendra bien entendu des symptômes décrits mais peut	Aucune modification	Aucune modification	Long COVID-specific examination (for example, the NASA Lean Test for postural tachycardia syndrome [PoTS]) or tests such as	No specific lab test can definitively distinguish "long-haul COVID-19" conditions from other etiologies.	Aucune modification	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
					<p>comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS plaquettes, réticulocytes, – CRP, – Ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie, calcémie, – Bilan hépatique, – Bandelette urinaire. <p>En fonction du tableau clinique, de l'évolution et du bilan initial, les pédiatres spécialisés pourront prescrire d'autres examens, essentiels pour éliminer un diagnostic différentiel.</p>			electrocardiogram are best conducted in person, and chest X-ray (CXR) may be appropriate.			
Interprétation des résultats											
Les résultats des analyses et investigations servent principalement à exclure les complications associées; ceux-ci seraient souvent normaux dans le contexte des affections post-COVID-19.	Certaines analyses et investigations sont présentées en fonction des symptômes et suspicions. L'interprétation des résultats y est abordée. Voir les fiches correspondantes.	s.o.	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Ajustement : Be aware that a normal plain chest X-ray does not rule out lung disease. (<i>au lieu de may not be sufficient</i>) The evidence suggested that not all pathology shows up on a chest X-ray so the panel agreed it should only be used as part of a	CXR may exclude relevant pathology such as tuberculosis but is less relevant in investigating cardiac, pulmonary vascular, or autonomic causes for breathlessness where computed tomography or ventilation/perfusion (V/Q) scans	Non documenté	Aucune modification	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
							holistic assessment to decide if referral or further care are needed in people with respiratory symptoms.	are more likely to be indicated. In those with respiratory symptoms, consider chest X-ray at an early stage. Be aware that a normal appearance does not exclude respiratory pathology. Be aware that simple spirometry may be normal but patients may have diffusion defects indicative of scarring, chronic pulmonary embolisms, or microthrombi. Consider referral to respiratory for full lung function testing. Be aware that a normal D-dimer may not exclude thromboembolism, especially in a chronic setting, and referral for investigation is therefore indicated if there is a clinical suspicion of pulmonary emboli.			

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
								Additionally, be mindful that thromboembolism may occur at any stage during the disease course. In patients with inappropriate tachycardia and/or chest pain, carry out electrocardiogram, troponin, Holter monitoring, and echocardiography. Be aware that myocarditis and pericarditis cannot be excluded on echocardiography alone.			
Tests sérologiques											
La détection d'anticorps contre le SARS-CoV-2 est peu informative, notamment parce qu'un résultat négatif ne permet pas d'exclure l'exposition au virus.	Non documenté	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Although qualitative and quantitative antibody testing are available, they are not recommended for routine use by the AAP or CDC. There is no current evidence to support antibody testing guiding clinical management, the decision to vaccinate, or relative protection from variant strains.	Aucune modification	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
Mise en garde – surinvestigation											
Il est important d'éviter la surinvestigation.	Non documenté	s.o.	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Although a conservative approach (ie, minimal diagnostic evaluation, optimizing function and working toward achievable healthy goals) can be considered for the 4 to 12 weeks following illness because potential harm may arise from excessive testing, pediatricians should also consider other differential diagnoses and pursue additional investigation as clinically appropriate.	Retrait: éviter la sur-investigation	
Liste d'analyses et investigations à considérer											
Voir annexe C, tableau 1	3. Examens complémentaires : Radiographie de thorax. En fonction du résultat de l'anamnèse et de ces tests de base, le bilan sera complété par une pléthysmographie corporelle, une	Chest CT scan is recommended to be routinely performed in patients with persisting respiratory symptoms after COVID-19. Cardio-pulmonary exercise test (CPET) is	Ils proposent des listes d'analyses et investigation en fonction des symptômes présents. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Aucune modification	Ajout : Un PET scanner cérébral au FDG n'est indiqué que dans le cadre d'un protocole de recherche. Des fiches spécifiques précisent les indications pour certaines analyses et investigations.	Aucune modification	Aucune modification	In keeping with NICE guidance on asthma management, the panel agreed that spirometry with beta-agonist reversibility could be used to diagnose airway hyperreactivity. ...and measure full blood count, renal function, C-	Non documenté	Non documenté	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
	<p>gazométrie artérielle, un CPET, un scanner thoracique, une scintigraphie de ventilation-perfusion ou d'autres examens cliniquement indiqués.</p> <p>Une figure et un tableau présentent un choix d'analyses et d'investigations en fonction des symptômes, ces informations sont reproduites dans les tableaux d'extraction des fiches.</p>	<p>recommended to be routinely performed after COVID-19 with persistent symptoms.</p>						<p>reactive protein, liver function test, thyroid function, haemoglobin A1c (HbA1c), vitamin D, magnesium, a B12, folate, ferritin, and bone studies.</p>			
Indication pour la radiographie thoracique											
Radiographie thoracique : - si suspicion de pneumonie - si surcharge lors de la phase aigüe – dans ce cas, à faire 12 semaines après l'infection	3. Examens complémentaires : Radiographie de thorax.	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	<p>Ajustement : Offer a chest X-ray by 12 weeks after acute COVID-19 <u>only if the person has continuing respiratory symptoms and it is clinically indicated</u>. Chest X-ray appearances alone should not determine the need for referral for further care.</p> <p>Ajout: The panel agreed that a</p>	In those with respiratory symptoms, consider chest X-ray at an early stage. Be aware that a normal appearance does not exclude respiratory pathology.	Follow-up chest imaging is needed for persistent respiratory symptoms or patients who had pulmonary abnormality identified during the acute infection.	<p><i>Retrait : Consider chest X-ray at 12 weeks for those who have had significant respiratory illness.</i></p>	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	SSP, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022
							chest X-ray should not be carried out if the person has already had one and there have been no subsequent clinical changes.				
Indication pour l'electrocardiogramme											
ECG (12 pistes) si symptômes d'une atteinte cardiaque	Non documenté	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	
Indication pour l'échographie cardiaque											
Échographie cardiaque si NT-pro-BNP élevée, tableau de surcharge et péricardite durant l'épisode aigu.	Non documenté	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-9 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent une affection post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCT, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
Objectifs de la prise en charge											
Les objectifs de la prise en charge thérapeutique devraient être : - d'éliminer ou de diminuer la fréquence et l'intensité des signes et symptômes; - de soutenir une autogestion optimale et une reprise sécuritaire des activités; - d'orienter vers des ressources spécialisées au besoin.	Une consultation post-Covid-19 permet d'évaluer cliniquement le patient, d'organiser les examens complémentaires appropriés, d'offrir des options de traitements et d'orienter le patient selon ses besoins personnels vers d'autres spécialistes ou vers une réhabilitation. Une telle consultation permettrait également de diminuer le potentiel fardeau du Covid long sur la santé publique et de soulager le désarroi des patients face à l'incertitude et à l'absence d'une prise en charge structurée.	PCPs should be equipped to evaluate alternative etiologies of symptoms, validate symptoms as potentially related to post-COVID when appropriate, and provide support as needed.	Aucune modification	Aucune modification Enfants et adolescents Définir des objectifs propres à chaque patient selon ses capacités en s'intéressant aux diffé-rents domaines de sa vie quotidienne : scolaire, social, loisirs, pairs, sport, activité physique, vie familiale.	Aucune modification	Ajout: Many people experience a spontaneous improvement in symptoms between 4 and 12 weeks after the start of acute COVID-19 and should be offered self-management support and monitoring during this time, with consideration of onward referral to further services if they do not improve. People with concerning symptoms during this time may need referral for assessment by acute medical services.	Doctors play a key role in supporting patients through the complexity of specialist investigations and differential diagnoses, and considering symptomatic treatments. In addition occupational health service referrals and medical reports supporting the return-to work process are needed.	Non documenté	Ajustement: <u>Your initial assessment will help inform your management plan. Your patient could benefit from allied health input.</u>		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NC CET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
Généralités											
<p>Le clinicien devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - établir un plan de soins en partenariat avec la personne dans un processus de décision partagée; - informer la personne sur l'état d'avancement des connaissances relatives aux affections post-COVID-19; - évaluer la reprise des activités quotidiennes au cas par cas – p. ex. retour à l'école ou au travail; - s'appuyer sur la collaboration interdisciplinaire. 	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Aucune modification	<p>Ajout : Consider using a chronic disease plan, mental health care plan or other enhanced care plan to facilitate access to multidisciplinary care.</p> <p>Ajout: Consider the implications and support required for returning to pre-injury work or education.</p>	<p>Ajout: The expert witness and panel overwhelmingly agreed that worse performance or absenteeism at education, work, or training was a “red flag” for both children and adults. The panel agreed to use the term “worse achievement” because this encompasses a range of attainments, such as academic, athletic, attention to detail or other abilities that are important to that person.</p> <p>Ajout: People with ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome who report increased absence or reduced performance in education or work may need extra support and recovery time.</p> <p>Ajout: There was not enough</p>	Non documenté	Non documenté	<p>Consider collaborating with outpatient and allied health services to support individual management planning where appropriate. This might include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • physiotherapists • exercise physiologists • <u>occupational therapists</u> • dietitians • speech pathologists • outpatient rehabilitation physicians and/or geriatricians psychologists. 		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCT, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
						evidence to recommend specific criteria for referral and the panel agreed the right level of care would be agreed in shared decision making with the person after their holistic assessment. The panel updated the recommendation for the November 2021 update to include more information about the decisions that people should be involved in about their care, including whether or not they are referred and when and how support will be provided. The panel agreed that the person should be central in planning their care.					
Traitement spécifique aux affections post-COVID-19											
Il n'existe aucun traitement spécifique aux affections post-COVID-19.	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	<i>Retrait : il n'existe pas de traitement étiologique</i>	Aucune modification	Ajout : There is no internationally agreed clinical definition or clear treatment pathway, and there is an evolving, evidence base.	Non documenté	Non documenté	Aucune modification		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCT, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
						Ajout : There are established treatments for managing the common symptoms often seen with ongoing symptomatic COVID-19 and post-COVID-19 syndrome, as set out in current national and local guidance, which can be followed for symptomatic relief. However, there is a lack of evidence for pharmacological interventions to treat the condition itself.					
Conduite générale											
La prise en charge des personnes atteintes doit être pragmatique, symptomatique et personnalisée.	Prise en charge proposée selon différents symptômes	The PCP should be prepared to assess these symptoms systematically and address accordingly.	Aucune modification	Ajustement : Une part importante des patients semble s'améliorer de façon progressive, en général en <u>plusieurs (au lieu de quelques)</u> mois, avec une prise en charge globale, pouvant inclure des traitements symptomatiques, du repos et une réadaptation respiratoire et/ou	Ajout : Consider individual factors and access issues in determining location for further treatment or rehabilitation e.g. home-based, telehealth or face-to-face options. Give people information on COVID-19 vaccines. Encourage them to follow current	Aucune modification	Recommandations de prises en charge en fonction de symptômes. Elles seront extraites dans les tableaux des fiches correspondantes. Consider individualised investigations, management, and rehabilitation planning via a	Non documenté	Ajout: Patients might be fearful of going to hospital (if escalation is required) without the presence of other family members due to COVID-19 restrictions. Encourage patients and their families to ask questions about post-COVID-19-symptoms. Ensure your patient		Recommendation 4 Primary care pediatricians should visit all subjects with a suspected or a proven diagnosis of SARS-CoV-2 infection after 4 weeks to check for the presence of symptoms of previously unknown disease. In any case, a further checkup

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NC CET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
				<p>un ré entraînement progressif à l'effort (<u>en respectant les capacités des patients</u>).</p> <p>enfants et adolescents Devant un enfant ou plus souvent un adolescent qui présente des symptômes impactant sa vie quotidienne et celle de sa famille au-delà d'un mois après une Covid-19, il faut avant tout adopter une démarche pragmatique qui comportera : une anamnèse détaillée (essentielle, car elle permet de re-tracer l'historique des symptômes) et un examen clinique de l'enfant (qui est souvent normal et con-traste avec la gêne rapportée par la famille ou l'enfant/adolescent lui-même).</p>	<p>official guidance for vaccination to reduce the risk of a further acute infection but explain that it is not known if vaccines have any effect on ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 condition.</p>		<p>multi-specialty long COVID assessment service as local services allow. Prioritise physician-led medical assessments and diagnostics initially, and consider allied health professionals including physiotherapy and occupational therapist input as adjuncts.</p> <p>Patients with comorbid mental health difficulties should have equal access to medical care as a patient without mental health difficulties and should not be triaged away from services.</p>		<p>understands the possible fluctuations in severity and support requirements so that they are fully informed prior to making decisions about their care.</p>		<p>by the primary care pediatrician should be scheduled 3 months after the diagnosis of SARS-CoV-2 infection to confirm normality or to address emerging problems. The subjects who present symptoms of any organic problem must undergo a thorough evaluation of the same. Children and adolescents with clear symptoms of mental stress will need to be followed up by existing local services for problems of this type.</p>

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NC CET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
Approche thérapeutique											
Le clinicien devrait : <ul style="list-style-type: none"> • traiter les signes et symptômes selon la pratique usuelle; • optimiser la prise en charge des comorbidités et traiter les complications selon la pratique usuelle; • envisager l'autosurveillance selon les signes et symptômes (p. ex. pression, oxymétrie); • réévaluer la pertinence des traitements pharmacologiques qui pourraient influer sur les signes et symptômes et ajuster la posologie au besoin. 	Certains traitements sont proposés en fonction des symptômes présents. Voir les extraits des fiches correspondantes	Ils proposent des traitements en fonction des symptômes présents. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	<p>Ajout : There are established treatments for managing the common symptoms often seen with ongoing symptomatic COVID-19 and post-COVID-19 syndrome, as set out in current national and local guidance, which can be followed for symptomatic relief.</p> <p>Ajout : Consider supported self-monitoring at home, if this is agreed through shared decision making as part of the person's assessment. This may include heart rate, blood pressure, pulse oximetry or symptom diaries. Ensure that people have clear instructions on how to use any equipment and parameters for when to seek further help.</p>	Recommandations de prises en charge en fonction de symptômes. Elles seront extraites dans les tableaux des fiches correspondantes	Non documenté	Prise en charge présentée par symptômes : <ul style="list-style-type: none"> - Breathlessness - Fatigue - Douleur thoracique - Maux de tête, fièvre légère et myalgies - Neurocognitive difficulty - Depression/ anxiety - Thrombosis risk and contraceptive choice 		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCT, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
Orientation vers un médecin spécialiste ou une offre de services post-COVID-19											
<p>Le clinicien devrait considérer l'orientation vers un médecin spécialiste ou une offre de services post-COVID-19* à proximité, si disponible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si l'infection aigüe s'est produite depuis ≥ 12 semaines et que l'état de santé de la personne ne s'améliore pas ou se détériore, - si la personne présente une condition qui évoquerait une anomalie ou la persistance d'une problématique neurologique, cardiovasculaire ou pulmonaire. <p>Les critères d'urgence habituels prévalent lors de la décision relative à l'orientation vers des soins spécialisés.</p>	<p>En cas de plaintes neurologiques persistantes au décours d'une infection à SARS-CoV-2, une consultation spécialisée devra être envisagée.</p>	<p>Ils proposent des critères d'orientation vers un médecin spécialiste en fonction des symptômes présents. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Non modifiée, mais spécifique aux enfants : Consider referral from 4 weeks for specialist advice for children with ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome.</p> <p>Ajout: There was a lack of evidence on managing ongoing symptomatic COVID-19 or post-COVID-19 syndrome in children. Based on their experience, the panel agreed that referral should be considered so that children can be supported to manage their symptoms early and recover quickly.</p> <p>Ajout: Prompt referral is needed to avoid delays in getting people the support they need. In the panel's experience, the</p>	<p>In patients with chest pain, consider a referral to cardiology as cardiac magnetic resonance imaging may be indicated in a normal echo to rule out myopericarditis and microvascular angina.</p> <p>All under-18-year-olds need access to similar services run by paediatric specialists with knowledge of how presentations and treatments differ for adults and with close liaison with school.</p> <p>Referral for more detailed assessment is required in the following scenarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ desaturation with or without overt/reported dyspnoea; ▪ nocturnal desaturation; ▪ extreme fatigue; 	<p>Certaines références suggérées en fonction des symptômes présentés. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes</p>	<p>Ajout : Red flag symptoms and vital signs are suggestive of severe disease. Patients with red flag symptoms should be immediately assessed. They might require urgent care in a hospital emergency department or by ambulance services.</p> <p>Ajout: If a child presents with post-COVID-19 symptoms at four weeks post-acute infection, consider referring them for specialist paediatric advice.</p>		

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	ESCMID, 2022	Esposito, 2022
*L'offre de services est en développement et les critères d'accès actuels peuvent varier selon les territoires et les projets de recherches associés qui y sont en cours.						earlier people received help the more effective the interventions. The panel were also concerned that a lack of support could negatively affect people's mental health.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ behavioural change in those who struggle with verbal communication; ▪ patient reports significant post-exercise malaise after such testing (lasting beyond the next day); severe tachycardia; postural blood pressure drop. 				

Source : Esposito *et al.*, 2022; HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-10 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent une affection post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Approche thérapeutique									
<p>Le clinicien devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - offrir des conseils adaptés aux besoins et aux capacités pour favoriser la reprise des activités – p. ex. aide à la mobilité et aide technique; - adapter la prise en charge si malaises post-effort : <ul style="list-style-type: none"> o éviter les évaluations qui pourraient déclencher ou exacerber les signes et symptômes (p. ex. test de marche), o ne pas encourager la reprise d'activités dans un objectif d'augmenter l'endurance à l'effort; - ne pas prescrire de programmes d'exercice physique fixes ou standardisés. <p>Une reprise trop rapide des activités pourrait entraîner un risque de rechute.</p>	<p>Durant les 6 à 8 semaines après la sortie de l'hôpital, les patients devraient être encouragés à reprendre une activité régulière dans leur vie quotidienne et à exercer une activité physique d'intensité légère à modérée. Après cette phase initiale, un programme de réhabilitation ambulatoire en centre accrédité peut être proposé sur une base individuelle si les symptômes persistent et limitent la reprise des activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les patients dont l'atteinte fonctionnelle est moindre peuvent bénéficier de conseils de réentraînement leur permettant une réhabilitation sans supervision médicale.</p>	<p>Ils suggèrent certaines investigations pour le retour au sport des athlètes de niveau compétitif et réfère les cliniciens à un algorithme publié par une autre équipe (Kim et al 2021). L'information sera extraite dans les fiches thématiques.</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Ajustement : La rééducation a une place centrale <u>et doit prendre en compte l'éventualité d'un syndrome d'hyperventilation et d'une exacerbation post-effort des symptômes</u>; rééducation olfactive en cas de troubles de l'odorat persistants; réentraînement <u>après exclusion des contre-indications à l'effort avec un éventuel soutien psychologique</u>.</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Ajustement : <u>Use a multidisciplinary approach to guide rehabilitation</u>, including physical, psychological and psychiatric aspects of management. Ensure that any symptoms that could affect the person being able to start rehabilitation safely have been investigated first.</p> <p>Ajout: The evidence showed that breathlessness, fatigue and 'brain fog' are among the most commonly reported longterm symptoms, so support for these should be part of the person's rehabilitation plan.</p> <p>Ajustement: Work with the person (and their family or carers, if appropriate) to develop a personalised rehabilitation and management plan that is recorded in a rehabilitation prescription and should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - areas of rehabilitation and interventions based 	<p>Non documenté</p>	<p>Pediatricians should identify all necessary supports to facilitate return to activities of daily living (including return to learning, play and employment). Patients with ongoing symptoms may require additional support in their efforts on return to learning. This might include gradual return to school and cognitive activities based on tolerance; addition of cognitive "rest periods" throughout the school day; interval academic accommodations; close monitoring and communication by the family, school, and pediatrician to assess progress; and other academic adjustments or accommodations as needed. It is essential that children and adolescents are supported in make-up work accrued during the acute illness...</p> <p>All children and adolescents should connect with their pediatrician prior to</p>	<p>Prise en charge présentée par symptômes. L'information sera extraite dans les fiches correspondantes.</p>

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
						<p>on their assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> - helping the person to decide and work towards goals - <u>how to manage and monitor their symptoms, taking into account that these may fluctuate, and what to do if symptoms return or change.</u> <p>Ajout: The panel discussed the ongoing debate over self-pacing and graded forms of exercise. The panel considered careful self-pacing of exercise to be an important element of self-management. However, the panel concluded that in the absence of evidence relating to people with ongoing symptoms from COVID-19 it could not make specific recommendations and it agreed to include a research recommendation to determine the effectiveness of exercise interventions for this population.</p>		<p>returning to physical activity, as outlined in the AAP return to sports and physical activity interim guidance.</p> <p>Children and adolescents who had moderate or severe symptoms within 6 months require an extensive preparticipation examination, including an American Heart Association (AHA) screening and electrocardiogram or cardiology evaluation to guide return to sports.</p> <p>Decisions on camp attendance and participation should consider the facility, the expectations of participation, any residual symptoms, and the camp's ability to identify and support the camper's/camp counselor's needs.</p> <p>Return to school and child care is a critical factor for education and social well-being in children.</p> <p>This guidance from the AAP, along with local health department information, can help to guide</p>	

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
								parents and children as they return to normal daily living. Return to higher education may require additional thought for students and families.	
Orientation vers des services de réadaptation									
Le clinicien devrait considérer l'orientation vers des services de réadaptation si la personne présente : - une difficulté à gérer son énergie ou sa douleur, qui entraîne une incapacité fonctionnelle importante, - une atteinte respiratoire significative persistante, - une atteinte cognitive, cardiaque, neurologique ou musculosquelettique sévère, - un syndrome post-soins intensifs.	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	Ajustement : <u>En cas de désadaptation à l'effort et en l'absence de contre-indications</u> , un réentrainement à l'effort conduit par un kinésithérapeute formé peut être bénéfique sous réserve d'être attentif au risque d'exacerbation post-effort des symptômes. Lorsqu'il existe un syndrome d'hyperventilation, une kinésithérapie respiratoire spécifique par un kinésithérapeute formé doit précéder les autres rééducations.	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Non documenté	s.o.

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; AAP, 2021; Genecand et al., 2021; NICE, 2021; Nurek et al., 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance et al., 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall et al., 2021; Greenhalgh et al., 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-11 Synthèse de l'information et des recommandations concernant le soutien social et psychologique des personnes qui présentent une affection post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Approche thérapeutique									
<p>Le clinicien devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter les signes et symptômes liés à l'état mental selon la pratique usuelle; - fournir un soutien relativement aux conséquences sociales et psychologiques liées aux affections post-COVID-19 – p. ex. incapacité de prendre soin des enfants, perte d'emploi, incapacité de retourner à l'école ou au travail, sentiment de détresse ou d'isolement. 	<p>Dans ce contexte [pandémie], un dépistage et une prise en charge de la dépression et des troubles anxieux sont indispensables pour les patients ayant souffert d'un Covid-19 sévère ou d'une forme plus légère, mais qui présenteraient des symptômes neuropsychiatriques nouveaux ou en aggravation.</p> <p>L'évaluation de la situation sociale et professionnelle semble également être un point essentiel.</p> <p>Si la reprise du travail est compromise par des séquelles sur les plans physique ou psychique, des adaptations de la charge de travail pourront être discutées.</p>	<p>Ils proposent un bilan diagnostic à tenir en cas d'anxiété, dépression ou PTSD. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>Ajustement : l'exploration de troubles anxieux et dépressifs et la proposition d'un soutien psychologique <u>et</u> d'une prise en charge adaptée sont à envisager à toutes les étapes du suivi.</p>	<p>Ajout : Consider using a chronic disease plan, mental health care plan or other enhanced care plan to facilitate access to multidisciplinary care.</p>	<p>Aucune modification</p>	<p>In patients expressing distress, significant low mood, anxiety, or symptoms of post-traumatic stress disorder, consider mental health assessment.</p> <p>Long COVID is not a primary mental health problem... Psychological aspects of disease should be managed as part of the recovery process, but not seen as the primary treatment focus.</p>	<p>Pediatricians should be aware of the impact of stress and adjustment disorders when diagnosing and managing new symptoms in children who have experienced COVID-19. Following SARS-CoV-2 infection, mental health sequelae are very common and likely multifactorial.</p> <p>For individuals with existing mental/behavioral illness, events surrounding COVID-19 (hospitalization, isolation, absence from school activities) may exacerbate symptoms.</p>	<p>Ajout : Patients might be fearful of stigmatisation of their COVID-19 infection and ongoing symptoms. You can assure your patient that they are no longer infectious after their period of isolation has been completed and after it has been confirmed they are safe to leave their home. It is important to ensure that your patient understands that having some post-COVID-19 symptoms does not mean that they are still infectious. Empower your patient so that they feel comfortable in reassuring their family, friends and employers about this issue, acknowledging that it is natural for people to find these conversations difficult.</p> <p>Ajout: People with post-COVID-19 conditions are likely to require additional short-term social supports while they recover. These could include assistance</p>

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
									<p>with food preparation and delivery, cleaning or assistance with activities of daily living.</p> <p>Ajout: People recovering from COVID-19 and those experiencing post-COVID-19 conditions might benefit from connecting with others with lived experience, if groups are available in the area.</p> <p>Soutenir le patient dans le but d'optimiser son bien-être personnel au travers de l'alimentation, l'exercice et le sommeil.</p> <p>Identifier les facteurs sociaux qui peuvent jouer un rôle dans la santé et le bien-être du patient dont la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, les risques de problèmes de santé mentale, de violence conjugale ou familiale ou les risques d'isolement social.</p> <p>Prise en charge présentée par symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depression/anxiety

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Orientation vers des services d'aide et d'évaluation									
Le clinicien devrait considérer l'orientation vers des services d'aide et d'évaluation selon la pratique usuelle et l'organisation des services – p. ex. services sociaux généraux du centre local de services communautaires (CLSC), organismes communautaires, guichet d'accès en santé mentale.	En cas de besoins financiers ou assécurologiques, le patient pourra être orienté vers un service d'assistance sociale. Des informations sont présentées pour les personnes présentant des troubles anxieux ou dépressifs. Voir l'extraction des fiches thématiques.	Ils proposent des critères d'orientation vers des services en fonction des symptômes présents. Voir les tableaux d'extraction des fiches thématiques.	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Non documenté	s.o.

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-12 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la gestion des signes et symptômes par les personnes qui ont une affection post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
Approche thérapeutique									
<p>Le clinicien devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inviter la personne à documenter ses signes et symptômes (apparition, détérioration et résolution) afin de repérer les éléments déclencheurs et exacerbants; - insister sur une bonne hygiène de vie (p. ex. repos, nutrition); - inviter la personne à reprendre ses activités selon ses capacités et les seuils d'effort qui déclenchent ses signes et symptômes; - indiquer aux personnes qui ont des malaises post-effort comment gérer leur énergie en équilibrant leurs périodes d'activités et de repos; - expliquer à la personne comment soulager ses signes et symptômes (p. ex. traitement pharmacologique); - établir des objectifs progressifs et réalistes; 	Non documenté	Ils proposent certaines techniques à enseigner aux patients en fonction des symptômes. Voir les tableaux d'extraction des fiches correspondantes.	Aucune modification	Ajustement : Il convient d'inciter les patients à apprendre à s'autogérer, connaître leurs limites, mais continuer à avoir des activités physiques, même modérées <u>en respectant leurs capacités</u> et en l'absence de contre-indications.	Ajout: There was very little evidence on interventions, but the panel agreed that everyone should have self-management support and information. There was a lack of COVID-19-specific evidence on managing many of the common symptoms related to COVID-19, such as fatigue, dizziness and cognitive problems (such as 'brain fog'). However, there are established treatments for managing individual common symptoms.	Aucune modification	<p>For patients with fatigue and worsening symptoms hours to days following an activity, emphasise the importance of an initial phase of convalescence followed by careful pacing and rest.</p> <p>Support patients in shifting their mental timeline of recovery to reflect the likely prolonged course, with a possibly long phased return to work.</p> <p>Clinicians should ensure that the occupational status of patients with long COVID is recorded (in/out of work, part-/full-time, student).</p> <p>Encourage reporting of new symptoms (expected) and expectation of waxing-waning course.</p> <p>Over-the-counter supplementation is common, including vitamin C, D, niacin (nicotinic acid), and quercetin. Be aware</p>	Non documenté	s.o.

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
- donner les directives pour l'autosurveillance, si requis (p. ex. pression artérielle, oxymétrie).							of significant drug interactions, such as with niacin or quercetin.		
Gestion de l'énergie									
Les cliniciens devraient inviter les personnes à : <ul style="list-style-type: none"> - trouver les seuils d'efforts physiques, cognitifs et émotionnels qui déclenchent les signes et symptômes; - ajuster l'intensité de leurs activités et planifier leurs périodes d'activités et de repos de façon à ne pas dépasser les seuils d'efforts identifiés; - augmenter leurs activités de façon prudente et graduelle même si elles se sentent bien afin d'éviter les rechutes. <p>Le clinicien devrait aviser la personne qu'une gestion optimale de l'énergie peut nécessiter un certain temps d'apprentissage.</p>	Non documenté	Non documenté	Aucune modification	enfants et adolescents Réguler ses différentes activités en s'appuyant sur : <ul style="list-style-type: none"> - Une bonne gestion du rythme de l'activité et du repos, avec si possible de la rééducation à l'effort, douce dans les limites de capacité de l'enfant ou de l'adolescent, en respectant ses besoins de repos, avec une augmentation progressive selon l'état du patient, sans programme de progression imposé mais en tenant toujours compte des seuils de capacité. Il ne faut pas hésiter à s'aider de la kinésithérapie et de méthodes de gestion du rythme tels que fractionner les activités. La rééducation ne doit pas déclencher d'exacerbation des symptômes post-effort. - La régulation du sommeil (heures fixes y compris) 	Aucune modification	Aucune modification	Non documenté	Assuming both cardiac and respiratory function are clinically normal, postviral fatigue typically improves over time. Encouraging a consistent daily schedule and gradual increase in physical activity throughout the day is most effective. Depending on the response, the reconditioning program may need to be led by a physical therapist or multidisciplinary team.	Ils réfèrent à un autre document qui est une ressource pour la personne atteinte. Les recommandations corroborent celles de l'outil (pace, plan, priorité)

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021¹	Genecand, 2021	Vance, 2021	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021
				durant les vacances, temps de lumière du jour, limitation du temps d'écran...) avec respect des besoins de repos, qui peuvent être très important notamment au début (hypersomnie, siestes). Régulation également de l'alimentation (horaires réguliers, alimentation pouvant être parfois fractionnée avec collation).					

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021; Vance *et al.*, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

Tableau E-13 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent une affection post-COVID-19

Version initiale de l'outil publié par l'INESSS, 2021 ¹	OMS, 2021a et 2021b	HAS, 2022a et 2022b	NCCET, 2022	NICE, 2021	Nurek, 2021	RACGP, 2021
Modalité et fréquence						
Le clinicien devrait : <ul style="list-style-type: none"> - décider avec la personne du suivi à effectuer : modalité (téléphone ou présentiel), fréquence (aux trois mois maximum), professionnels; - maintenir le suivi habituel associé aux comorbidités. 	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	<p>Ajout: The panel did not want to limit monitoring to specific tests or symptoms, or to a particular timeframe, because people with ongoing symptomatic COVID19 and postCOVID19 syndrome have such a wide range of care needs. They decided it should be tailored to each person's needs and preferences.</p> <p>Ajout: Use shared decision making to discuss and agree plans for discharge from rehabilitation and care, taking into account the person's preferences, goals and social support. Follow local referral pathways to enable re-referral if needed.</p>	n.d.	Aucune modification
Conduite						
Le clinicien devrait : <ul style="list-style-type: none"> - évaluer l'évolution des signes et symptômes; - répéter les analyses et investigations au besoin; - réévaluer les causes possibles de l'état de santé; - faire un suivi du plan de soins, y compris l'autogestion. 	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Aucune modification	Follow patients up regularly to monitor progress from a full biopsychosocial and occupational perspective.	Aucune modification

Sources : HAS, 2022a; HAS, 2022b; NCCET, 2022; NICE, 2021; Nurek *et al.*, 2021; OMS, 2021b; OMS, 2021c; RACGP, 2021.

¹ La version initiale de l'outil général a été publiée en juillet 2021. Les recommandations étaient basées sur la triangulation des données contextuelles, du savoir et de l'expérience d'experts québécois et des données issues des guides de pratique clinique suivants : CDC, 2021; HAS, 2021a; NCCET, 2021; OMS, 2021a; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020; NICE, 2020; RACGP, 2020.

2 EXTRАCTIONS POUR LA FICHE FATIGUE ET MALAISES POST-EFFORT

Tableau E-14 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Généralités							
<p>Fatigue is a feeling of weariness, tiredness, or lack of energy. It can be physical, cognitive, or emotional, mild to severe, intermittent to persistent, and affect a person's energy, motivation, and concentration.</p> <p>Fatigue can negatively affect an individual's sense of well-being and quality of life and generally lacks objective markers. Fatigue during an acute viral illness is common; however individuals with PASC are often presenting with long lasting and debilitating fatigue after recovery from their acute viral illness.</p> <p>Fatigue is among the most common persistent symptoms following COVID-19 in both individuals that have been hospitalized ($p = 24.6\%$, confidence interval [CI] 20.11-29.72) and those that have not been hospitalized ($p = 37.1\%$, CI 26.54-49.06). Although fatigue likely improves over time, it can persist beyond 6 months.</p> <p>Finally, it is important to note that the etiology of</p>	n.d.	<p>Chronic fatigue is 1 of the most commonly reported symptoms in patients with a history of COVID-19, with 50% incidence reported in multiple studies.</p> <p>Presence or severity of fatigue is not necessarily associated with severity of illness or with routine lab markers of inflammation.</p> <p>The underlying cause of fatigue in post-COVID syndrome is under investigation.</p>	<p>Une fatigue, souvent sévère, est le symptôme persistant le plus souvent mis au premier plan au cours de l'épisode initial de la Covid-19.</p> <p>Chez un même individu, bien qu'il s'agisse du symptôme le plus constant, elle peut être fluctuante.</p> <p>Cette fatigue sévère se traduit parfois par des délais de récupération anormalement longs après effort et nécessite une prise en charge adaptée pour éviter les risques de désadaptation à l'effort.</p> <p>Cette fatigue est souvent associée à d'autres symptômes qui peuvent également en être la cause ou la conséquence. Les exacerbations de cette fatigue peuvent être associées à des éléments déclencheurs comme des efforts physiques ou intellectuels, même modérés et survenir de manière différée. Une majoration de la fatigue et/ou une exacerbation des symptômes sont également décrites dans d'autres situations physiologiques (période prémenstruelle</p>	<p>Assuming both cardiac and respiratory function are clinically normal, post viral fatigue typically improves overtime.</p>	<p>Fatigue is one of the most common extra-respiratory symptoms of acute SARS-CoV-2 infection (41%, Table 1). Studies estimate the frequency as 35–45% at 4 weeks [28,29], 30–77% at 8 weeks [30–32] and 16–55% at 12 weeks post-infection [33,34] (Table 3).</p> <p>The profound, prolonged nature of fatigue in some COVID-19 patients shares characteristics with the chronic fatigue syndrome (CFS) described after other infections, including SARS, MERS and community-acquired pneumonia [24,25].</p>	<p>The profound and prolonged nature of fatigue in some post-acute covid-19 patients shares features with chronic fatigue syndrome described after other serious infections including SARS, MERS, and community acquired pneumonia.19 20 22 44</p>	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>fatigue may be multifactorial in individuals with PASC and there may not be one unifying cause of PASCrerelated fatigue.</p> <p>PASC-related fatigue affects individuals physically, emotionally, and cognitively. Individuals with PASC related fatigue can experience severe disability and frustration. The pathophysiology causing fatigue after COVID-19 still warrants ongoing detailed research to better understand this constellation of symptoms, while acknowledging the cause of fatigue is likely multifactorial and may be specific to the individual.</p>			<p>notamment, émotions, stress, changements de température extérieure, période postprandiale).</p> <p>La fatigue intense (ou épuisement) peut entraîner une réduction des actes de la vie courante et des activités professionnelles, sociales ou personnelles.</p>				
Quand investiguer							
<p>It is not unusual for individuals to have persistent and fluctuating fatigue during their recovery from acute COVID-19 disease, particularly in the first 1 to 2 months. This fatigue can involve both physical and cognitive components.</p> <p>Additional assessment and management of post-COVID fatigue should be considered if a patient is not continuing to improve after the initial 4 weeks beyond symptom onset, if symptoms are severe, or if the patient is experiencing negative impacts on quality of life. In cases of mild fatigue that is not functionally limiting, it can be monitored for</p>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
improvement as part of the natural recovery from COVID-19.							
Signes et symptômes							
Common descriptions of PASC-related fatigue include: <ul style="list-style-type: none">• Severe exhaustion after minimal physical or mental exertion• The sense of being weighed down all day• After having a “good day” of increased activity level, the feeling of “crashing” requiring several days of recovery• Persistent tiredness or exhaustion after sleep/upon waking	n.d.	n.d.	n.d.	Following SARS-CoV-2 infection, children and adolescents may complain of easy fatigability and poor endurance even without known cardiac and respiratory involvement	n.d.	n.d.	n.d.
Définition de la fatigue et diminution de la tolérance à l'activité							
In patients presenting with fatigue, it is important to consider the evaluation of fatigue and diminished activity tolerance as related but distinct conditions. As these two symptoms may intersect, the differential etiologies of fatigue should be considered in conjunction with a separate differential for lowered activity tolerance. When evaluating the etiology of fatigue, the following should be considered as central or contributing factors: sleep disorders, endocrine disorders, nutritional disorders, chronic infectious disorders, autoimmune/inflammatory disorders, cardiac disorders, respiratory disorders, psychiatric	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>disorders, malignancies, drug reactions, and adult onset metabolic disorders.</p> <p>Diminished activity tolerance is the inability or reduced ability to perform physical activity at the normally expected frequency, intensity level, or duration for people of that age, size, gender, and muscle mass. Individuals may experience unusually severe postexercise pain, fatigue, nausea, vomiting, or other negative effects. When evaluating the etiology of diminished activity tolerance, the following disorders or system dysfunctions should be considered as central or contributing factors: pulmonary, cardiovascular, and/or neuromuscular systems.</p> <p>A wide differential for central and contributing factors to PASC-related fatigue should be considered (Table 2). This differential may be affected by the severity of initial illness with those critically ill being at risk for post intensive care syndrome (PICS).</p> <p>Sévérité de la fatigue (si requis voir référence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mild fatigue: Individuals have intact mobility, can perform activities of daily living and do light housework (often with difficulty). They are also able to continue working or going to school but 							

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>may have stopped other, nonessential activities. They often take time off, require modifications to their schedule, and use weekends to recover from their work week.</p> <ul style="list-style-type: none"> Moderate fatigue: Individuals have decreased community mobility and are limited in their performance of instrumental activities of daily living (particularly preparing meals, shopping, doing laundry, using transportation, and performing housework). They require frequent rest periods and naps and have generally stopped work or school. Severe fatigue: Individuals are mostly confined to the home and may have difficulty with activities of daily living (eating, bathing, dressing, transferring, toileting, mobility). Leaving the home for these individuals is very limited and often leads to prolonged/severe after-effects. 							
Autres conditions à considérer (diagnostics différentiels)							
4 Patients should be evaluated for conditions that may exacerbate fatigue symptoms and warrant further testing and potential subspecialty referral (see Table 2). Particular areas include: <ul style="list-style-type: none"> Sleep Mood, including anxiety, depression and PTSD. Note: Patients 	n.d.	Sleep disorder	<p>... recherchant d'autres causes à l'asthénie. Vérifier notamment l'absence de perte de poids, de dysthyroïdie, etc.</p> <p>Recherche systématique d'un trouble anxieux ou dépressif (utiliser les échelles HAD si nécessaire) ou d'un trouble somatique fonctionnel (échelle SSD-12).</p>	n.d.	<p>Voir Algorithme 1 Siso-Almirall 2021 supp – V 2 et 3</p> <p>Long-term fatigue: If fatigue persists as the main symptom, compliance with the classification criteria for chronic fatigue syndrome should be evaluated. If the criteria are met, the diagnosis of chronic fatigue</p>	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>often report dissatisfaction with their care because of their persistent symptoms being attributed to psychological factors. It is important to note that mood disorders may be secondary to persistent medical issues or one of many factors leading to fatigue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopulmonary • Autoimmune • Endocrine <p>The presentation of fatigue in individuals with PASC may appear similar to myalgic encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome (ME/CFS).</p> <p>The specific pathophysiology behind ME/CFS has yet to be discovered. The Centers for Disease Control and Prevention has developed treatment recommendations for ME/CFS that have been used to help develop the current treatment recommendations for PASC-related fatigue. However, more data are needed to understand if and in which individuals PASC-related fatigue is a manifestation of ME/CFS and in which individuals PASC related fatigue represents a distinct process.</p>					<p>syndrome associated with COVID-19 (which will be confirmed when the criteria are still fulfilled at six months) is made and the protocol of referral to the corresponding multidisciplinary unit is applied. In the case of noncompliance, evaluation of the loss of physical condition related to the pandemic and psychological factors is recommended, as are adapted guidelines to increase progressive resistance training, physical activity programs, etc.</p> <p>Si persistance au moins 12 semaines : Rule out chronic fatigue syndrome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recent concentration/memory disorders. • Odynophagia. • Painful cervical/axillary adenopathy. • Myalgia. • Polyarthralgia without inflammatory signs. • Headache • Non-reparative sleep • Post-exertion malaise >24 <p>->Si <4 symp: unexplained post-COVID-19 fatigue... dirigé vers première ligne. Évaluer RHB et psychological care + <u>réévaluer à 6 mois</u></p> <p>->Si ≥ 4 sympt : CFS associacted with COVID-19.... dirigé vers CFS unit</p>		

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Documentation des signes et symptômes							
1Patients should be assessed for fatigue patterns throughout their normal day to guide activity recommendations. 1a Patients should be assessed for their responses to initiating and escalating activity on their fatigue. 1b Patients should be evaluated for changes in daily functioning and activity levels.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Histoire de santé							
A full patient history with review of preexisting conditions should be conducted	n.d.	Screen for OSAT (STOPBANG)	n.d.	n.d.	Visite 1: Histoire de santé V1 (Visite1) should include: Specific clinical history: The history should record the onset date and specific questions about fatigue (symptoms and accompanying signs, concomitant psychosocial and emotional factors, related drugs, substance abuse, sleep disorders and exposure to toxins), pre-COVID-19 infection diseases possibly associated with chronic fatigue, organ-specific sequelae resulting from severe COVID-19 infection requiring hospital admission that may cause fatigue, and other current symptoms coexisting with fatigue. Fatigue de moins de 4 semaines : Si antécédents: psychosocial /emotional factors, drugs or substance abuse, sleep	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
					<p>disorders, exposure to toxins, cfs, fibromyalgia, central sensitivity syndromes, chronic infectious disease => relapse/exacerbation de comorbidité</p> <p>Fatigue de moins de 4 semaines : Si COVID-19 sévère : interstitial lung disease, heart failure, kidney failure => séquelles</p> <p>nutrition profile</p>		
Histoire médicamenteuse							
A medication review should be conducted to investigate medications that may be contributing to fatigue. Of note, antihistamine, anticholinergic, and antidepressant/anxiolytic medications can contribute to fatigue in patients with PASC.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Habitudes de vie							
2 Clinicians should assess for changes in activities of daily living, independent activities of daily living, school, work, and avocational (ie, hobbies)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Examens							
1c Patients' physical functioning and endurance should be assessed to inform activity and therapy recommendations. (Examples of tests that can be chosen based on an individual's activity tolerance: 30 s sit to stand ⁵⁵ ; 2-min step (seated or standing) ⁵⁶ ; 6 min walk test ⁵⁷ ; 10 m walk test ⁵⁸).	n.d.	n.d.	- Analyse sémiologique soigneuse pour caractériser la fatigue et ses facteurs d'aggravation ou d'amélioration, dont l'effort (type et intensité). – Examen clinique (en général normal)... – L'évaluation de la fatigue à l'aide d'un score peut être utile initialement et	n.d.	vital signs oxygen saturation spirometry	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
			dans le suivi (Score de fatigue : Échelle de Chalder).				
Analyses et investigations							
6 The following basic lab workup should be considered in new patients or those without lab workup in the 3 months before visit including complete blood count with differential, chemistries including renal and hepatic function tests, thyroid stimulating hormone, c-reactive protein or erythrocyte sedimentation rate, and creatinine kinase. Other laboratory tests may be considered based on the results of these tests or if there is specific concern for comorbid conditions as outlined in Table 2.	n.d.	CMP, complete metabolic panel CBC, complete blood count TSH, thyroid-hormone *consider adding ANA, CRP/ESR myalgia, arthralgia	Bilan biologique standard de l'exploration de l'asthénie (en général normal) comprenant NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique, ferritinémie, CRP, TSH, cortisolémie à 8h	n.d.	Visite 1 Tests should include specific laboratory tests (chloride, bicarbonate, calcium, phosphate, muscle enzymes, plasma cortisol levels) and spirometry under safe conditions (according to the recommendations given by The Italian Respiratory Society for lung function testing in the context of COVID-19). Hémogramme C-reactive protein/erythrocyte sedimentation rate/ferritin D-Dimer Na/K Liver profile Renal profile Thyroïde function proteinogram serum cortisol electrocardiogram chest X-ray/lung ultrasound	n.d.	n.d.

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; HAS, 2021b; Herrera *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-15 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Généralités							
As with any treatment plan, clinicians treating patients with PASC-related fatigue are encouraged to discuss the unknowns of PASC treatments, as well as the pros and cons of any therapeutic approach. It may also be helpful to discuss that despite the unknown time course of post-COVID symptoms, it is the experience of established PASC centers that fatigue tends to slowly improve over time.	n.d.	In the absence of evidence addressing specific treatments for COVID-related fatigue, clinicians can apply their normal approach for managing chronic fatigue due to other conditions. In all cases, patients should be provided empathy and reassurance.	L'auto-évaluation par le patient avec l'aide de son médecin est indispensable.	n.d.	n.d.	We found no published research evidence on the efficacy of either pharmacological or non-pharmacological interventions on fatigue after covid-19. Understanding, support, and reassurance from the primary care clinician are a crucial component of management.	Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention.
Objectif de traitement							
4 Treat, in collaboration with appropriate specialists, underlying medical conditions, such as pain, insomnia/sleep disorders (including poor sleep hygiene), and mood issues that may be contributing to fatigue. In particular, returning to work may be of concern to individuals with PASC-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
related fatigue. We recommend patients work with their physicians and employers to create a specific plan for return to vocational activities. (Autre info sur la façon de le faire dans le texte si besoin)							
Critères d'orientation vers un médecin spécialiste							
Voir tableau dans la publication	n.d.	Si suspicion de trouble du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> • Sleep study if indicated. • Sleep medicine 	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Traitements pharmacologiques							
Supplements that have been suggested to alleviate chronic fatigue in other causes of chronic illness (eg, multiple sclerosis, fibromyalgia, and ME/CFS) include branched-chain amino acids, omega 3 fatty acids, vitamin B12, vitamin C, vitamin D, magnesium, L-carnitine, coenzyme Q10, ginseng, echinacea, and many others. ²⁸⁻³⁰ These supplements have been suggested to support the immune system, reduce inflammation, help with healing, and improve fatigue. It is important to note that there was no consensus on the use of these supplements and they should be considered on a caseby-case basis, recognizing the limited scientific evidence. Additionally, there needs to be consideration of the out-of-pocket cost of supplements, the risk of medication interactions, lack of regulation, and possible side effects.	n.d.	In severe cases, stimulants may be considered, but patients should be monitored carefully for adverse reactions, particularly if cardiovascular complications are present.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>There are several medications that are commonly used for fatigue in other populations (eg, individuals with ME/CFS, cancer, multiple sclerosis, brain injury, and Parkinson disease) that some PASC clinics prescribe for PASC-related fatigue. Specifically, amantadine, modafinil, and ethylphenidate have been used by PASC clinics for the treatment of fatigue.</p> <p>Other medications that have been suggested in the treatment of ME/CFS include antivirals/antibiotics/antiparasitics, antidepressants, cytokine inhibitors, galantamine, glucocorticoid steroids, immunoglobulins, and rituximab.³⁹⁻⁴¹ Controlled trials are limited and evidence for these interventions does not exist or is inconclusive. Some of these medications have approval from the Food and Drug Administration for use in other populations with fatigue, but there are currently no clinical trials examining their use in the PASC population. It is important to note that none of these medications were recommended through our consensus process and therefore, should be considered on a case-by-case basis.</p>							

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Choix du traitement pharmacologique							
<p>It is important to note that none of these medications were recommended through our consensus process and therefore, should be considered on a case-by-case basis.</p> <p>There also can be adverse side effects and medication interactions with each of these medications that need to be considered prior to prescribing.</p>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; HAS, 2021b; Herrera *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-16 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-efforts associés aux affections post-COVID-19

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Objectif de traitement							
1 Begin an individualized and structured, titrated return to activity program. An individually titrated, symptom-guided program of return to activity is recommended for patients presenting with fatigue. The goal of a rehabilitation program is to restore patients to previous levels of activity and improve quality of life. Until those goals have been achieved, the rehabilitation program should not focus on high intensity aerobic exercises or heavy weightlifting to build strength and endurance. If the rehabilitation program is advanced too quickly or is too intense, it may worsen symptoms and lead to postexertional malaise (PEM), a diagnostic criterion of ME/CFS. The titrated approach encourages patients to perform activities at a submaximal level to avoid exacerbation of fatigue and PEM. Activity should be adjusted in response to symptoms that develop during or after activity.	n.d.	Graded or paced exercise of low impact and short duration may be recommended. Exercise should be undertaken cautiously and reduced if exacerbations in other symptoms such as breathlessness or myalgia occur. Pacing of exercise: low-impact and short duration Don't push to recondition <ul style="list-style-type: none">– Pacing activity†– Planning out your day†– Break larger tasks into smaller ones†	objectifs : « réadaptation douce, globale et progressive à l'effort musculaire	Encouraging a consistent daily schedule and gradual increase in physical activity throughout the day is most effective.	n.d.	There is much debate and controversy about the role of graded exercise in chronic fatigue generally (see patient responses to a review ⁴⁷) recent Cochrane and in covid-19 in particular (see a recent statement from the National Institute for Health and Care Excellence 48). (NICE) Pending direct evidence from research studies, we suggest that exercise in such patients should be undertaken cautiously and cut back if the patient develops fever, breathlessness, severe fatigue, or muscle aches.	n.d.
Critères d'orientation vers des services de réadaptation							
Voir ci-dessous... selon le niveau de fatigue	A monitored return to exercise can be supported by an exercise physiology, physiotherapy or rehabilitation referral	n.d.	Une prise en charge par un kinésithérapeute peut être envisagée précocelement, en précisant bien les objectifs :	Depending on the response, the reconditioning program may need to be led by a physical therapist or	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
	If fatigue is causing difficulty with activities of daily living (ADLs), recommend energy conservation techniques and home visits by an occupational therapist or rehabilitation service		réadaptation douce, globale et progressive à l'effort musculaire	multidisciplinary team.			
Programme de réadaptation							
The recommended program depends on the severity of PASC-related fatigue: Mild fatigue: We advise patients to continue all household and community activities that have been tolerated with a slow return to higher intensity activities and exercise following the "rule of tens." The "rule of tens" consists of increasing duration, intensity, and frequency of activity/exercise by 10% every 10 days. Using the Rate of Perceived Exertion (RPE) scale, start at RPE 10–11/Light and progressing to 14–15/Hard on resumption of exercise. If patients do not feel comfortable with initiating this program or if gentle resumption of physical activities has previously been tried unsuccessfully, we recommend using the program for moderate fatigue. Moderate fatigue: We recommend continuation of household and limited community activities that have been tolerated. Patients should begin an	n.d.	n.d.	L'apparition d'une exacerbation prolongée de la fatigue/épuisement ou des symptômes inhabituels après une séance y compris de manière différée, conduit à réduire l'intensité du programme de réadaptation à l'effort, mais sans l'arrêter. Des périodes de réduction des activités peuvent être nécessaires à une bonne récupération en cas d'exacerbation de la fatigue. Il convient d'évaluer leur durée pour la limiter au maximum et de reprendre une activité progressivement. De rares patients peuvent nécessiter des périodes de repos complet. Chez ces patients un suivi rapproché médical est proposé pour éviter une désadaptation à l'effort	n.d.	n.d.	<ul style="list-style-type: none"> After recovery from mild illness: 1 week of low level stretching and strengthening before targeted cardiovascular sessions Very mild symptoms: limit activity to slow walking or equivalent. Increase rest periods if symptoms worsen. Avoid high-intensity training Persistent symptoms (such as fatigue, cough, breathlessness, fever): limit activity to 60% maximum heart rate until 2-3 weeks after symptoms resolve Patients who had lymphopenia or required oxygen need respiratory assessment before resuming exercise Patients who had cardiac involvement need cardiac assessment before resuming 	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
<p>activity or aerobic exercise program with exertion at submaximal levels, RPE 9–11/Very Light-Light. The activity or exercise can then be slowly advanced as the patient tolerates as long as it does not cause worsening of symptoms (which may be delayed until the evening and/or days after the activity/exercise session). If symptoms worsen, activity should be returned to the previously tolerated level. <u>Consider referral to a rehabilitation therapist</u> with knowledge of post-COVID care to guide an individually titrated, symptom-guided program.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Severe fatigue or significant PEM: Continue any household activities that have been tolerated without symptom exacerbation. Patients can begin a physical activity program, which should initially consist of upper and lower extremity stretching and light muscle strengthening before any targeted aerobic activity. Once tolerated, patients can begin an activity or aerobic exercise program at submaximal levels, RPE 7–9/Extremely to Very Light. The activity or exercise can then be slowly advanced as the patient tolerates as long as it does not cause worsening of symptoms (which may be delayed until the evening and/or 							

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
days after the activity/exercise session). If symptoms worsen, activity should be returned to the previously tolerated level. <u>Consider referral to a physician with knowledge of post-COVID care (such as a physiatrist) to guide an individualized</u>							
Choix du programme de réadaptation							
voir ci-dessus, selon sévérité de la fatigue	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Directives d'autogestion des signes et symptômes							
Before starting this program, it is crucial for the clinician to educate the patient on recognizing perceived exertion and the use of other metrics such as heart rate or exertion scales (such as the Borg Rating of Perceived Exertion Scale) that can guide the individual toward submaximal exertional activities. We also recommend educating patients on energy conservation strategies to aid in recovery. One framework is the Four“Ps”: Pacing, Prioritizing, Positioning, and Planning (voir le texte pour description si besoin). Encourage a healthy dietary pattern and hydration. At this time there are no scientific data to support the “prescription” of one specific diet for the management of PASC-related fatigue. General nutritional recommendations should	Recommend that patients pace and be selective when prioritising daily activities Recommend caution with return to exercise (reduce if there is any increase in symptoms)	Pacing of exercise: low-impact and short duration Don't push to recondition – Pacing activity – Planning out your day – Break larger tasks into smaller ones Patient education: Chronic fatigue AVS Return to exercise Post-COVID AVS PostCOVIDChronicFatigue.pdf (umich.edu) Post-COVID ReturnToExercise.pdf (umich.edu)	L'auto-évaluation par le patient avec l'aide de son médecin est indispensable. Elle est source de dialogue et permet : – d'identifier les seuils d'activité et d'éventuels facteurs déclenchant la fatigue. Toute rééducation et la reprise de la vie quotidienne se basent sur le respect des seuils de tolérances; – de souligner l'importance du fractionnement des activités pour éviter des exacerbations; – de mettre en place des objectifs de rééducation pour éviter la désadaptation à l'effort. Le réentraînement à l'effort doit être adapté à chaque patient, progressif et prendre en compte l'intensité de la fatigue et la durée des phases de récupération. La notion de progressivité dans l'intensité et la durée des efforts doit être expliquée, les patients désirant revenir au plus vite à leur	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
reflect the individual patient's underlying comprehensive health profile.			état antérieur				

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; HAS, 2021b; Herrera *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-17 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent de la fatigue et des malaises post-effort associés aux affections post-COVID-19

Herrera, 2021	RACGP, 2021	Vance, 2021	HAS, 2021d	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022
Généralités							
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Modalité et fréquence							
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Objectifs							
As treatment is initiated, patients should be followed for their response to treatment and impact of treatment on level of function.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; HAS, 2021b; Herrera *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

3 EXTRАCTIONS POUR LA FICHE MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES

Tableau E-18 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Généralités										
n.d.	<p>It is important for clinicians to recognize that disease severity may not be a predictor of PASC symptoms as many patients presenting to outpatient COVID recovery centers experienced only mild initial SARS-CoV-2 infection.</p> <p>Neurological symptoms are present in more than 80% of hospitalized patients during the acute phase of the infection.</p> <p>The aggregate clinical presentation of PASC has features similar to other postinfectious syndromes, including Epstein-Barr, Lyme, Zika, and clinical conditions such as myalgic encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome, fibromyalgia</p>	n.d.	<p>- des manifestations de novo en rapport avec la Covid-19 avec un décours temporel évocateur : Covid-19 ambulatoire ou hospitalisé, sans corrélation entre la gravité de l'épisode infectieux et l'intensité des symptômes, symptômes prolongés évoluant de manière prolongée voire chronique, rarement isolés.</p>	<p>Preliminary data suggest post-COVID cognitive impairment is most common following a medically complex course (development of ICU delirium, multiorgan involvement, and so on).</p> <p>Neurological symptoms, which have been documented in previous CoV endemics,²³ may include chronic headaches, weakness, paresthesias, and dizziness.</p>	n.d.	n.d.	<p>"Brain fog" (a generic term that refers to unclear or "fuzzy" thinking, inattention, difficulty with concentration or memory) is a frequent neurologic complaint in adults following SARS-CoV-2 infection.</p> <p>School aged-children and adolescents may also complain about neurocognitive changes following SARS-CoV-2 infection as compared with baseline function.</p>	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	syndrome, post intensive care syndrome, and POTS. The many similarities of these conditions including cognitive symptoms, fatigue, head aches, sleep disturbance, and mood disorders may represent a final common pathway for a phenotype of postinfectious immune and neuronal dysregulation. The established literature for these conditions, as well as references for the management of mild acquired brain injury, may be helpful in implementing approaches to treatment and patient education.									
Signes et symptômes										
Fatigue seems to be a characteristic symptom of long-COVID. These include irregular cognitive and amnestic functions, as well as prolonged fatigue, sleep disturbances, and pain.	Common neurological and neuropsychiatric symptoms in individuals with PASC include fatigue, myalgia, headaches, sleep disturbance, anxiety, depression, dizziness, anosmia, dysgeusia, and cognitive symptoms, often fog." called a	n.d.	Les plus fréquents sont les céphalées, les difficultés attentionnelles, les difficultés de concentration, un manque du mot favorisé par la fatigue psychique, des troubles neurovégétatifs, une sensation d'instabilité ou de vertige, les myalgies, les faiblesses	Neurologic symptoms (weakness, paresthesias, impaired mobility, and so forth) Cognitive symptoms Decreased concentration Brain fog Memory loss Patients will describe the headache as	n.d.	n.d.	Cognitive forginess or fatigue These changes can manifest as inattentiveness, seeming to be more forgetful to a parent, slower in reading or processing, requiring more repetition in learning, less endurance and/or requiring more breaks when	Common non-specific neurological symptoms, which seem to co-occur with fatigue and breathlessness, include headaches, dizziness, and cognitive blunting ("brain fog").4	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>"brain fog.</p> <p>Primary cognitive symptoms include deficits in reasoning, problem solving, spatial planning, working memory, difficulty with word retrieval and poor attention.</p> <p>The most frequent neurologic symptoms persisting after the acute onset of the infection were: "brain fog" (81%), headache (68%), numbness/tingling (60%), dysgeusia (59%), anosmia (55%), and myalgias (55%).</p> <p>It is important to distinguish general or exertional fatigue (Fatigue Severity Scale, Modified Fatigue Impact Scale, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Fatigue) from mental or cognitive fatigue. Mental fatigue is defined as a progressive decrease in cognitive resources over time when participating in</p>		<p>musculaires, les sensations de brûlure, la fatigabilité à l'effort, et les troubles du sommeil.</p> <p>Les céphalées sont le plus souvent de type tensif, associées à d'autres symptômes.</p> <p>Les troubles cognitifs ou neuropsychologiques sont souvent décrits par les patients comme un ralentissement psychique, un manque de clarté dans la pensée, une difficulté attentionnelle ou des troubles mnésiques dans le cadre du travail ou de la vie domestique, des difficultés à réaliser des doubles tâches, à trouver ses mots. Ces troubles semblent d'autant plus marqués que les patients étaient actifs et performants avant leur maladie.</p> <p>Les myalgies et la fatigue musculaire sont des plaintes fréquentes.</p>	<p>constant pressure, often waxing and waning.²⁰</p> <p>Paresthesias can have a myriad of presentations including changing locations, focal, or diffuse.²⁰</p>			<p>reading or performing other cognitive tasks, etc.</p> <p>Headache is a common symptom during and following SARS-CoV-2 infection</p>			

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
cognitive tasks requiring sustained attention and executive function, independent of deficits from diminished sleep hygiene (daytime sleepiness) or motivation.			<p>Les douleurs à type de brûlures survenant par bouffées imprévisibles en même temps qu'une sensation de chaleur interne intense sont un phénomène décrit et relativement stéréotypé. Elles peuvent durer plusieurs dizaines de minutes et n'admettent pas de facteur déclenchant ni d'horaire particulier, semblant s'amenuiser avec le temps.</p> <p>Les manifestations neurovégétatives : tachycardie-palpitations, troubles vaso-moteurs, troubles digestifs, sensations de malaise (lipothymies avec hypotension), dyspnée ou impression de dyspnée. Ces manifestations accompagnent les émotions, mais paraissent au patient inadaptées.</p> <p>Les troubles du sommeil peuvent comporter des</p>							

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
			insomnies, une fragmentation du sommeil, l'irruption de cauchemars, une hypersomnie.							
Information supplémentaire sur la présentation clinique										
n.d.	There are no consistent evidence or guideline statements on when to diagnose cognitive symptoms during the SARS-CoV-2 acute course, or after primary symptom resolution in PASC, as SARS-CoV-2 related cognitive symptoms may have delayed onset and may fluctuate or be continually present from the acute infection phase. Because of the varying presentations of PASC and often a constellation of overlapping symptoms, consideration of additional studies and referral options for common manifestations is warranted. It should be noted that cognitive screening measures are not	n.d.	Discriminer parmi les symptômes neurologiques ce qui ressort : – des complications neurologiques liées à la Covid-19 : suites d'AVC, de Guillain-Barré, d'encéphalites/encéphalopathies, de crises épileptiques, anosmie, complications neuromyopathiques de la réanimation, etc. (recours neurologue, MPR); – de manifestations neurologiques dues à une cause autre, sans lien avec la Covid-19, justifiant toujours une attitude diagnostique proactive (recours neurologue); – des manifestations de novo en rapport avec la Covid-19 avec un déroulé temporel évocateur : Covid-19 ambulatoire ou hospitalisé, sans corrélation entre la	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
a substitute for more in-depth cognitive testing, and abnormal scoring on screening measures does not warrant a cognitive disorder on their own. Table 3 describes diagnostic categories and common findings related to PASC cognitive symptoms, including additional testing and referral options.			gravité de l'épisode infectieux et l'intensité des symptômes, symptômes prolongés évoluant de manière prolongée voire chronique, rarement isolés.							
Documentation des signes et symptômes										
n.d.	Troubles cognitifs Assessment Statement 6 : Clinicians should assess impact of cognitive symptoms using standardized patient-reported assessments, to include activities of daily living, instrumental activities of daily living, school, work and avocational (ie, hobbies), and quality of life.	n.d.	Voir figure 1 - HAS Préalable à la prise en charge des symptômes neurologiques en premier recours – Écouter et repérer le mode d'apparition et d'évolution des symptômes ainsi que leurs associations. – Un calendrier des symptômes peut être utile (facteurs déclencheurs et favorisants, traitements et activités qui soulagent, quantifier les prises médicamenteuses).	After a detailed history of the individual's current symptoms, pattern of symptoms, COVID history, and past medical history are obtained, a small and focused workup can be appropriate based on the symptoms. ²⁰	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Maux de tête V1 should include: Specific clinical history: Collect the date of onset and the main features.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Histoire de santé										
n.d.	Assessment Statement 5: Clinicians should conduct a full patient history with review of preexisting conditions and comprehensive medication and supplement review for those that may contribute to cognitive symptoms. 5a: Clinicians should validate patient history through the collection of collateral history, including preexisting function and conditions, from care team/primary care, patient family or care partner, or close contact as available.	n.d.	n.d.	Symptômes neuro After a detailed history of the individual's current symptoms, pattern of symptoms, COVID history, and past medical history are obtained, a small and focused workup can be appropriate based on the symptoms. ²⁰	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Maux de tête Evaluate manifestations leading to the suspicion of an underlying organic disease. A prior diagnosis of headache (reported in 50% of patients with long-term headache) [45] or neurological disease, and current symptoms coexisting with headache, especially neurological symptoms, should be evaluated.
Histoire médicamenteuse										
n.d.	Of note, patients with PASC often present on antihistamine, anticholinergic, and antidepressant/anxiolytic medications that can contribute to cognitive symptoms. Medication polypharmacy considerations in cognitive symptoms	n.d.	n.d.	After a detailed history of the individual's current symptoms, pattern of symptoms, COVID history, and past medical history are obtained, a small and focused workup can be appropriate based on the symptoms. ²⁰	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>The American Geriatrics Society Beers criteria (updated 2019) may be extrapolated to help PASC patients of all ages by assessing the potential detrimental impact of prescribed medication(s) on cognitive function. The Beers criteria identified medications in the following classes that have shown to have depressed CNS effects such as sedation, confusion, and possible cognitive decline:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticholinergics <ol style="list-style-type: none"> a. First-generation antihistamines (e.g., diphenhydramine, hydroxyzine, meclizine) b. Antispasmodics (e.g., scopolamine) c. Central alpha agonists (e.g., clonidine) 2. Central nervous system <ol style="list-style-type: none"> a. Antidepressants (e.g., amitriptyline, nortriptyline, paroxetine) 3. Antipsychotics <ul style="list-style-type: none"> - conventional and atypical (e.g., risperidone, quetiapine, 									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	olanzapine, ziprasidone) 4. Benzodiazepines (e.g., alprazolam, diazepam, lorazepam, temazepam) 5. Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics (e.g., eszopiclone, zaleplon, zolpidem) 6. Skeletal muscle relaxants (e.g., varisoprodol, cyclobenzaprine)									
Habitudes de vie										
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Examens - GÉNÉRAL										
n.d.	Routine neurological physical examination is typically nonfocal for most patients with PASC. The neurologic exam should include assessment of mental status, cranial nerves, motor function, deep tendon reflexes, sensory and coordination function, and evaluation of balance and gait. All individuals with PASC should be screened for mental health disorders such as	n.d.	Préalable à la prise en charge des symptômes neurologiques en premier recours – Examen neurologique standard indispensable, comprenant l'examen de l'appareil moteur (force musculaire, réflexes tendineux, et coordination), de l'appareil sensitif superficiel et profond, du champ visuel au doigt, des nerfs crâniens et du système nerveux autonome (interrogatoire et recherche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Céphalées Specific studies: The examination should include blood pressure, temporal artery inspection and palpation in patients aged >50 years, temporomandibular joint examination, cranial palpation (painful spots, paranasal sinus, examination of sensitive points and triggers) and a complete neurological assessment (level of consciousness and meningogenic signs, gait, dysmetria,

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	anxiety, depression and acute stress disorder or posttraumatic stress disorder to guide appropriate interventions.		d'hypotension orthostatique).							Romberg test, facial asymmetry, funduscopy).
Analyses et investigations - CÉPHALEÉES										
n.d.	Persistent headache (duration >4 hours, daily, upon wakening) ²⁸ or worsening neurological or cognitive deficits, including headache progression, warrant brain imaging. The SNOOP10 mnemonic can be used as a screening tool in patients with headaches to identify the presence of red flags that would warrant investigation for a secondary cause. ²⁹	n.d.	Les céphalées doivent faire l'objet d'une analyse sémiologique pour en assurer le diagnostic syndromique : <ul style="list-style-type: none">• Céphalées secondaires à une pathologie crânienne, ORL ou systémique (apnées du sommeil), neurologique (névralgies et douleurs trigéminovasculaires).• Céphalées primaires comme une céphalée de tension ou une migraine, ou psychogène. À noter la céphalée chronique attribuée à une infection systémique virale (classification IHS - item 9.2.2.2). Une imagerie est nécessaire en cas de suspicion de céphalée secondaire.	Neurologic imaging (MRI brain) for individuals with headache is recommended if there is an escalating pattern or additional red flags of a chronic headache (ie, "worst headache of life," associated neurologic findings) or if a patient has moderate to severe COVID-19, is older than 50, or has comorbidities.	n.d.	n.d.	The history, evaluation, and management are the same as any child presenting with headache evaluating for "red flag" characteristics, associated neurologic findings, and other possible causes of headache.	n.d.	n.d.	Hemogram C-reactive protein/erythrocyte sedimentation rate/ferritin D-dimer Na/K Liver profile Renal profile Thyroid function proteinogram vital signs oxygen saturation electrocardiogram chest X-ray/lung ultrasound funduscopy

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Analyses et investigations – TROUBLES COGNITIFS										
n.d.	<p>Individuals experiencing PASC may present with a broad constellation of cognitive and neurobehavioral symptoms. It is useful for trained clinicians to sort subjective impairments by cognitive domain and consider appropriate formal cognitive assessment tools (see Table 4) and intervention options to form a reasoned treatment plan.</p> <p>It is also important to consider effort testing which can be formally assessed with performance validity measures such as the Test of Memory Malingering, Rey-15, and Advanced Clinical Solutions Word Choice.</p> <p>Assessment Statement 1: Patients should be screened for signs of cognitive symptoms using validated tools and instruments. (See Table 2 for commonly used tools/instruments).</p>	n.d.	<p>Troubles cognitifs</p> <p>Une première évaluation consiste à recenser les plaintes et les observations du patient et à réaliser un MoCA (Montréal Cognitive Assessment), score plus informatif que le <i>MiniMental Status</i> dans ce contexte (exploration des capacités exécutives).</p>	<p>Cognitive symptoms :</p> <p>CBC CMP TSH Vitamin B12 Vitamin D</p> <p>If moderate to severe cognitive impairment is suspected in the context of a more severe, medically complex case of COVID-19: Folate, thiamine, HIV, RPR, and neuropsychological testing</p> <p>MRI brain if:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moderate to severe COVID - >50 years of age - Medical comorbidities/risk factors - Impact on job or iADLs - Focal neurological deficits or symptoms <p>MRI interpretation :</p> <p>It will be important to interpret these often-nonspecific MRI findings in the context of known high rates of cerebrovascular disease, including</p>	n.d.	In patients with cognitive difficulties sufficient to interfere with work or social functioning, consider neurocognitive assessment	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>3. Patients should have a thorough neurological examination to identify focal neurological deficits.</p> <p>3a. For those patients identified with new or worsening focal neurological deficits (including new or worsening cognitive symptoms) an emergent evaluation is warranted; neuroimaging should be considered.</p> <p>4. The following basic lab workup should be considered to screen for reversible factors contributing to cognitive symptoms. The initial lab workup in new patients or those without lab workup in the 3 months prior to visit including complete blood count, vitamin B12, thiamine, folate, homocysteine, 1,25-dihydroxy vitamin D, magnesium, liver function tests, comprehensive</p>			<p>silent disease, in the general public.²² In these cases, it would be difficult if not impossible for the provider to determine if the MRI findings are specific to the COVID diagnosis, and misattribution to the virus may inadvertently discourage the patient from managing ongoing modifiable vascular risk factors with diet, exercise, and appropriate medications or medical devices such as continuous positive airway pressure (CPAP).</p>						

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>metabolic panel thyroid function tests (thyroid stimulating hormone, free T3, free T4). In high-risk patients, one may consider syphilis rapid plasma regain and human immunodeficiency virus testing.</p> <p>Other laboratory tests may be considered based on the results of these tests or if there is specific concern for comorbid conditions as outlined in Table 3.</p> <p>Individuals experiencing PASC may present with a broad constellation of cognitive and neurobehavioral symptoms. It is useful for trained clinicians to sort subjective impairments by cognitive domain and consider appropriate formal cognitive assessment tools (see Table 4) and intervention options to form a reasoned treatment plan.</p> <p>appropriate formal cognitive</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>assessment tools (see Table 4) and intervention options to form a reasoned treatment plan. <i>Autre info sur outils au besoin.</i></p> <p>In patients with PASC, head computed tomography is typically unrevealing, although contrast studies rarely demonstrate leptomeningeal enhancement.</p>									
Analyses et investigations – MYALGIE ET FATIGUE MUSCULAIRE										
n.d.	Thyroid function studies, antinuclear antibody, and creatinine kinase may be appropriate in patients with weakness and myalgias.	n.d.	<p>Les myalgies et la fatigue musculaire : Le diagnostic requiert un entretien précis concernant les circonstances de survenue, les caractéristiques, les symptômes associés, les effets des mesures thérapeutiques déjà testées. Le degré d'incapacité quotidienne, et de déconditionnement à l'effort antérieur ou induit par les myalgies seront précisés.</p> <p>Un dosage des enzymes musculaires peut être utile, vérifier l'absence de</p>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
			médicament potentiellement iatrogène (statines).							
Analyses et investigations – DOULEUR NEURO										
n.d.	n.d.	n.d.	Les douleurs à type de brûlures : Leur topographie et la normalité de l'examen éliminent une douleur neuropathique (échelle DN4négatif). L'absence de symptôme témoignant d'une activation du système nerveux autonome (vasodilatation, rougeur augmentation de la température cutanée) plaide contre une cause neurovégétative. Leur évaluation et prise en charge ne sont pas codifiées et peuvent relever de la prise en charge du syndrome douloureux chronique.	ANA with reflex ENA CRP Sed rate Rheumatoid factor Anti-ccp	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Analyses et investigations – MANIFESTATION NEUROVÉGÉTATIVE – SYSTÈME NERVEUX AUTONOME										
n.d.	n.d.	n.d.	L'examen vérifie l'absence d'anomalie objective du système nerveux autonome comme une hypotension orthostatique à pouls invariant, une gastroparésie, une douleur	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
			névralgique qui ferait rechercher une névralgie du IX, ainsi que de l'absence d'iatrogénie (bêta-bloqueurs, hypotenseurs, anticholinergiques, etc.)							
Analyses et investigations – Troubles du sommeil										
n.d.	n.d.	n.d.	L'analyse et la prise en charge ne diffèrent pas.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Analyses et investigations – AUTRES SYMPTÔMES NEURO... OU GÉNÉRAL										
**Semble plus adressé aux spécialistes In patients complaining of persisting symptoms post-COVID-19, including headache, anosmia, fatigue, or cognitive impairment, : <ul style="list-style-type: none">• MRI or CT only if MRI not available*• electroencephalography (EEG)*• PAS d'EMG• neurocognitive assessment (Memory function, speech, visual construction/retrieval, premorbid IQ, executive	For patients with current cardiac symptoms or patients with cardiac issues during acute infection (e.g., myocarditis, heart failure or demand ischemia), additional assessment may include troponins and brain natriuretic peptide.	n.d.	n.d.	For individuals presenting with other neurologic symptoms such as paresthesias or dizziness, initial workup should include CBC, CMP, TSH, vitamin D, vitamin B12, and hemoglobin A1c (if paresthesias are present). An MRI brain would be indicated if neurologic red flag symptoms (as discussed above) are present or if weakness, paresthesias, or impaired mobility are present. Neurologic symptoms CBC, complete blood count CMP (complete metabolic panel)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Limited evidence does not support use of brain imaging for investigating long COVID complaints, other than for ruling out other causes or for research purposes.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
<p>functions, screening for dementia, alertness/atte ntion, fatigue, quality of life, sleep, anxiety, depression)*</p> <ul style="list-style-type: none"> cerebrospinal fluid (CSF) analysis: Cell count, protein chemistry, in case of pleocytosis (multiplex) PCR for viral and bacterial pathogens antineuronal antibody panel^b neurofilament light chain degenerative biomarkers amyloid-β, total tau, phosphorylate d tau (age >60 years)* Autoimmune blood diagnostics : Antineuronal antibody panel 				<p>TSH (thyroid- hormone) Vitamin B12 Vitamin D Hgb A1c if paresthesias MRI brain if: <ul style="list-style-type: none"> - Moderate- severe COVID - >50 years of age - Medical comorbidities/ risk factors - Impact on job or iADLs - Focal neurological deficits or Symptoms </p>						
Autres conditions à considérer (diagnostics différentiels)										
n.d.	2. Patients should be evaluated for conditions that may exacerbate cognitive	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Causes of post- COVI D-19 headache may be most related to situational factors	n.d.	n.d.	Autres conditions pouvant contribuer aux maux de tête : Abuse of analgesic drugs

^a May include the following: anti-N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor, antiaquaporin 4 (AQP4), anticontactin-associated protein-like 2 (CNTNAP2), antidipeptidyl aminopeptidase-like protein 6 (DPP6), antidopamine receptor D2 (D2R), antiglutamate decarboxylase 65 (GAD65), antigamma aminobutyric acid B (GABA-B) receptor, antia-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor 1 and 2 (AMPA-R1/2), antimetabotropic glutamate receptor 5 (GRM5), antiglycine receptor (GLR), antileucine-rich glioma inactivated (LG11), antimyelin, antimyelinophilin (AMPH), anti-CV2/collapsing response-mediator protein 5 (CV2/CRMP5), anti-Hu, antiparaneoplastic antigen Ma2(Ma2/Ta; PNMA2), anti-Ri, anti-Tr/delta/notch-like epidermal growth factor-related receptor (Tr/DNER), anti-Yo.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>symptoms and warrant further testing and potential subspecialty referral (see Table 3). Particular areas include:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sleep impairment Mood, including anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder Fatigue Endocrine abnormalities Autoimmune disorders <p>Note: Patients often report dissatisfaction with their care because of their persistent symptoms being attributed to psychological factors. It is important to note that mood disorders may be secondary to persistent medical conditions or one of many factors leading to cognitive symptoms.</p> <p>Ongoing metabolic abnormalities can contribute to cognitive symptoms. Preliminary laboratory tests include:</p> <ul style="list-style-type: none"> comprehensive metabolic panel 						<p>such as change in routine, medication overuse, social isolation, changes in sleep hygiene, poor hydration and/or nutrition, lack of aerobic exercise, and other stressors</p>			<p>Sinus pathology / rhinitis</p> <p>Neurological diseases</p> <p>Sleep disorders/sleep apnea</p> <p>Chronic headache</p>

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>including blood urea nitrogen, serum creatinine and liver function, and folate and vitamin B12 levels.</p> <p>Inflammatory mediators may smolder or reactivate in setting of postacute opportunistic infection, warranting reassessment including complete blood count with differential, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, ferritin, procalcitonin, urinalysis, and chest x-ray. Inflammatory coagulopathy can be assessed with D-dimer, fibrinogen, and international normalized ratio.</p> <p>Voir le tableau 3 pour plus d'info.</p> <p>Facteurs contributifs – info ds intro</p> <p>Worsening conditions, particularly cancer, time-dependent diseases, and degenerative conditions were also noted to be a</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>concern as older individuals who may not have received the routine care they needed during the pandemic. In all age groups, mental health conditions and substance use (e.g., alcohol, recreational drug use) have increased during the pandemic and may additionally contribute to cognitive dysfunction.²¹ Preexisting static conditions such as cerebral palsy, stroke, and traumatic brain injury as well as progressive neurologic illnesses such as multiple sclerosis and dementia are important to consider. In female adults, pregnancy and the postpartum period are well documented to cause fatigue and cognitive symptoms and in a subset of patients postpartum depression, which can make the PASC-related diagnosis more challenging. Overlapping fatigue, nonrestorative</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>sleep, dysautonomia, the psychosocial impact of surviving life-threatening illness, and personal losses due to COVID-19, compounded by multifaceted impacts of pandemic-related social isolation, may further exacerbate cognitive deficits. It is also important to consider preexisting conditions and symptoms to avoid clinical attribution errors.</p> <p>For neurologic symptoms and signs (table 3): For selected cases, neuroimaging including head CT, MRI, EEG</p> <p>For endocrine symptoms and signs (table 3): Thyroid stimulating hormone (TSH)/free T4 (thyroxine), cortisol levels, growth hormone, luteinizing hormone (LH), follicle stimulating hormone (FSH), testosterone (men), estradiol (women).</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>As in acquired brain injury, new neuroendocrine dysfunction may be present, assess serum cortisol, growth hormone (IGF-I), testosterone, estradiol, prolactin.</p> <p>For Autoimmune or Infectious symptoms and signs (table 3): Cytokine storming may induce or unmask autoimmune disease so consider ANA, RF, cyclic citrullinated peptide antibody, HLA B-27 antigen, antithyroid peroxidase antibodies, antiphospholipid antibodies</p> <p>Depending on the patient history, one may add HIV and syphilis (RPR) screening. HSV, EBV, Lyme disease, and Whipple's disease are other less common causes. Consider mast cell activation syndrome assessment.</p> <p>For Mood disorders (table 3): Screening assessments for</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	behavioral health conditions assist to disentangle psychiatric conditions from cognition impairments and may include assessments of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) (see section outils de repérage...):									

Sources : Fine *et al.*, 2022; HAS, 2022c; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; Nurek *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-19 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Généralités										
<ul style="list-style-type: none"> Therapeutic efforts are primarily supportive and follow generally accepted algorithms of symptom management To date, no specific treatment options for post-COVID-19 patients are available for the delayed onset neuropsychiatric or neurocognitive complaints <p>There is no SARS-CoV-2-specific treatment for neurological manifestations.</p>	<p>It is important for clinicians to recognize individual patient symptom timelines vary widely and it is possible that initiating treatment earlier will result in earlier resolution of symptoms. The absolute duration of PASC-related cognitive symptoms should not dictate management approach. Alternatively, individual symptom and clinical presentation, preexisting and COVID-19 exacerbated comorbidities, and impacts on function and quality of life should guide an identification and intervention approach (Table 5)</p> <p>As with any treatment plan, clinicians treating patients with PASC are encouraged to discuss the unknowns of PASC treatments and prognosis, as well as the pros and cons of any</p>	n.d.	n.d.	<p>Reassurance is key for patients, especially in the presence of a normal workup and mild symptoms.²³</p>	n.d.	n.d.	n.d.	<p>Until evidence based guidance appears on how to manage or when to refer such symptoms, we recommend supportive management and symptom monitoring in primary care.</p>	<p>There are no clinical studies evaluating any pharmacological treatment for neurological sequelae of long COVID.</p> <p>Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention.</p>	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	therapeutic approach.									
Prise en charge - CÉPHALÉE										
n.d.	Although most headaches are evaluated and managed by primary care providers, consider referral to a specialist if there is uncertainty regarding the diagnosis or management of a patient with headaches.	n.d.	Les céphalées sont le plus souvent de type tensif, associées à d'autres symptômes. Elles peuvent être prises en charge par le médecin de premier recours, souvent par kinésithérapie, rééducation ou par des antalgiques de palier 1, exceptionnellement palier 2 sur une courte période. Le recours à un neurologue est justifié en cas d'échec ou de suspicion de céphalée secondaire.	For many cases of chronic headaches, lifestyle modifications in exercise, diet, and sleep are recommended. Referrals for Further Evaluation : Multidisciplinary post-COVID clinic (PM&R and/or neurology) si Symptoms refractory to initial treatment Traitement ⇒ Gabapentin ⇒ Pregabalin ⇒ Tricyclics ⇒ Duloxetine	n.d.	n.d.	Management of headaches during recovery from infection is similar to postviral or postconcussive headaches. Lifestyle factors are typically addressed first; however, if headache symptoms are severe enough to impede recovery, preventive medication may need to be initiated.	n.d.	n.d.	Si les maux de têtes sont : tension headache migraine headache cluster headache • post-COVID-19 headache -> referral to neurology Si les maux de tête ne sont pas ce qui est décrit en haut => autre cause que post-COVID-19, suivi en première ligne
Prise en charge - TROUBLES COGNITIFS										
n.d.	If the PASC patient reports primary concerns affecting subjective cognition despite normal performance on screening instruments, referral to neurocognitive rehabilitation specialists or neuropsychologists may be appropriate for more formal and specific assessments. When a clinician	• Provide supportive management • If severe enough to cause difficulty with ADLs, consider cognitive testing, occupational therapy support and speech pathology support for cognitive communication impairment	En cas d'anomalie persistante sur l'échelle ou de gravité particulière (par ses conséquences notamment) une évaluation par un neurologue ainsi qu'une exploration neuropsychologique pourront être effectuées. Une IRM cérébrale, un électroencéphalogramme, voire d'autres explorations	The threshold for referral for psychotherapy should be low, given the impact mood and distress can have on functional cognition. If symptoms significant: Atomoxetine Dextroamphetamine Methylphenidate Modafinil Cognitive therapy	n.d.	In patients with cognitive difficulties sufficient to interfere with work or social functioning, consider neurocognitive assessment. Neurocognitive testing is a particularly scarce resource and neurology review and brain MRI may be more	For cognitive complaints that persist and result in functional impairment, a targeted neuropsychological evaluation can identify the basis for these symptoms and guide the development of an appropriate, often multidisciplinary, treatment plan.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>without expertise in cognition diagnoses an individual with cognitive impairment, that individual should be referred to a specialist with expertise in cognition for further evaluation and treatment. These practitioners may vary by community but are typically neuropsychologists, speech and language pathologists, or occupational therapists.</p> <p>1 For patients who screen positive for cognitive symptoms, refer to a specialist (ie, speech-language pathologist, occupational therapist, neuropsychologist) with expertise in formal cognitive assessment and remediation. (See Table 3 for specialist referral options; and Table 4 for examples of Assessment Tools and Intervention Options by Cognitive Domain.)</p> <p>2 Treat, in collaboration with appropriate specialists,</p>		<p>pourront être jugées nécessaires. Le TEP SCAN peut s'avérer nécessaire, après avis spécialisé neurologique ou consultation mémoire, dans le cadre du bilan de diagnostic différentiel.</p>	<p>Orientation : Multidisciplinary post-COVID clinic (neuropsychology)</p> <p>Referral for formal neuropsychological evaluation should be considered for severe or persistent symptoms.</p> <p>Recommendations from this evaluation can help determine appropriateness of cognitive rehabilitation or other treatments, as well as decisions about return to work, school, or other activities of daily living.</p> <p>Treatment with neurostimulants is generally discouraged given the potential for addiction, sleep disruption, and increased anxiety but may be considered depending on level of functional disruption. Ideally, cognitive impairment will have been confirmed by a neuropsychologist before trialing neurostimulants.</p>		<p>helpful early in the illness. The benefits of testing would support the need for rehabilitation from occupational therapy or a neuropsychologist. 4,42</p> <p><i>NICE guidelines on long COVID advise considering neuropsychometric testing after 6 months if no improvement/worsening of cognitive function, as many will resolve.</i></p>				

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>underlying medical conditions, such as pain, insomnia/sleep disorders (including poor sleep hygiene), and mood disorders that may be contributing to cognitive symptoms.</p> <p>3 Complete, in collaboration with patient primary care provider, medication polypharmacy reduction, weaning or deprescribing medications if medically feasible with emphasis on medications that may impact cognition.</p> <p>4 Reinforce sleep hygiene techniques including nonpharmacologic approaches as first line of sleep remediation.</p> <p>5 Similar to patients experiencing "physical" fatigue, patients should be advised to begin an individualized and structured, titrated return to activity program.</p> <p>5a For patients who achieve a return to their normal, daily activities, regular exercise (at least 2–3 times/week of aerobic exercise)</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>may be effective in improving cognition and also contribute to improved sleep patterns.</p> <p>5b Frequent assessment of the impact of return to normal, daily activities (including school, work, driving, operating heavy machinery, etc.) is recommended to ensure that symptoms do not flare and exercise is tolerated.</p> <p>Should conservative interventions produce incomplete effect, then pharmacological interventions may be indicated.</p> <p>Traitements Medications include benzodiazepine receptor agonists, histamine receptor antagonists, melatonin receptor agonists, and dual orexin receptor antagonists. Medications such as benzodiazepines or antihistamines with anticholinergic effects should be prescribed judiciously and usually for short periods of time as they may affect</p>									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	cognition, particularly in older patients. The benefit of prescribing medications to improve sleep should be considered together with this potential risk of cognitive side effects. Sedating medication may be considered by providers if the patient does not have a therapeutic response to first-line medications. These may include medications such as trazodone, mirtazapine, gabapentin, or over-the counter medications whose active ingredients producing sedating effects (eg, diphenhydramine). It is important to note that <u>none of these medications was recommended through our consensus process</u> and therefore, should be considered on a case-by-case basis. Prescribing must be individualized to review potential adverse side effects and medication interactions and discussed with patient before prescribing.									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	Autre info sur polypharmacy chez les personnes âgées notamment.									
Prise en charge – MYALGIE ET FATIGUE MUSCULAIRE										
n.d.	n.d.	n.d.	En l'absence de cause retrouvée, une prise en charge rééducative progressive et non algique peut être mise en place en respectant les capacités / limites des patients et en l'absence de contre-indications.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prise en charge - DOULEURS										
n.d.	n.d.	n.d.	Douleur type brûlure Leur évaluation et prise en charge ne sont pas codifiées et peuvent relever de la prise en charge du syndrome douloureux chronique.	There are medications that may alleviate this neurological pain, including gabapentin, pregabalin, tricyclics, or serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), and/or physical or occupational therapy can be suggested. Lifestyle modifications (exercise, sleep, diet) Gabapentin Pregabalin Tricyclics Duloxetine Referrals for Further Evaluation : Multidisciplinary post-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
				COVID clinic (PM&R) si Symptoms refractory to initial treatment						
PRISE EN CHARGE – MANIFESTATION NEUROVÉGÉTATIVE – SYSTÈME NERVEUX AUTONOME										
n.d.	n.d.	n.d.	La prise en charge est adaptée au patient : modification des habitudes et conseils de prévention, réentraînement à l'effort, psychothérapies cognitivo-comportementales, avec suivi monitoré des progrès dans la récupération d'une vie normale. Voir fiche troubles dysautonomiques.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prise en charge - TROUBLES DU SOMMEIL										
n.d.	Treatment approaches include behavioral (nonpharmacologic) and pharmacological and referral to sleep specialists should be considered. Behavioral sleep hygiene strategies include avoiding caffeine, avoiding screen time, avoiding liquids before bed to prevent interruption of sleep with the need to urinate, engaging in relaxation activities, and maintaining a consistent	n.d.	L'analyse et la prise en charge ne diffèrent pas.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>sleep/wake schedule.³⁶</p> <p>Treating potential sleep apnea and referral for formal monitored sleep study are recommended as effective sleep apnea treatment can enhance cognition,³⁷ including attention, processing speed, memory, and executive functioning.³⁸</p> <p>Cognitive behavioral therapy for insomnia is recommended as a therapeutic, evidence-based form of treatment for chronic insomnia in adults.³⁹</p> <p>Interventions for sleep to improve cognitive symptoms Treatment approaches include behavioral (nonpharmacologic) and pharmacological and referral to sleep specialists should be considered.</p> <p>Treating potential sleep apnea and referral for formal monitored sleep study are recommended</p> <p>Sleep symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behavioral sleep hygiene 									

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> Cognitive behavioral therapy for insomnia is recommended as a therapeutic, evidence-based form of treatment for chronic insomnia in adults Nutritional supplements may have benefit as subjective sleep quality can be improved by the use of amino acids, melatonin, and Vitamin D. There is no indication that magnesium, zinc, resveratrol, or nitrate supplementation are beneficial for restoration of normal sleep. 									
Critères d'orientation vers un médecin spécialiste / autres spécialistes - GÉNÉRAL										
n.d.	When a clinician without expertise in neurological diagnoses is evaluating an individual with neurological impairment, that patient should be referred to brain injury medicine	n.d.	Toute anomalie motrice et sensitive devra motiver le recours à un neurologue pour avis et exploration spécialisée. En cas de dysautonomie : cf. fiche troubles dysautonomiques.	A patient should be referred to a multidisciplinary post-COVID clinic if symptoms have not lessened since initial treatment, or neurology, psychology and/or physical medicine	En cas de plaintes neurologiques persistantes au décours d'une infection à SARS-CoV-2, une consultation spécialisée devra être envisagée.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
	<p>physiatry or neurology for further evaluation.</p> <p>For neurologic symptoms and signs: Neurology, brain injury medicine physiatry</p> <p>For endocrine symptoms and signs: Endocrinology</p> <p>For Autoimmune or Infectious symptoms and signs: Rheumatology, infectious disease</p> <p>For mood disorders: Psychiatry, psychology, Neuropsychology</p> <p>For sleep disorders:</p> <p>Pulmonology – sleep medicine</p>			<p>and rehabilitation (PM&R) if clinic time is not available or applicable.</p>	<p>psychologiques ou somnologiques -> avis psychiatrique ou neurologique, polygraphie/polyso mnographie</p>					
Traitements pharmacologiques - GÉNÉRAL										
• Symptomatic therapy, consider steroids or intravenous immunoglobulin in therapy if immune pathogenesis is confirmed*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Fine *et al.*, 2022; HAS, 2022c; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; Nurek *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-20 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Rétablissement fonctionnel – TROUBLES COGNITIFS (ET FATIGUE)										
n.d.	<p>Patients have reported symptom improvement after following a structured and titrated return to activity.¹⁷</p> <p>The long-term goal is to progress to resumption of exercise, return to work, and avocational interests. Energy conservation is a key management approach for many patients. A rehabilitation team approach for patients with cognitive issues and fatigue can be considered with pacing and energy conservation strategies, such as dividing up a longer task into small increments with judicious breaks.</p> <p>voir aussi autogestion</p> <p>Based on brain injury research, cognitive rehabilitation is an effective treatment for cognitive</p>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021	
	symptoms and should be tailored to the individual patient. Interventions should involve a combination of remediation through direct training, metacognitive strategy instruction, and use of compensatory techniques (eg, memory notebooks, alarms, smartphone apps, calendars). Table 4 offers intervention options sorted by cognitive domain.										
Critères d'orientation vers des services de réadaptation											
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
Gestion des symptômes											
n.d.	For memory and organization issues, application of established techniques used for patients with concussion or traumatic brain injury includes taking notes, using a planner or phone app to record information, and setting electronic reminders. Other tactics include reducing screen time, proper sleep maintenance, managing stress, and increasing physical activity.	n.d.	– Un calendrier des symptômes peut être utile (facteurs déclencheurs et favorisants, traitements et activités qui soulagent, quantifier les prises médicamenteuses).	Céphalées et douleurs Lifestyle modifications (exercice, sleep, diet)	The provider can offer much benefit by giving education on the mind-body connection, setting expectations for improvement while being mindful not to provide guarantees about the final outcome at this early stage in our understanding of	n.d.	n.d.	It is critical to treat any behaviors that may potentially impact cognitive functioning, including but not limited to getting adequate nighttime sleep, maintaining a consistent sleep/wake schedule with daily activities, avoiding alcohol and drugs, and addressing stressors.	n.d.	n.d.	n.d.

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
				the disease, and helping the patient to optimize other factors that may be impacting functional cognition, including mood, pain, and medication effects.						

Tableau E-21 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent des manifestations neurologiques associées aux affections post-COVID-19

Schweitzer, 2021	Fine, 2022	RACGP, 2021	HAS, 2022c	Vance, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	Greenhalgh, 2020	ESCMID, 2022	CAMFiC, 2021
Généralités										
Until this knowledge is available, regular clinical follow-up examinations, and systematic neurophysiological assessments covering various cognitive functions, such as alertness, memory, and fatigue can be performed, and neurocognitive training is suggested (Table 2).	n.d.	n.d.		– Un calendrier des symptômes peut être utile (facteurs déclenchant et favorisants, traitements et activités qui soulagent, quantifier les prises médicamenteuses)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Modalité et fréquence										
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Fine *et al.*, 2022; HAS, 2022c; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Genecand *et al.*, 2021; Nurek *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Greenhalgh *et al.*, 2020.

4 EXTRACTIONS POUR LA FICHE MANIFESTATIONS CARDIORESPIRATOIRES

Tableau E-22 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Signes et symptômes – Douleur thoracique													
Plantes fréquentes associées à la Covid-19 mais d'étiologies et de conséquences variées, souvent non cardiaques	Red flags symptoms Breathlessness Syncope Hypotension Severe hypertension Tachycardia/ Bradycardia Agitation Reduced consciousness	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Inflammation Chondro-costale : (Syndrome de Tietze) : -Synovite aseptique des articulations entre le sternum, les côtes ou leur cartilage. -À évoquer lorsque la palpation des articulations chondro-costales reproduit une douleur aigue, vive et très localisée													
Contractures des muscles inspiratoires accessoires -À évoquer lorsque l'inspiration thoracique forcée,													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>la toux, l'éternuement et leur palpation réveillent les douleurs</p> <p>Contracture du muscle diaphragme -À évoquer lorsque la respiration abdominale forcée couché sur le dos déclenche les douleurs profondes. Test sensibilisé en mettant les bras au-dessus de la tête.</p> <p>Douleurs viscérales non cardiologiques</p> <p>Douleur pleuro- pulmonaires : – Douleur latéro- thoracique, pouvant irradier dans l'épaule ou dans le dos, d'intensité variable, dépendante de la respiration = exacerbée par la respiration ou la toux. – À évoquer à l'examen clinique sur une abolition du murmure vésiculaire et associé à une matité en cas d'épanchement</p>													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>liquidien</p> <p>Douleurs digestives hautes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastrites et œsophagites à l'origine d'un pyrosis sont très fréquentes. Elles sont majorées par un effort physique et calmés par l'alimentation. - A évoquer lorsque la palpation de l'épigastre est douloureuse et reproduit partiellement la gêne ressentie à l'effort. L'absence de régurgitation perceptible par le patient masque son origine digestive. <p>Douleurs digestives basses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colites et troubles fonctionnels intestinaux sont fréquents lorsqu'il reste des diarrhées. - L'angle colique gauche est météorisé et douloureux. 													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
Signes et symptômes – Dyspnée chronique														
n.d.	<u>Red flags symptoms</u> Reduced consciousness Agitation Bad tissue perfusion Difficulty speaking (or coughing) Cyanosis Respiratory work Tachypnea Low O ₂ saturation Auscultatory silence	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
Signes et symptômes – Dysautonomique														
Chez un même patient l'atteinte est rarement complète et seuls certains symptômes sont rapportés. Or, tous ces symptômes pris isolément ne sont pas spécifiques d'une pathologie du système nerveux autonome (SNA) et peuvent se rencontrer dans de multiples affections. C'est la raison pour laquelle des explorations dédiées et une évaluation clinique pluridisciplinaire doivent être conduites pour pouvoir rapporter	n.d.	n.d.	Dysautonomia or the feeling of lightheadedness or palpitations can occur in patients who have recovered from COVID-19.	n.d.	n.d.	« Known examples of conditions associated with long COVID”: Dysautonomia, including postural (orthostatic) tachycardia syndrome (PoTS). Patients with long COVID (of all ages) have been diagnosed with arrhythmias, autonomic dysfunction, myocarditis, pericarditis, and microvascular ischaemia. PoTS (and	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
<p>les plaintes du patient à une atteinte du système nerveux autonome. Leur sévérité et leur durée doivent conduire à une exploration spécifique.</p> <p>Ces troubles dysautonomiques à la suite d'une COVID-19 semblent rares et s'amender spontanément. L'exploration ne doit donc pas être systématique et réservée aux formes sévères.</p> <p>Parmi de nombreux symptômes exprimés par les patients, certains sont évocateurs de dysautonomie (atteinte du système nerveux autonome).</p> <p>Ces symptômes sont très polymorphes, pouvant s'associer :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une sensation de vertiges, lipothymie, voire syncope Des sueurs diurnes ou nocturnes ou au 						<p>other dysautonomic symptoms such as breathlessness, orthostatic intolerance, dizziness, and tremor) is an unfamiliar diagnosis for many clinicians, but seems to affect a significant subgroup of patients with long COVID.</p> <p>In patients with palpitations and/or tachycardia, consider autonomic dysfunction</p> <p>Autonomic dysfunction, especially manifesting as PoTS, occurs commonly post COVID-19.¹²</p> <p>It was noted that autonomic dysfunction should also be suspected in patients with light-headedness, chest pain, and nausea, and the association of autonomic dysfunction</p>								

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
contraire l'absence de sueurs; Des épisodes de tachycardie et/ou de bradycardie ou une incapacité à effectuer un exercice habituel; Des nausées, vomissements, sensation d'estomac qui ne se vide pas complètement et avec retard, difficultés à avaler, diarrhée ou constipation; Des fuites urinaires ou une difficulté à vider sa vessie ou des troubles de l'érection; Des troubles de la régulation thermique (hypothermie, frissons, plus rarement hyperthermie) Une modification de la chaleur et de la coloration cutanée.						with mast cell disorders considered.							
Signes et symptômes – Cardiaques													
n.d.	n.d.	n.d.	palpitations, new arrhythmia, chest pain, edema, and so forth	fatigue and shortness of breath are commonly reported, affecting up to	n.d.	Consider the possibility of a cardiac cause of breathlessness	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Has, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
				98% and 85% of patients respectively, among other multisystem symptoms. Chest pain or palpitations have been reported in 10%-44% of cases and are potentially more common at 4-12 weeks post COVID-19 infection		Exemples connus de conditions associées à la COVID longue sur le plan cardiaque : Cardiac arrhythmias, including inappropriate sinus tachycardia, atrial flutter, atrial fibrillation, and high burden of ventricular ectopics							
Signes et symptômes – Respiratoires													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	The symptoms include chest pain, cough, and exercise-induced dyspnea The time to improvement depends on the premorbid condition and the severity of the illness. Some of these symptoms can last for 3 months or longer	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Common symptoms include shortness of breath at rest; disproportionate shortness of breath with activity; chest discomfort that may manifest as pain, tightness, constriction, and/or pressure; inability to take a full deep breath; new or progressive cough; chest congestion	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Signes et symptômes – Toux chronique													
n.d.	Red flag symptoms Hemoptysis Hoarseness Significant sputum production Systemic symptoms Complicated gastroesophageal reflux disease Choking or vomiting Recurrent pneumonia Pathological chest x-ray	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	The symptoms include chest pain, cough, and exercise-induced dyspnea The time to improvement depends on the premorbid condition and the severity of the illness. Some of these symptoms can last for 3 months or longer	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Common symptoms include shortness of breath at rest; disproportionate shortness of breath with activity; chest discomfort that may manifest as pain, tightness, constriction, and/or pressure; inability to take a full deep breath; new or progressive cough; chest congestion	n.d.
Documentation des signes et symptômes													
Douleur Thoracique L'interrogatoire et l'examen physique permettent d'orienter le diagnostic. La 1 ^{re} consultation est longue. L'écoute du patient fait pleinement partie de la prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique.	n.d.	Douleur Thoracique Clinical assessment of the post-acute covid-19 patient with chest pain should follow similar principles to that for any chest pain: a careful history, taking account of past medical history and risk factors, a physical examination, backed up as	Symptômes dysautonomiques Given the overlap with other clinical manifestations of post-COVID symptoms, it is difficult to accurately report the full impact of dysautonomia. Initial workup using a limited, focused approach should be concentrated on identifying	Symptômes cardiaques The Canadian Cardiovascular Society Rapid Response Team has placed an emphasis on physical examination and noninvasive assessment using local expertise and periodic surveillance, especially among those with preexisting cardiac	Symptômes cardiaques Propose un bilan diagnostique global incluant le système cardiaque. Voir le tableau dans la publication.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
du système nerveux autonome (SNA) et peuvent se rencontrer dans de multiples affections. C'est la raison pour laquelle des explorations dédiées et une évaluation clinique pluridisciplinaire doivent être conduites pour pouvoir rapporter les plaintes du patient à une atteinte du système nerveux autonome. Leur sévérité et leur durée doivent conduire à une exploration spécifique. Une enquête étiologique systématique doit être réalisée devant toute dysautonomie, ce d'autant qu'elle est d'installation subaiguë...		indicated by investigations (Infographic)	any underlying cause	conditions or multisystem disease									
Histoire de santé													
n.d.	Douleur Thoracique V1 (Visite1) should include: Specific clinical history: Collect the date of onset, location, duration, triggers, modification with exercise or	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes respiratoires Clinicians should conduct a full patient history including review of predisposing comorbidities, characterizing course of acute	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
	rest, accompanying symptoms, history of trauma or fall. Dyspnée chronique Specific clinical history: Collect the data of onset and characteristics. It is important to rule out acute onset and to evaluate an association with increased physical demand or dyspnea at rest and, especially, an association with other symptoms, such as chest pain. Organ-specific sequelae of severe COVID-19 infection requiring hospitalization that may cause dyspnea, invasive maneuvers and techniques carried out during the acute episode and which may have been an iatrogenic cause of secondary											COVID-19 (e.g., medications received, oxygen saturation during acute illness, need for intensive care unit admission and mechanical ventilation), use of supplemental oxygen during or after acute illness, activity level since COVID-19, medications, and any new diagnoses or complications acquired following the index illness	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
dyspnea, should be ruled out. Toux chronique V1 (Visite1) should include: Specific clinical history: Collect the date of onset and characteristics (mostly dry, irritating, nonproductive cough; in productive cough the sputum characteristics should be investigated). Possible organ- specific sequelae resulting from severe COVID- 19 infection requiring hospital admission that may cause chronic coughing, and iatrogenic sequelae related to invasive maneuvers (post-intubation orotracheal, post- tracheostomy) should be evaluated. Current symptoms co-													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
	existing with cough, especially new-onset fever and dyspnea, and other alarming symptoms should be evaluated Antécédents médicaux Active smoking Acute/chronic tracheobronchial infections including pertussis Pulmonary diseaseSAHS, Respiratory tumorsForeign bodies in the airway, irritation of external meatus Cardiovascular diseases (cardiac failure, pulmonary embolism, aortic aneurysm)												
Histoire médicamenteuse													
n.d.	Toux chronique Drugs: angiotensin-converting enzyme inhibitors	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Habitudes de vie													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Examens													
Dyspnée chronique Propose un algorithme de décision pour l'évaluation (Voir Annexe B) L'évaluation de la dyspnée au moment de la consultation : – Rechercher une limitation des activités par la dyspnée (ou sa modification), par exemple par l'échelle mMRC (Annexe A) ou par une modification de la dyspnée par rapport à l'état de santé avant infection par une échelle visuelle analogique entre 0 et 10 (cf. guide SPLF suivi). – Évaluer la cinétique de la dyspnée : la dyspnée résiduelle de l'épisode aigu peut être prolongée mais doit lentement s'améliorer; si ce n'est pas le cas, il faut éliminer une maladie thromboembolique ou une surcharge cardiaque avant d'évoquer le diagnostic d'une complication de la Covid-19.	Dyspnée chronique Current symptoms co-existing with dyspnea, especially new-onset fever, should be assessed	Essoufflement An exertional desaturation test should be performed as part of baseline assessment for patients whose resting pulse oximeter reading is 96% or above but whose symptoms suggest exertional desaturation (such as light-headedness or severe breathlessness on exercise). In the absence of contraindications, such patients should be invited to repeat the oximeter reading after 40 steps on a flat surface (if self testing remotely) and then after spending	Toux chronique Evaluate for common causes including GERD, postnasal drip, ACEI, and so forth	n.d.	n.d.	Symptômes dysautonomiques Long COVID-specific examination (for example, the NASA Lean Test for postural tachycardia syndrome [PoTS])... Doctors working in existing clinics indicated that assessments such as 1-minute sit-to-stand tests and 6-minute walk tests do or should form part of the assessment in community or specialist clinics. The exertional test chosen should take account of any pre-COVID-19 limitations and should include heart rate as this may help to assess autonomic function.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes respiratoires Bilan fonctionnel minimal : Un premier bilan peut être réalisé par tout médecin, en particulier chez le patient dyspnéique. Ce bilan est basé sur : <ul style="list-style-type: none">• l'évaluation de la dyspnée:-rechercher une limitation des activités par la dyspnée (ou sa modification), par exemple par l'échelle mMRC,-évaluer la cinétique de la dyspnée : la dyspnée résiduelle peut être prolongée mais doit lentement s'améliorer; si ce n'est pas le cas, il conviendra d'éliminer une maladie thromboembolique avant d'évoquer le diagnostic d'une séquelle post-COVID;-la mesure de la SpO2 au	Symptômes respiratoires - Clinicians should systematically characterize breathing discomfort - Clinicians should assess the trajectory of breathing discomfort over time -In addition to full vital signs and physical exam, assess pulse oximetry	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
<p>La mesure de la SpO2 au repos. Une SpO2 < 96 % chez les patients sans antécédents respiratoires connus doit nécessiter un bilan.</p> <p>Recherche d'une désaturation à l'effort, par exemple par test de lever de chaise de 1 minute :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en terme de nombre de lever de chaise, la norme inférieure est de 11 passages assis/debout et en dessous de 5 levers, le test est considéré comme non utilisable. – S'assurer d'avoir un bon signal pour interpréter. – Attention au vernis sur les ongles, extrémités froides qui sont associées à des valeurs souvent non interprétables. – une saturation inférieure ou égale à 95 % lors de cet effort chez un patient sans antécédent respiratoire connu doit nécessiter un bilan complémentaire. Recherche de signes 		<p>one minute doing sit-to-stand as fast as they can (if supervised on site).33 A fall of 3% in the saturation reading on mild exertion is abnormal and requires investigation</p> <p>In the context of a normal assessment (history, examination, and appropriate investigation s) without red flags, an oxygen saturation of 96% or above and the absence of desaturation on exertional tests is very reassuring</p> <p>The patient should be provided with safety-netting advice (such as contacting their general practice or NHS111) in</p>									<p>repos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - éventuellement, sur la recherche d'une désaturation à l'effort. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'argument pour suggérer l'utilisation d'un test particulier en médecine générale. Le test de lever de chaise de 1 minute pourrait avoir un intérêt dans le contexte d'une pathologie interstitielle post-COVID. 			

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
d'insuffisance cardiaque et recherche d'une anémie Symptômes dysautonomiques Devant ces différents profils, des tests cliniques et divers examens complémentaires permettent l'exploration de la voie sympathique ou parasympathique. Les tests de dépistage les plus simples à réaliser au cabinet sont certains tests de dysautonomie cardiaque, chez un patient au calme depuis 10 minutes : → Pour la voie sympathique : la recherche d'une hypotension orthostatique (chute d'au moins 20 mm Hg de la PAS et d'au moins 10 mm Hg de la PAD à 1 et 3 minutes d'orthostatisme) sans accélération du pouls (en dehors de toute médication bradycardisante); une MAPA peut compléter l'enregistrement.		the event of recurrent low saturation readings. Appropriate adjustments should be made for patients with lung disease and known hypoxia—in whom the range of 88–92% is considered acceptable.											

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>Pour la voie parasympathique à l'aide d'un saturomètre, recherche d'une diminution de l'arythmie respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fréquence cardiaque augmente lors de l'inspiration et diminue lors de l'expiration. • La détermination de cette variabilité se fait idéalement par un enregistrement continu de l'ECG. • Elle peut se faire en cabinet après un repos de 15 minutes. Le patient réalise en décubitus, 6 cycles de respiration profonde (6 inspirations et 6 expirations) en 1 minute. • La différence entre la fréquence cardiaque inspiratoire maximale et la fréquence cardiaque expiratoire minimale doit être > 10. Cette différence est pathologique si elle est < 10. Le test devant être 													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>répété 3 fois, les moyennes des fréquences cardiaques les plus élevées d'un côté, et celles des fréquences cardiaques les plus basses de l'autre, seront utilisées.</p> <p>En cas de normalité de ces tests et si une dysautonomie reste suspectée, d'autres tests sont réalisables en milieu spécialisé (cardiologie, neurologie, neuro physiologie).</p>													
Analyses et investigations													
<p>Douleur pleuro-pulmonaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessite au minimum une radiographie de thorax. – Bilan pneumologique nécessaire (échographie pleurale, ponction pleurale...). <p>Dyspnée chronique Envisager avant référence au spécialiste : -Scanner thoracique sans IV à préciser, en particulier en cas de scanner</p>	<p>Douleur Thoracique Visite 1</p> <p>The following tests should be added: laboratory tests (troponins and creatine phosphokinase (CPK) -MB depending on availability), electrocardiogram, chest ultrasound (shown to be useful in the differential diagnosis of pleuritic pain to distinguish whether its origin is in the</p>	n.d.	<p>Dyspnée chronique</p> <p>CBC, complete blood count BNP, brain natriuretic Peptide Resting pulse ox 1 minute sit to stand test Slow gradual recovery with persistent sx >8 to 12 weeks: CXR, chest radiograph Adult complete PFT Progressive dyspnea</p>	<p>Symptômes cardiaques</p> <p>Propose une investigation par type de symptôme</p> <p>Voir le tableau dans la publication</p>	<p>Symptômes cardiaques</p> <p>Bilan diagnostique suggéré/résultats pour des séquelles cardiaques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratoire : élévation du NT-proBNP ECG avec anomalies variables : rabotage des ondes R, onde Q, trouble de la repolarisation, pattern de surcharge (strain) gauche Radiographie de thorax : cardiomégalie, 	<p>Symptômes dysautonomiques</p> <p>CXR may exclude relevant pathology such as tuberculosis but is less relevant in investigating cardiac, pulmonary vascular, or autonomic causes for breathlessness where computed tomography or ventilation/perfusion (V/Q) scans are more likely to</p>	<p>Symptômes respiratoires</p> <p>Children 6 years or older who have persistent symptoms should receive pulmonary function testing</p>	<p>Symptômes respiratoires</p> <p>Breathlessness Consider chest X-ray at 12 weeks for patients who have had significant respiratory illness</p>	n.d.	n.d.	n.d.	<p>Symptômes respiratoires</p> <p>Décrit les critères de réalisation des examens complémentaires : Tests de fonction pulmonaire, radiographie thoracique, échographie trans thoracique</p>	<p>Dyspnée chronique</p> <p>as well as considering completing PFT with diffusion for patients complaining of persistent dyspnea at 3 months following the acute disease and for patients with known prior lung disease Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against chest</p>

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022		
<p>pathologique au moment du diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 et/ou en cas de dyspnée inexplicable et/ou pour les patients ayant eu une hospitalisation pour infection à SARS-CoV-2 (pas avant M3). -Échographie cardiaque</p> <p>Symptômes dysautonomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Une enquête étiologique systématique doit être réalisée devant toute dysautonomie, ce d'autant qu'elle est d'installation subaiguë, principalement à la recherche d'une cause : toxique (alcool, médicaments), auto-immune, infectieuse, paraneoplasique, neuropathie amyloïde. D'autres causes d'installation chroniques sont classiques (diabète, maladie de Parkinson...). 	<p>chest wall or lung surface), and spirometry (under safe conditions); chest computed tomography (CT) evaluation may be considered</p> <p>Dyspnée chronique</p> <p>Additional laboratory tests should be added (troponins and CPK-MB, natriuretic peptides according to availability). Gasometry is recommended if baseline oxygen saturation is persistently decreased without known prior cause, respiratory functional tests (simple spirometry and diffusing capacity of carbon monoxide [DLCO]), chest radiology, and six-minute walk test (6MWT). CT or angio-CT should be considered</p>		<p>and/or dry/velcro crackles on exam: CXR, chest radiograph Adult complete PFTReferral to Pulmonary Toux chronique Consider chest imaging if not resolving in 6 to 8 weeks after infection or if evidence of secondary bacterial infection</p> <p>Symptômes dysautonomiques</p> <p>-Laboratory evaluation should include a CBC, CMP, and TSH. -and one can consider referral for tilt table testing</p> <p>Symptômes cardiaques</p> <p>High-sensitivity troponin BNP D-Dimer CRP Sed rate</p>		<p>signe de surcharge</p> <ul style="list-style-type: none"> CPET : abaissement de la V'CO₂ max avec limitation d'origine cardiaque ETT : anomalie du ventricule gauche avec dysfonction systolique ou diastolique (Voir annexes D tableau1) <p>Symptômes respiratoires</p> <p>Suggère un bilan complémentaire pour Covid long en fonction des types de séquelles. En cas de séquelles pulmonaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> EFR : syndrome restrictif avec limitation de la capacité de transfert du CO, recherche d'une désaturation à l'effort CPET : abaissement de la V'CO₂ max avec limitation d'origine respiratoire <p>9. In those with respiratory symptoms, consider chest X-ray at an</p>	<p>be indicated.</p> <p>Symptômes cardiaques</p> <p>In patients with palpitations and/or tachycardia, consider autonomic dysfunction</p> <p>In patients with inappropriate tachycardia and/or chest pain, carry out electrocardiogram, troponin, Holter monitoring, and echocardiography Be aware that myocarditis and pericarditis cannot be excluded on echocardiography alone</p> <p>Symptômes respiratoires</p> <p>Recommande Rayon X pulmonaire, spirométrie et mesure SPO₂ au repos et à l'effort</p>								imaging. Chest CT should be considered at 3-6 months in patients with dyspnea or abnormal PFTs, regardless of symptoms, in order to rule out other causes and identify fibrotic change	<p>Symptômes cardiaques</p> <p>Considering TTE is a non-invasive test, it may be offered for patients presenting with persistent symptoms suggestive of peri-myocardial injury (chest pain, palpitations, signs and symptoms of heart failure) Cardiac MRI should only be performed on a case-by-case basis with a specific clinical question in mind (e.g., athletes returning to physical activity).</p>

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Toux chronique Specific studies: Spirometry (under safe conditions) is advised.			EKG Consider: CXR Echo		persistante d'anomalies parenchymate uses • CT-scan : verre dépoli, consolidation, rétilisations	early stage. Be aware that a normal appearance does not exclude respiratory pathology 10. Be aware that simple spirometry may be normal but patients may have diffusion defects indicative of scarring, chronic pulmonary embolisms, or microthrombi. Consider referral to respiratory for full lung function testing. 11. Measure oxygen saturation at rest and after an age- appropriate brief exercise test in people with breathlessness and refer for investigation if hypoxaemic or if any desaturation on exercise.							Symptômes respiratoires Chest X-ray may be considered in long COVID patients with persistent respiratory symptoms at 3 months to rule out other diagnoses and for possible early diagnosis of pulmonary fibrosis.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Autres conditions à considérer (diagnostic différentiel)													
Dyspnée chronique En absence de d'anomalie objectivée : Score de Nimjegen pour rechercher un syndrome d'hyperventilation	n.d.	n.d.	Dyspnée chronique Screen for OSA obstructive sleep apnea (STOP-BANG) The Official STOP-Bang Questionnaire Website (stopbang.ca) CT chest if concerning exam or PFTfindings)	n.d.	n.d.	Symptômes dysautonomiques There is a need to consider a differential for tachycardia and palpitations that, in long COVID, includes pulmonary embolus, cardiac, and respiratory causes. Symptômes cardiaques Recommande de penser à la thromboembolie Be aware that a normal D-dimer may not exclude thromboembolism, especially in a chronic setting, and referral for investigation is therefore indicated if there is a clinical suspicion of pulmonary emboli. Additionally, be mindful that thromboembolism may occur	Symptômes respiratoires For any patient with persistent exercise-induced dyspnea after initial cardiopulmonary evaluation, including evaluation for thromboembolic disease and heart disease, cardiopulmonary exercise testing can be performed to assess for deconditioning or pulmonary/cardiac limitation under stress	Douleur Thoracique Chest Pain: Exclude acute coronary syndrome, myocarditis, pericarditis, pulmonary effusion or pulmonary embolism, and arrhythmia	n.d.	Symptômes respiratoires Chez un patient ayant fait une infection à SARS-CoV-2, avec une dyspnée persistante 12 semaines après le J0 de l'infection, sans étiologie évidente au terme du bilan fonctionnel respiratoire (voir Andrejak, 2020), il est proposé de rechercher : <ul style="list-style-type: none">•une anémie,•une maladie thromboembolique,•une cause cardiaque,•un déconditionnement,•un syndrome d'hyperventilation et,•une pathologie diaphragmatique Puis pour ces mêmes patients, après avoir éliminé une anémie, une maladie thromboembolique, une cause	Symptômes respiratoires ...ne pas méconnaître les autres causes de dyspnée (cardiaques, thromboemboliques, syndrome d'hyperventilation, ...) si le bilan initial proposé n'explique pas les symptômes.	n.d.	n.d.

Has, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
						at any stage during the disease course				cardiaque, un déconditionne- ment, un syndrome d'hyperventila- tion et une pathologie diaphragmatique, il est proposé de réaliser une épreuve d'effort avec réalisation de la VO2max. Chez un patient ayant fait une infection à SARS-CoV-2 et ayant des anomalies tomodensitomé- triques s'aggravant ou ne s'améliorant pas (à type de verre dépoli étendu ou multifocal), ou d'anomalies « nouvelles » (à type de nodules, de condensations, de réticulations, de bronchectasies) au-delà de 12 semaines du J0 de l'infection COVID-19, il est proposé de réaliser : - une endoscopie			

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
										bronchique avec lavage broncho-alvéolaire (LBA) à visée cytologique et microbiologique et - des analyses de sang incluant une recherche d'auto-immunité avec anticorps anti-nucléaires, anticorps anti-antigène soluble de noyau, facteur rhumatoïde, dot-myosites, anti-peptide cyclique citrulliné et anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles, notamment en cas de doute étiologique, avant l'éventuelle introduction d'une corticothérapie ou d'un traitement antifibrosant. Pour les mêmes patients, il est proposé d'évaluer :				

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
										- le retentissement fonctionnel respiratoire avec pléthysmographie, DLCO, gaz du sang artériels et test de marche de 6 minutes. Pour les mêmes patients, et après avoir réalisé les investigations complémentaires recommandées, il est proposé de : - discuter du dossier en réunion multidisciplinaire (la discussion multidisciplinaire comportant des experts en pathologie interstitielle pulmonaire telle qu'elle est recommandée chez un patient ayant une pneumopathie interstitielle diffuse (PID)). Chez un patient ayant fait une infection à SARS-CoV-2 et présentant				

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
										une toux persistante au-delà de 12 semaines du J0 de l'infection, il est proposé d'éliminer les causes classiques de toux chronique (causes ORL, reflux gastrooesophagien, cause iatrogène, etc) et de rechercher une hyperréactivité bronchique par un test à la méthacholine. (Voir algorithme décisionnel pour l'évaluation selon la provenance du patient)				

Sources : Maley *et al.*, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Nurek *et al.*, 2021; Paterson *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-23 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
Généralités														
Symptômes dysautonomiques Les moyens à disposition pour réduire ces symptômes et en particulier l'hypotension orthostatique, sont tout d'abord non pharmacologiques (voir renseignement < à transmettre à la personne)	n.d.	n.d.	Symptômes dysautonomiques Treatment should be tailored to the symptoms and response but should focus on hydration, increasing salt intake, and use of compression stockings. The breathing techniques discussed above as well as meditation may be useful tools to alleviate some of these symptoms. (Voir autogestion pour la technique) Symptômes cardiaques Treat underlying cause as appropriate	n.d.	Symptômes cardiaques Interventions potentielles en cas de séquelles cardiaques -Réhabilitation cardiaque selon la gravité de l'atteinte -Investigations invasives (cathétérisme gauche et droit si nécessaire)	Symptômes dysautonomiques For autonomic dysfunction including postural orthostatic tachycardia syndrome (PoTs), consider first increased fluids, salts, compression hosiery, and specific rehabilitation (lifestyle adaptations (for which specific patient support materials are available). PoTS treatment can start with fluids, compression, and lifestyle adaptations (for which specific patient support materials are available) but may need to escalate to medication if symptoms are not improved.	n.d.	Symptômes respiratoires Breathlessness: <ul style="list-style-type: none">• Optimise management of pre-existing respiratory conditions• Consider home pulse oximetry measurement Consider current recommendations for management of specific symptoms (refer to Box 3). Management should be guided by the patient's specific clinical circumstances and be evidence based.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Toux chronique Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention. Symptômes respiratoires Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
Critères d'orientation vers un médecin spécialiste														
Douleur Thoracique Relevant d'une prise en charge spécialisée cardiaque rapide ou urgente : – péricardite et/ou une myocardite subaiguë/chronique/récidivante : causes non rares, – syndrome coronarien aigu (SCA) embolie pulmonaire (EP) comme toute douleur.	Douleur Thoracique Référer au pneumologue si : -douleur thoracique inexplicable et persistant après 12 semaines	Douleur Thoracique Where the diagnosis is uncertain, or the patient is acutely unwell, urgent cardiology referral may be needed for specialist assessment and investigations (including echocardiography, computed tomography of the chest, or cardiac magnetic resonance imaging).	Dyspnée chronique Progressive dyspnea and/or dry/velcro crackles on exam Symptoms >12 weeks Sit to stand test ≥4% desaturation Concerning findings on CXR or spirometry/DLCO STOP-BANG ≥3	Symptômes cardiaques Consultation with cardiac specialists is warranted for patients with diagnosed COVID-19 illness > 4 weeks ago and: (1) Persistent or new unexplained chest pain. A cardiac etiology is more likely with multiple cardiac risk factors, documented cardiac injury and/or new Q waves or ST-T wave abnormalities on electrocardiogram, during or after initial COVID-19 illness. (2) Shortness of breath. A cardiac etiology is more likely with elevated b-type natriuretic peptide level, left ventricular dysfunction on imaging,	Symptômes cardiaques Bilan diagnostic Dans le cas où il est question d'une possible atteinte cardiaque: Avis cardiologique	Symptômes dysautonomiques In patients with chest pain, consider a referral to cardiology as cardiac magnetic resonance imaging may be indicated in a normal echo to rule out myopericarditis and microvascular angina	Symptômes respiratoires Specialist referral should be undertaken, as required. • Referral to a speech pathologist for management of chronic cough, hoarse voice or dysphagia	Symptômes respiratoires Referral to an accredited practising dietitian if symptoms interfere with nutrition, and speech pathology if dysphagia is present			Symptômes respiratoires Lors du Bilan fonctionnel minimal En-dehors d'une antériorité respiratoire connue, les patients avec une SpO2 < 96 % en air ambiant à distance de l'épisode initial pourront être adressés en consultation à un pneumologue.	Symptômes respiratoires Le patient sera adressé en consultation à un pneumologue en cas de désaturation inexplicable.	Symptômes respiratoires Pour les patients s'étant présenté aux urgences où le diagnostic de COVID a été posé sur la RT-PCR et/ou le scanner et qui ne nécessitait pas d'hospitalisation :	Symptômes respiratoires Consider evaluation by an otolaryngologist for abnormal upper airway breath sounds or voice changes, including stridor, hoarseness, or unexplained episodic breathing discomfort, especially in patients with a history of endotracheal intubation and/or tracheostomy following critical illness related to COVID-19.
Dyspnée chronique Critères de référence vers un spécialiste 1. Les patients avec une SpO2 < 96 % en air ambiant à distance de l'épisode initial, en l'absence de pathologies respiratoires connues, devront être adressés en consultation à un pneumologue. 2. En cas de désaturation inexplicable à l'effort (désaturation à 95 % ou en dessous lors du test de lever de chaise). 3. En cas d'aggravation de la dyspnée (importance de la cinétique de la dyspnée).	Dyspnée chronique Référer au pneumologue si dyspnée persistante après 12 semaines			Symptômes dysautonomiques If symptoms are severe or refractory , consider referral to cardiology or a multidisciplinary COVID team (if available) and possible use of <i>traitements pharmacologiques</i> (voir ci-dessous).	Symptômes cardiaques All patients with cardiac complications	Symptômes respiratoires Be aware that simple spirometry may be normal but patients may have diffusion defects indicative of scarring, chronic								

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>4. En cas de dyspnée et d'antécédent d'hospitalisation pour infection à SARS-CoV-2 que ce soit en unité traditionnelle ou en réanimation, pour réalisation au minimum d'une EFR-TCO et test de marche de 6 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. En cas de bilan minimal effectué par le médecin traitant négatif <p>Symptômes dysautonomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient doit être adressé au spécialiste dès lors que les mesures non pharmacologiques (<i>voir éducation</i>) sont inefficaces, et/ou qu'une HTA est associée à l'hypotension orthostatique. 			(myocarditis, pericarditis, MI, dysrhythmia, etc) should be evaluated by cardiology.	and/or radiographic evidence of pulmonary edema. (3) Frequent palpitations. A cardiac etiology is more likely if associated with presyncope or syncope and/or a significant arrhythmia is detected on Holter or other cardiac monitoring device. For patients with persistent sinus tachycardia, consider a cardiac etiology in the absence of systemic causes (eg, fever, anemia, and hypoxia). (4) Postural light headedness. A cardiovascular etiology is more likely if orthostatic hypotension is documented	pulmonary embolisms, or microthrombi. Consider referral to respiratory for full lung function testing.						en cas de persistance d'une dyspnée à 1 mois, ces patients pourront bénéficier d'un adressage plus rapide au pneumologue.	unexplained and/or unresolved after management in primary care setting	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Traitements pharmacologiques													
Dyspnée chronique	n.d.	n.d.	Toux chronique	n.d.	Symptômes respiratoires	Symptômes dysautonomiques	n.d.	Symptômes respiratoires	Symptômes respiratoires	Symptômes respiratoires	n.d.	Symptômes respiratoires	Toux chronique
1. Pas d'indication d'une corticothérapie inhalée sous forme nébulisée ou inhalée chez des patients présentant des symptômes persistants de toux et/ou de dyspnée en dehors de toute pathologie respiratoire documentée ou d'un diagnostic d'hyperréactivité bronchique.			Treat underlying cause if applicable Consider cough suppressants (dextromethorphan, benzonatate)		En cas de séquelles pulmonaires -Oxygénotherapie -Corticothérapie en cas de pneumopathie inflammatoire -Antifibrotique de cas de fibrose constituée dans le cadre d'essais cliniques ou avis spécialisé	If PoTS and no or inadequate response to non-pharmacologic therapy consider beta-blocker, ivabradine, or fludrocortisone (with blood pressure and response monitoring)		Patients after COVID-19 who present with new obstructive lung disease are recommended to be offered empiric topic inhaled or systemic steroid treatment.	Patients after COVID-19 who present with persistent cough are recommended to have empiric inhaled topic steroids.	Patients after COVID-19 who present with interstitial abnormalities after exclusion of an active infection are recommended to be evaluated to receive an empiric systemic steroid trial.		Pharmacologic therapies, including oral corticosteroids, inhaled bronchodilators, and inhaled corticosteroids, are not routinely recommended for breathing discomfort in the absence of impaired pulmonary function. Treatments may be considered when supported by objective findings (e.g., examination, diagnostics). Consultation with a pulmonologist may be considered to assist this decision.	Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention.
2. En cas de suspicion forte de syndrome d'hyperréactivité bronchique :			Symptômes dysautonomiques	If symptoms are severe or refractory, consider possible use of: - for POTS: midodrine, fludrocortisone - for hyperadrenergic POTS: beta-blockers									
- Il faut se donner les moyens du diagnostic (consultation pneumologie avec EFR, test au bêta2 mimétique et éventuellement test de provocation à la métacholine), ce test doit être fait après un arrêt d'au moins 3 semaines.													
- Au terme de ce bilan, un traitement par corticothérapie inhalée peut être débuté. Il ne devra pas être poursuivi en cas d'inefficacité.													
- Un éventuel bronchodilatateur de													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>courte durée d'action peut être également proposé.</p> <p>– Le traitement doit être réévalué dans les 3 mois avec les résultats du bilan respiratoire et l'évolution des symptômes sous traitement.</p> <p>3. Les indications d'une oxygénothérapie sont identiques à celle de la pratique habituelle (cf. guide GAV O2-SPLF).</p> <p>4. Réhabilitation respiratoire si le patient reste symptomatique après évaluation respiratoire spécialisée, quelles que soient les données spirométriques et tomodensitométriques.</p> <p>5. Chez un patient avec un syndrome d'hyperventilation, une prise en charge chez le kinésithérapeute formé à la rééducation du syndrome d'hyperventilation.</p> <p>6. La prescription de corticoïdes ou d'antifibrosants ne peut s'envisager sans bilan spécialisé en pneumologie et discussion en RCP</p>									<p>COVID-19 who present with signs of pulmonary fibrosis should receive specific antifibrotic drugs.</p>	<p>condensations, de réticulations, avec ou sans bronchectasies par traction), et présentant une dyspnée et/ou une toux et/ou des anomalies fonctionnelles persistantes à moins d'un an du début d'une infection à SARS-CoV-2, il est proposé de prescrire, après discussion multidisciplinaire, une <u>corticothérapie orale</u> en l'absence de contre-indication et après s'être assuré de l'absence de toute infection active.</p> <p>Chez un patient ayant présenté une infection à SARS-CoV-2, si une <u>corticothérapie</u> est décidée dans le cadre d'anomalies tomodensitométriques associées à une dyspnée et/ou une toux</p>		<p>to participate in rehabilitation, and quality of life.</p> <p>Oxygen should be appropriately titrated to an ambulatory saturation range based on established standards, to facilitate progress with rehabilitation and activity.</p>	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
<p>multidisciplinaire (cf. guides de la SPLF de suivi et de prise en charge des séquelles respiratoires).</p> <p>Symptômes dysautonomiques Les stratégies pharmacologiques (midodrine, dompéridone...) peuvent être proposées en milieu spécialisé.</p>										<p>et/ou des anomalies fonctionnelles persistantes, il est proposé de <u>la prescrire à la dose de 0,5 mg/kg/j de prednisone en arrondissant à la dizaine inférieure pendant un mois</u>, puis diminuée par paliers de 10 mg/j tous les mois.</p> <p>Chez un patient ayant des anomalies tomodensitométriques « persistantes » avec des signes évocateurs de 'fibrose' (rétilisations, avec ou sans bronchectasies par traction) et présentant une diminution de la DLCO à plus de 12 semaines et moins d'un an du début d'une infection à SARS-CoV-2, il est proposé de <u>tester l'efficacité d'un médicament anti-fibrosant</u></p>				

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
										(nintédanib ou pirfénidone) après discussion multidisciplinaire. L'inclusion dans un essai thérapeutique sera recherchée en priorité.			
Choix du traitement pharmacologique													
Douleur Thoracique	n.d.	n.d.	n.d.		Symptômes cardiaques voir le tableau dans la publication	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Inflammation Chondro-costale (Syndrome de Tietze): AINS local ou Aspirine à dose anti-inflammatoire													
Contractures des muscles inspiratoires accessoires : -Thérapies manuelles, levées de tension musculaire et rééducation respiratoire, Aspirine à dose anti-inflammatoire ou décontracturants musculaires													
Contracture du muscle diaphragme : -Thérapie manuelle, cohérence cardiaque et rééducation respiratoire.													
Douleurs pleuropulmonaires -Choix dépendant de													

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
<p>l'étiologie de l'épanchement pleural</p> <p>Douleurs digestives hautes : IPP, antiacides, mucilages et modification des habitudes alimentaires</p> <p>Douleurs digestives basses : modifications de régime alimentaire et antispasmodiques</p>													

Sources : Maley *et al.*, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Nurek *et al.*, 2021; Paterson *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-24 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le rétablissement fonctionnel des personnes qui présentent des symptômes cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Généralités													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes cardiaques Recommande un programme de réadaptation multidisciplinaire	Symptômes respiratoires -En cas de séquelles pulmonaires -Réhabilitation pulmonaire hospitalière, ambulatoire ou en autonome -En cas de respiration dysfonctionnelle : -Réassurance -Réhabilita-tion pulmonaire hospitalière, ambulatoire ou autonome -Biofeedback	n.d.	n.d.	Douleur Thoracique Refer for graded increase in low-to-moderate activity to increase mobility, exercise capacity and quality of life; this should be facilitated by a physiotherapist or exercise physiologist, or cardiac rehabilitation program Symptômes respiratoires Breathlessness: <ul style="list-style-type: none">• Recommend respiratory muscle conditioning (pulmonary rehabilitation)• Recommend gradual commencement or return to symptom-limited exercise guided by tertiary-trained exercise professionals	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes respiratoires For patients undergoing rehabilitation therapy, obtain standardized measures of activity performance (see discussion). For patients physically limited by fatigue with post-exertional malaise, neurological impairment, or other impairments, perform alternative measures of activity performance (see discussion and refer to the consensus statement on Fatigue in PASC Patients).	n.d.
Critères d'orientation vers des services de réadaptation													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes respiratoires Patients after COVID-19 who present	Symptômes respiratoires Chez un patient ayant fait une	n.d.	Symptômes respiratoires Refer patients with persistent breathing	n.d.

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
									with persistent respiratory symptoms are recommended to undergo a rehabilitation program.	infection à SARS-CoV-2, il est proposé d'envisager la réhabilitation respiratoire si le patient reste symptomatique après évaluation respiratoire spécialisée, quelles que soient les données spirométriques et tomodensitométriques.		discomfort resulting in activity limitation for individualized rehabilitation therapy (Figure 1): a) If patients have accompanying fatigue with post-exertional malaise and/or dysautonomia, the most physically limiting factor should dictate the pace of activity as these can be worsened by over-activity b) If patients are awaiting PFTs, they can undergo general rehabilitation therapy while waiting if they are not felt to require further cardiac clearance prior to exercise. c) Consider physiological and subjective response to activity to determine the appropriate paced approach, similar to other	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
													aspects of PASC including fatigue and dysautonomia d) Patients with PFT abnormalities meeting criteria for pulmonary rehabilitation, with associated symptoms and functional limitations, should be referred for pulmonary rehabilitation, whenever possible	
Programme de réadaptation														
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Symptômes cardiaques In many patients, a tailored return to exercise can be a useful adjunctive therapy This requires a multidisciplinary team rehabilitation service consisting of nurses, physiotherapists, physiatrists, exercise specialists, neurologists,	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022	
				psychiatrists, respirologists, rehabilitation experts, and cardiologists to coordinate an individualized plan including in-person and electronic supports. Additional considerations should include baseline health, premorbid function, biomechanical assessments, exercise										
Choix du programme de réadaptation														
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gestion des symptômes par la personne														
n.d.	n.d.	Toux chronique -The patient should sit in a supported position and breathe in and out slowly, preferably in through the nose and out through the mouth, while relaxing the chest and shoulders and allowing the	Dyspnée chronique Patient education: Breathlessness AVS PostCOVIDBreathlessness.pdf (umich.edu) Breathing exercises: Belly breathing Belly Breathing - YouTube Pursed-lip breathing Pursed Lip	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
		tummy to rise. They should aim for an inspiration to expiration ratio of 1:2. This technique can be used frequently throughout the day, in 5-10 minutes bursts (or longer if helpful). -Other breathing techniques—such as diaphragmatic breathing, slow deep breathing, pursed lip breathing, yoga techniques, Buteyko—are used in strategies to manage patients' breathing patterns and breathlessness but require specialist advice persists beyond eight weeks. to identify which technique best suits each patient.	Breathing - YouTube Boxed breathing 1:2 ratio, inhale: exhale Box breathing relaxation technique: how to calm feelings of stress or anxiety - YouTube										

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
		<p>Essoufflement</p> <p>Self monitoring of oxygen saturations over three to five days may be useful in the assessment and reassurance of patients with persistent dyspnoea in the post-acute phase, especially those in whom baseline saturations are normal and no other cause for dyspnoea is found on thorough evaluation</p> <p>Patients should be provided with a pulse oximeter and an observations diary and given instructions for how to self monitor</p> <p>Typically, this would be a daily reading taken on a clean, warm finger without nail polish, after resting for 20 minutes; the</p>											

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFIC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
		device should be left to stabilise and the highest reading obtained should be recorded. British Thoracic Society guidelines define the target range for oxygen saturation as 94-98% and a level of 92% or below as requiring supplementary oxygen (unless the patient is in chronic respiratory failure)											

Sources : Maley *et al.*, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Nurek *et al.*, 2021; Paterson *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020.

Tableau E-25 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le suivi des personnes qui présentent des manifestations cardiorespiratoires associées aux affections post-COVID-19

HAS, 2021a, 2021b et 2021c	CAMFiC, 2021	Greenhalgh, 2020	Vance, 2021	Paterson, 2021	Genecand, 2021	Nurek, 2021	AAP, 2021	RACGP, 2021	SSP, 2021	Andrejak, 2021	Andrejak, 2020	Maley, 2022	ESCMID, 2022
Généralités													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Modalité et fréquence													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Objectifs													
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Maley *et al.*, 2022; Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Andrejak *et al.*, 2021; Funke-Chambour *et al.*, 2021; Genecand *et al.*, 2021; HAS, 2021d; HAS, 2021e; HAS, 2021f; Nurek *et al.*, 2021; Paterson *et al.*, 2021; RACGP, 2021; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021; Andrejak *et al.*, 2020; Greenhalgh *et al.*, 2020.

5 EXTRАCTIONS POUR LA FICHE ALTÉRATIONS DE L'ODORAT ET DU GOÛT

Tableau E-26 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant l'appréciation de la condition de santé des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
Généralités					
<p>COVID-19 infection appears to have a different pattern of smell loss than typical PIOD cases, with a more profound loss of smell and taste loss, specifically loss of bitter taste, which has been identified as a discriminating feature.</p> <p>In another study SARS-CoV-2, mainly affected odor thresholds,</p> <p>Extrapolating from this figure, it is therefore possible that nearly 20 million people globally will have experienced smell loss due to COVID-19 by October 2020.</p>	<p>Au stade précoce de la maladie, la perte de l'odorat décrite par les patients est souvent d'apparition brutale, complète et associée à une altération du goût et de la perception des saveurs. Cette perte initiale est initialement secondaire à un œdème de l'épithélium olfactif (connu pour être une cible du SARS-CoV-2) empêchant tout odorant de parvenir aux cellules sensorielles. À la disparition de cet œdème des fentes olfactives, l'odorat se rétablit spontanément dans la majorité des cas.</p> <p>symptômes persistants au-delà de 1 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour une minorité de patients, la perte d'odorat est liée à la persistance d'une inflammation au niveau des fentes olfactives qui pourra être visible à l'IRM et/ou à l'endoscopie nasale. – La majorité des patients n'ont plus d'œdème visible au niveau des fentes olfactives et la persistance de leurs symptômes est liée à une atteinte des cellules sensorielles. La durée du processus de récupération dépendra de la sévérité de l'atteinte neurosensorielle et pourra aller de quelques mois à deux ans en moyenne (par analogie aux infections virales connues). 	<p>Anosmia and Smell Retraining</p> <p>In most cases, anosmia related to COVID-19 infection is described as sudden in onset, with short duration, and with quick recovery back to baseline taste or smell. While research suggests that most individuals find significant improvement in taste or smell within 7 to 10 days, it can last weeks or months.</p>	<p>COVID-19 can result in changes to smell and taste, particularly in adolescents. As many as 1 out of 4 individuals 10 to 19 years of age develop anosmia.</p> <p>Beyond the ability to detect dangerous odors, reduction or loss of the sense of smell (anosmia) or taste (ageusia) can affect the nutritional status, mood, and quality of life in children and adolescents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partial (hyposmia) or complete (anosmia) loss of smell may be temporary or permanent, depending on the cause. Almost all patients with anosmia perceive salty, sweet, acid, and bitter substances normally, but do not discriminate flavors, which also depend heavily on smell. Therefore, patients refer to loss of the sense of taste (dysgeusia/ageusia) and do not enjoy food. 	n.d.
Signes et symptômes les plus fréquents					
<p>Hyposmia/Anosmia</p> <p>Notably, many of these patients report parosmia during recovery.</p>	<p>Certains patients peuvent présenter des symptômes persistants au-delà de 1 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une atteinte de la détection (je ne sens pas) : l'hyposmie. – Une atteinte de l'identification (je ne reconnaiss pas). – Une distorsion de la perception des saveurs et des odeurs : parosmies. Elles sont fréquentes lors de la récupération neurosensorielle et plutôt de bon pronostic. – Des fluctuations de l'odorat, soit au cours d'une même journée ou sur plusieurs semaines, des rechutes de la perte à distance de l'infection aigüe. – Une gêne nasale ou une sensation d'obstruction nasale. 	Anosmia	<p>Symptom report can be challenging in very young children, but reduced oral intake, changes in feeding behaviors, or gagging with/avoidance of previously well-tolerated food could indicate changes in smell or taste resulting from COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anosmia/dysgeusia 	anosmia/dysgeusia (10-22%),
Documentation des signes et symptômes					
<p>History and examination. A thorough history should be undertaken and should focus on the specifics of impairment (qualitative or quantitative, gustatory attributes (specifically distinguishing aroma from</p>	<p>Symptômes olfactifs ou rhinologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyposmie/phantosmie (odeur permanente fantôme)/dysgeusie - Parosmie (odeurs déformées) et troubles de l'identification des odeurs <p>Conduite à tenir si symptômes persistants > 3 semaines</p> <p>Interrogatoire ciblé pour les troubles de l'odorat :</p>	n.d.	n.d.	<p>At 4 Weeks the evaluation should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specific clinical history: Collect the date of onset and characteristics and rule out previous disease (especially ENT and 	<p>After ruling out other conditions, the followings are suggested to evaluate individuals with suspected long COVID. First, the evaluation should include an interview with the patient to identify</p>

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
<p>basic tastes, etc), onset, duration, any fluctuations, effects on the quality of life, medication history, past medical history, allergies, previous episodes of sinusitis, smoking, alcohol consumption (liver cirrhosis), exposure to toxins, prior significant head trauma, and family history</p> <p>[...] any evidence of upper respiratory infection should be noted.</p>	<p>Demandez au patient de s'autoévaluer ou utiliser une échelle d'évaluation visuelle (EVA) de 0 (aucun odorat) à 10 (odorat normal)</p> <p>Demandez-lui s'il perçoit la différence de saveurs entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux fruits • Deux légumes • Deux viandes • Une viande et un poisson • Un café ou thé • Reconnaissez-vous le chocolat <p>S'il reconnaît l'odeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la vanille • du clou de girofle • du vinaigre • du curry 			<p>neurological).</p> <p>From the 4th week after confirmation of the diagnosis of SARS-CoV-2 infection:</p> <p>Personal background: The medical record may be relevant when analyzing long-term symptoms. The family physician has the most comprehensive long-term information on the pre-infection health status.</p> <p>SARS-CoV-2 infection: Diagnostic confirmation of SARS-CoV-2 infection (date and microbiological test), symptoms and approximate onset dates, hospital admission and discharge dates, maximum oxygen requirements, ICU admission and duration, therapies received, and complications during admission should be recorded. The intensity of each symptom may be assessed subjectively on a visual analog scale (VAS: 0–10). The diagnostic algorithms proposed for each individual symptom in paragraph IV will apply.</p> <p>On previous diseases/conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drugs (especially intranasal) • Smoking • Sinus pathology/rhinitis • Neurological diseases (tumors, dementia, Parkinson's) • Consumption of addictive substances intranasally • Previous head and neck radiation • Recent nasal or breast surgery • Nasal and cerebral tumors • Toxins 	<p>symptoms' severity and their impact on quality of life. Physicians should consider whether further assessment is needed for symptoms that are self-limited and without an effective and safe therapy</p> <p>Recommendation: As a first step, it is suggested to collect specific clinical history to rule out previous underlying conditions, as well as iatrogenic causes or complications related to the acute episode. Hence, any patient with persisting or new symptoms that last over 12 weeks after acute COVID-19, should be referred to medical care. For patients 4–12 weeks following acute infection, assessment should be considered on a case-by-case basis, according to the severity and course of symptoms</p>

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
Examens					
Examination. Full head and neck examination should be carried out, and any evidence of upper respiratory infection should be noted. Basic neurologic examination should also be performed. However, we note that many general practitioners are now performing remote consultations, in which case this is not feasible; however, if face-to-face contact is made, then a basic nasal examination (anterior rhinoscopy) should be the minimum assessment.	Une anosmie brutale survenant dans le contexte de la pandémie de Covid-19, suffit à suspecter une infection au SARS-CoV-2 et aucun examen n'est à réaliser dans un premier temps.	n.d.	n.d.	From the 4th week after confirmation of the diagnosis of SARS-CoV-2 infection: Physical examination: A complete physical examination, with measurement of vital signs and baseline oxygen saturation, should be made, paying special attention to assessing the oropharynx and cardiorespiratory system. <ul style="list-style-type: none">• Specific studies: A specific physical examination including a complete otolaryngological examination should be made.	n.d.
Analyses et investigations					
If sudden onset of smell loss has occurred, then clinicians should assume that in the midst of the COVID-19 pandemic, SARS-CoV-2 infection is possible and the necessary precautions should be taken; this includes swab testing and personal protective equipment if face-to-face contact is needed.	Un avis spécialisé ORL et une IRM des voies olfactives seront à réaliser : <ul style="list-style-type: none">– Au-delà de 2 mois : en cas de persistance des symptômes cités ci-dessus (hyposmie, anosmie, sensation de gêne ou d'obstruction nasale, fluctuations de l'odorat).– Dès que possible : en cas d'épistaxis, obstruction nasale unilatérale, céphalées inhabituelles ou en cas d'aucun contexte de contact viral pouvant expliquer la perte d'odorat. L'objectif sera alors de confirmer l'absence d'autres causes pouvant être responsable d'une anosmie (tumeur intranasale, ou intracrânienne). Demande d'IRM <ul style="list-style-type: none">○ Faire pratiquer un examen IRM des voies olfactives intracrâniennes selon le protocole suivant :<ul style="list-style-type: none">– t2* et 3d flair encéphale– 2d Coronal t1 et T2 de 2 mm centrée sur les bulbes et fentes olfactives et 3d T2 FSE sur la même zone.	n.d.	n.d.	From the 4th week after confirmation of the diagnosis of SARS-CoV-2 infection: Laboratory studies: A basic first visit laboratory study should be made, supplemented according to individualized patient criteria Complementary tests: Lung parenchyma evaluation is essential in all patients with COVID-19. Chest X-ray in at least the two conventional projections is the conventional test, and allows for agile general evaluation, and is usually accessible urgently. However, in primary care, chest ultrasound should be used when possible, as it is very useful in evaluating pneumonia and its complications (as shown in hospitals) and in the differential diagnosis. [...] Other complementary tests will be determined by the symptoms presented.	n.d.

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
				<p>Anosmia/Dysgeusia</p> <p>Laboratory tests :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemogram - c-reactive protein/erythrocyte sedimentation rate/ferritin - D-Dimer - Na/K - Liver profile - Renal profile - Thyroid function - Proteinogram <p>Other diagnostic tests :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vital signs - Oxygen saturation - Electrocardiogram - Chest X-ray/lung ultrasound 	
Autres conditions à considérer (diagnostics différentiels)					
<p>In addition, computed tomography and MRI provide information regarding inflammation of nasal and paranasal mucosa in the event of a history suggestive of concomitant inflammatory pathology in cases in which endoscopy was not conclusive. They may also reveal evidence of central pathology contributing to smell dysfunction, such as sequelae of prior head trauma or microvascular disease. Functional MRI can provide dynamic assessment of olfactory-related cortical activity, but its use in individual patients is limited</p> <p>The consensus was that perhaps 3 to 4 days of oral steroids may be used as a diagnostic tool, in that if the patient were to respond to this treatment, then a conductive component might be present and a full course of steroids</p>	<p>Recherche d'éléments orientant vers une autre cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ tumeur : épistaxis, atteinte unilatérale, douleurs. ○ hyperréactivité de la muqueuse (allergie?) ○ Polypose naso sinusienne 	<p>Evaluate for underlying etiology (allergies, postnasal drip, and so forth)</p> <p>Underlying etiologies such as allergies should be considered</p>	n.d.	<p>The second visit (V2) should be made from week 8 (preferably between weeks 9 and 10, depending on availability and resources). The objective is to evaluate the results of the V1 tests, make a differential diagnosis with other post-COVID-19 situations, and apply the corresponding diagnostic algorithms to identify potential causes that reasonably explain the symptoms.</p> <p>The third visit (V3) should be made from week 12 (between week 13 and week 14, depending on availability and resources) to evaluate the evolution of long-term symptoms and re-evaluate possible causes using the corresponding diagnostic algorithms.</p> <p>6.1. Differential Diagnosis The diagnostic approach to long COVID-19 should start by ruling out processes un-related to SARS-CoV-2 infection. The</p>	n.d.

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
<p>either for 1 week or in a reducing regimen might prove to be useful; however, the risks and benefits of this need to be discussed with the patient. A prescription of prednisolone should be written for a dose of 0.5 mg/kg; therefore, a typical adult would receive 40 mg per day for 1 to 2 weeks, followed by a course reduced by 5 mg per day over 1 week until it has been stopped. If complete recovery occurs after 1 week of oral steroids, this should lead the clinician to reconsider the diagnosis of PIOD</p> <p>Contrindications</p> <p>Any red flag Neurological impairment Unilateral nasal congestion Persistent headache Weight loss Consider neurological/ENT urgent referral</p>				<p>standard primary care assessment should include the diagnosis of other, matching pathologies unrelated to the viral infection. In addition, primary care review of the medical record may identify pre-existing pathologies or symptoms which could be exacerbated after infection, always including the appropriate complementary tests to rule out other etiologies. Other processes directly related to SARS-CoV-2 infection should be investigated as a potential origin of the long-term symptoms.</p> <p>if the symptoms persist and no etiology reasonably explains the persisting symptoms and complementary tests at V3 are unaltered, the diagnosis of post-COVID-19 syndrome is confirmed, and a diagnostic approach to some post-COVID-19 syndromic presentations should be made:</p> <p>Drugs (especially intranasal) Smoking Sinus pathology/rhinitis Neurological diseases (tumors, dementia, Parkinson's) Consumption of addictive substances intranasally Previous head and neck radiation Recent nasal or breast surgery Nasal and cerebral tumors Toxins</p>	

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; HAS, 2021c; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021.

Tableau E-27 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant la prise en charge des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
Généralités					
Although there is limited evidence for the treatment options available, some treatment options have shown promise and may be useful in selected patients. Clinical implications: Patients with COVID-19 and other infection-related olfactory dysfunction should be guided through olfactory rehabilitation and be signposted to specialists for other treatments in refractory cases.	n.d.	Smell retraining can be effective over time	[...] anosmia and ageusia in children typically resolves in several weeks.	n.d.	Recommendation: Evidence is insufficient to provide a recommendation for or against any intervention.
Traitements non pharmacologiques					
Intervention: Olfactory training (OT) Grade of recommendation: B Effect: Positive Intervention: Traditionnal Chinese acupuncture Grade of recommendation: C Effect: No effect Treatment options. Although there is limited evidence for the treatment options available, some treatment options have shown promise and may be useful in selected patients. A. OT at home. Recent research suggests that early OT aids olfactory recovery in patients with PIOD. The classical method of OT may also be useful; it involves the steps described in Box 1. The classical OT method involves the use 4 odorants for 12 weeks, following a rigorous schedule as described in Box 1. The advice is not that patients "sniff odors as often as possible." The odors for this training include rose, eucalyptus, clove, and lemon. 1. Place each item into a separate bowl or jar, or take just the raw material into	Si EVA >5/10 et une majorité de oui <ul style="list-style-type: none"> Rassurez le patient et confiez-lui si non fait la fiche de rééducation olfactive + lavages de nez au serum physiologique + conseils de prévention et fiche d'explication ci-jointe. Ce traitement peut être mis en place dès J15 après le début des symptômes Si : <ul style="list-style-type: none"> EVA <5/10 et/ou Majorité de « non » Absence d'amélioration à 2 mois Aggravation Demande : <ul style="list-style-type: none"> IRM des voies olfactives Consultation ORL En attendant débuter : <ul style="list-style-type: none"> lavages de nez au serum physiologique si non fait Traitement des allergies si présentes Si perte d'odorat associée : <ul style="list-style-type: none"> indication à la réalisation de tests d'olfactométrie fiche de rééducation olfactive et Conseils de prévention pour le patient En cas de persistance d'une perte de l'odorat à 15 jours du début des	Patient education : Anosmia and smell training AVS These tools can be found on this resource page (https://docs.google.com/document/d/154kOFvVK-9ICVs7emgd5sjoeoQR0xIJ38dIEMAA/edit?usp=sharing). [Dans l'outil du lien] Smell training kits typically include essential oils with lemon, rose, clove, and eucalyptus scents. While these are the standard scents included in smell training kits, you can also choose your own oils based on your personal preference. Directions for Smell Training: 1. Open the jar or bottle and hold it close to your nose 2. Take some gentle sniffs for 20 seconds 3. During this time, concentrate on what you are doing. Keep your mind on lemon for instance, or one of the other smell training smells. Try to block out any intrusive thoughts. Be as attentive as you can and try to recall what your experience of lemon was. 4. Close the bottle after 20 seconds and take a few breaths.	Persistent anosmia warrants nutrition optimization, olfactory testing, and potentially olfactory training	n.d.	Due to its simplicity and safety, olfactory training should probably be suggested for all patients. [...] and other interventions should be suggested only in clinical trials Smoking cessation should be recommended

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
<p>your hands.</p> <p>2. Slowly and gently, inhale naturally; sniffing too quickly and deeply is likely to result in you not being able to detect anything.</p> <p>3. Repeat this sniffing for 20 to 30 seconds.</p> <p>4. Move on to the next smell and repeat as already stated.</p> <p>5. Record your experience, noting any changes (ie, what you notice) in your Smell Ability Diary Log (available at https://www.fifthsense.org.uk/smell-training/).</p>	<p>symptômes, des lavages de nez au sérum physiologique pourront être proposés au patient, associés à une rééducation olfactive.</p> <p>Mettre en route le plus rapidement possible la rééducation olfactive est primordial car cela reste pour le moment le seul traitement ayant prouvé son efficacité lors de prise en charge d'anosmie post virale</p> <p>En cas de troubles de l'odorat fluctuants ou de rhinite et/ou nez sec, mettre en route des lavages de nez au sérum physiologique</p> <p>Lavages de nez au sérum physiologique</p> <p>SERUM PHYSIOLOGIQUE 250 cc :</p> <p>1 flacon par jour / possibilité de le faire soi-même</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une Seringue de 20CC ou RESPIMER. – Préparer chaque jour dans 250 ml de sérum physiologique une dose de Pulmicort. Conserver le flacon dans un endroit sec à l'abri de la lumière. – faire chaque jour un lavage des fosses nasales tête penchée en bas et en avant (utiliser les 250 ml par jour) soit 125 ml le matin et 125 ml le soir (60 ml matin et soir dans chaque narine). <p>Protocole de rééducation olfactive</p> <p>Préparation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Procurez-vous dans votre supermarché et votre pharmacie les produits suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Vanille (gousses ou poudre) – Café - Clou de girofle - Huile essentielle de citron – Vinaigre de vin - Huile essentielle de lavande - Curry - Huile essentielle de rose - Cannelle – Prenez soin de placer toutes les épices dans des contenants hermétiques (pot muni d'un couvercle) afin d'en conserver tout le potentiel olfactif. 	<p>5. Take a break for a few minutes and repeat the process with the same scent several times before moving on to the next.</p> <p>6. Do this twice daily for 4-6 months</p>			

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
	<p>– Les huiles essentielles quant à elles seront également placées dans un pot hermétique et diluées dans de l'eau (20 gouttes d'huile essentielle pour 50 ml d'eau).</p> <p>– Chaque pot devra être étiqueté avec le nom du produit qu'il contient.</p> <p>Entraînement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fréquence : 2 fois par jour (matin et soir). – Conditions : Placez-vous dans une pièce calme (permettant une concentration maximale) et évitez toute source de distraction olfactive (parfum, bougie d'ambiance, odeurs de cuisine, etc.) et gustative (à distance des repas). <p>Protocole (à réaliser pour chaque produit) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lire attentivement la désignation du produit que vous allez sentir afin de solliciter votre mémoire olfactive. – Déboucher le produit et le sentir pendant 15 secondes en le plaçant à deux centimètres environ du nez et en réalisant un mouvement de va-et-vient de droite à gauche afin de stimuler les deux narines. – Reboucher le produit et attendre 15 secondes avant de passer au produit suivant. – Suivi : Chaque semaine (tous les dimanches par exemple), notez les odeurs que vous avez perçues (Ai-je senti quelque chose ou non ?) et les odeurs que vous avez reconnues (Suis-je capable de dire de quel produit il s'agit ?). 				
Traitements pharmacologiques					
Although evidence for using steroids in post-COVID-2019 PIOD is lacking and there is the confounding problem of steroid administration in severe disease, awareness that the treatment is safe and potentially valuable for COVID-2019 may tilt things in favor of an empirical trial for COVID-2019 PIOD	n.d.	Nasal steroids sprays if appropriate If allergic rhinitis or association congestion is present, nasal steroids may be useful for some patients and carry minimal risk.	n.d.	n.d.	n.d.

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
<p>Intervention: Steroid Grade of recommendation: B Effect: Positive</p> <p>Intervention: Theophylline Grade of recommendation: B (not specific for patient with PIOD) Effect: Positive</p> <p>Intervention: Sodium citrate Grade of recommendation: B Effect: Positive</p> <p>Intervention: N-methyl D-aspartate antagonist (caroverine) Grade of recommendation: C (hyposmic patients improved) Effect: Positive</p> <p>Intervention: α-lipoic acid Grade of recommendation: C Effect: Positive</p> <p>Intervention: Vitamin A or B Grade of recommendation: C Effect: Mixed</p> <p>Intervention: Monocycline Grade of recommendation: C Effect: No effect</p> <p>Intervention: Zinc sulphate Grade of recommendation: C Effect: No effect</p> <p>With the exception of vitamin A, the other treatment options, including theophylline, zinc sulfate, sodium citrate, caroverine, and ALA, were all less likely to be recommended by the expert panel</p> <p>There was some discordance regarding oral steroids, with similar numbers of</p>					

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
<p>experts likely and unlikely to recommend it.</p> <p>The consensus was that perhaps 3 to 4 days of oral steroids may be used as a diagnostic tool, in that if the patient were to respond to this treatment, then a conductive component might be present and a full course of steroids either for 1 week or in a reducing regimen might prove to be useful; however, the risks and benefits of this need to be discussed with the patient. A prescription of prednisolone should be written for a dose of 0.5 mg/kg; therefore, a typical adult would receive 40 mg per day for 1 to 2 weeks, followed by a course reduced by 5 mg per day over 1 week until it has been stopped. If complete recovery occurs after 1 week of oral steroids, this should lead the clinician to reconsider the diagnosis of PIOD.</p> <p>The group's opinion with regard to recommendation of a nasal steroid was similar to that in the case of oral steroids. But the fact that the side effect profile of nasal steroids is better than that of systemic steroids means that this would perhaps be a safer option to recommend.</p>					
<p>Choix du traitement pharmacologique</p> <p>Patients with a brief history of anosmia as potentially positive in SARS-CoV2 should not take oral steroids until the full clinical presentation of the infection can be recognized. In any case, the decision to initiate steroid therapy should be based on a multidimensional risk-benefit assessment and a detailed discussion with the patient regarding respiratory failure that includes consideration of existing comorbidities, imaging findings, and the implications of taking a short course of steroids.</p> <p>The group's opinion with regard to recommendation of a nasal steroid was similar to that in the case of oral</p>	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
steroids. But the fact that the side effect profile of nasal steroids is better than that of systemic steroids means that this would perhaps be a safer option to recommend.					
Critères d'orientation vers un médecin spécialiste					
Referral to an ENT specialist. Most general practitioners will defer to the advice of a specialist (in this case an ear, nose, and throat [ENT] specialist) rather than prescribe oral steroids, so we recognize that this may be the next step if smell training has not helped.	<p>Appréciation de la condition de santé Un avis spécialisé ORL et une IRM des voies olfactives seront à réaliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Au-delà de 2 mois : en cas de persistance des symptômes cités ci-dessus (hyposmie, anosmie, sensation de gêne ou d'obstruction nasale, fluctuations de l'odorat). – Dès que possible : en cas d'épistaxis, obstruction nasale unilatérale, céphalées inhabituelles ou en cas d'aucun contexte de contact viral pouvant expliquer la perte d'odorat. <p>L'objectif sera alors de confirmer l'absence d'autres causes pouvant être responsable d'une anosmie (tumeur intrans nasale, ou intracrânienne).</p> <p>Prise en charge</p> <p>En soins primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas de troubles de l'odorat fluctuants ou de rhinite et/ou nez sec : adresser en consultation chez le spécialiste ORL. - En cas de persistance >2 mois, adresser le patient à L'ORL. <p>En milieu spécialisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan d'olfactométrie et endoscopie nasale à organiser en cas de persistance des symptômes plus de deux mois ou signes cliniques pouvant orienter vers une autre cause (voir paragraphe ci-dessus). 	If >6 months : ENT	Persistent anosmia warrants further evaluation.	at 12 weeks: If Unexplained post-COVID-19 anosmia/dysgeusia Referral to ENT Long-term anosmia/dysgeusia: In these patients, referral to otolaryngology for follow-up and treatment using specific olfactory training therapies is recommended:	n.d.

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; HAS, 2021c; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021.

Tableau E-28 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques concernant le soutien à la récupération des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19

Addison, 2021	HAS, 2021e	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
Généralités					
Olfactory dysfunction may therefore lead to significant morbidity in the form of nutritional disturbance, social anxiety, or depression.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Renseignements à transmettre					
Counseling on the hazards of smell disturbances. Such counseling should be undertaken at any opportunity, including when providing advice on labeling food and having gas detectors in the home environment. Further help and support can be found through online forums, such as that of the charity Fifth Sense http://www.fifthsense.org.uk/ Hence, an individualized discussion about the prognosis and likelihood of spontaneous recovery should be undertaken with all patients. Especially in the case of COVID-19 infection, spontaneous recovery seems to be faster and with higher incidence, and this information would be valuable to be explained in those patients. Similarly, the possible deterioration of patients' sense of smell without any treatment should also be explained so that they can make an informed decision.	expliquer le principe de la rééducation olfactive au patient afin qu'il y adhère pleinement est nécessaire (rééducation et principe décrite dans l'annexe ci-jointe). – Si besoin regarder le tutoriel à l'adresse suivante : • https://www.youtube.com/watch?v=hKLZLLUSA8o : Lavage de nez simple • https://www.youtube.com/watch?v=8yVQYbbq-Ks : Lavage de nez et fabrication du sérum physiologique	Patient education Many patients will fully recover from their illness, albeit in a prolonged fashion. Clinicians should convey this to patients as encouragement	n.d.	n.d.	Physicians should discuss the likelihood for spontaneous recovery with patients

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; HAS, 2021c; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021.

Tableau E-29 Synthèse de l'information et des recommandations cliniques sur le suivi des personnes qui présentent des altérations de l'odorat et du goût associées aux affections post-COVID-19

Addison, 2021	HAS, 2021	Vance, 2021	AAP, 2021	CAMFiC, 2021	ESCMID, 2022
Généralités					
improvement is defined as an improvement in psychophysical olfactory test results. In the Sniffin' Sticks test, for example, this would be a change of 5.5 points or more in the threshold, discrimination, identification (TDI) score.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
The prognosis of PIOD is variable; it has been suggested that up to one-third of patients presenting at specialized, tertiary smell and taste clinics undergo spontaneous recovery over a period of 12 to 18 months. The presence of parosmia has recently been demonstrated to be associated with a more favorable prognosis for recovery.					
Modalité et fréquence					
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Sources : Yelin *et al.*, 2022; AAP, 2021; Addison *et al.*, 2021; HAS, 2021c; Siso-Almirall *et al.*, 2021; Vance *et al.*, 2021.

Tableau E-30 Synthèse des données concernant le pronostic des altérations de l'odorat et du goût

Auteur, Année, Pays, (période à l'étude)	Type d'étude (nb étab.)	Caractéristiques des participants à l'inclusion (âge, sexe [F/H])	Nombre total de participants (n)	Mode d'évaluation	Paramètres de résultats (Temps de mesure)	Résultats	
						Trouble de l'odorat et du goût	Effet (IC à 95 %) Valeur de p
Ferrelli, 2022, Italie Recrutement mars 2020 Suivi 18 mois	Étude descriptive (1 site)	Personne avec une infection démontrée par PCR au SARS-CoV-2 et qui éprouve des troubles olfactifs Âge moyen : 47 ± 14,2 ans Sexe : 59F/40H	n = 99	Entrevue téléphonique Auto-évaluation 5=bon 4=moyen 3=légèrement diminué 2=modérément diminué 1=fortement diminué 0=totalement absent	Taux de résolution des troubles de l'odorat : Après 1 mois 3 mois 6 mois 9 mois 12 mois 18 mois Taux de persistance des symptômes : 18 mois Score moyen de l'odorat : Avant la pandémie Pendant l'infection Après 1 mois 3 mois 6 mois 9 mois 12 mois 18 mois Facteurs associés à la rémission : Âge BMI Sexe masculin Fumeur Troubles olfactifs à la présentation Troubles olfactifs sévères à la présentation Troubles gustatifs à la présentation Troubles gustatifs sévères à la présentation Obstruction nasale à la présentation Obstruction nasale sévère à la présentation Durée de positivité au SARS-CoV-2 Amélioration de l'odorat dans les 7 premiers jours Amélioration du goût dans les 7 premiers jours	53,5 % 80,8 % 80,8 % 80,8 % 84,9 % 86,9 % 13,1 % 4,9 ± 0,3 0,4 ± 0,8 3,6 ± 1,8 4,4 ± 1,3 4,3 ± 1,3 4,5 ± 1,0 4,5 ± 1,1 4,6 ± 0,9 Risque relatif instantané 0,99 (0,97 à 1,00) p = 0,126 1,02 (0,96 à 1,08) p = 0,483 1,40 (0,90 à 2,16) p = 0,136 1,18 (0,52 à 2,18) p = 0,692 0,77 (0,59 à 0,99) p = 0,046 0,54 (0,31 à 0,96) p = 0,034 0,88 (0,74 à 1,05) p = 0,303 0,77 (0,48 à 1,26) p = 0,376 0,93 (0,83 à 1,05) p = 0,246 0,80 (0,43 à 1,41) p = 0,409 1,00 (0,98 à 1,01) p = 0,565 4,77 (2,96 à 7,68) p < 0,001 3,32 (2,09 à 5,29) p < 0,001	

Auteur, Année, Pays, (période à l'étude)	Type d'étude (nb étab.)	Caractéristiques des participants à l'inclusion (âge, sexe [F/H])	Nombre total de participants (n)	Mode d'évaluation	Paramètres de résultats (Temps de mesure)	Résultats	
						Trouble de l'odorat et du goût	Effet (IC à 95 %) Valeur de p
Boscolo-Rizzo, 2022 Italie (mars 2020 à mars 2021)	Étude descriptive (1 site)	Personne avec des symptômes légers à modérés de COVID-19 démontré par PCR Âge médian (EI) : 48 (38-56) ans Sexe : 166F/102H	n = 268	Entrevue téléphonique Sino-nasal outcome test 22 (SNOT-22) pour la sévérité des symptômes 0=aucun 1=très légers 2=légers ou faibles 3=modérés 4=sévères 5=aussi pire que possible	Taux de résolution des symptômes (IC à 95 %) : Après 1 an Résolution complète Amélioration Symptômes inchangés ou pire Facteurs associés à la persistance : Femme (Ref Homme) Âge 40-54 ans (Ref <40) ≥ 55 ans Déjà fumé (Ref jamais) Déjà consommé alcool (Ref jamais) BMI ≥30 kg/m ² (Ref <30) Nez bouché (Ref non) Comorbidité (Ref aucune) Troubles odorat et goût (Ref odorat ou goût) SNOT-22 = 4-5 (Ref 1-3) Durée de positivité SARS-CoV-2 ≥ 22 jours (Ref <22 jours)	69,5 % (62,4 à 76,0 %) 21,9 % (16,2 à 28,5 %) 8,6 % (5,0 à 13,5 %)	Rapport de cote 1,83 (0,90 à 3,72) 0,49 (0,22 à 1,11) 0,59 (0,25 à 1,38) 1,77 (0,89 à 3,51) 0,67 (0,32 à 1,42) 0,55 (0,22 à 1,40) 2,14 (0,98 à 4,67) 0,84 (0,40 à 1,74) 2,58 (0,91 à 7,37) 3,32 (1,32 à 8,36) 2,18 (1,12 à 4,27)
Renaud, 2021, Suisse (avril 2020 à mars 2021)	Étude descriptive (1 site)	Personne atteinte de COVID-19 démontrée par PCR avec une perte aigüe de l'odorat pour plus de 7 jours. Âge moyen : 38,8 ± 11,5 ans Sexe : 67F/30H	n = 97	Évaluation subjective : aucun détail Évaluation objective et subjective : 51 Évaluation subjective seulement : 46	Groupe objective + subjective Taux de résolution des symptômes (subjectif) : Après 4 mois Totale Partielle Aucune Taux de résolution des symptômes (objectif) : Après 4 mois 8 mois 12 mois Groupe subjective seulement Taux de résolution des symptômes : Après 4 mois Totale Partielle Aucune Après 12 mois Totale Partielle	45,1 % 52,9 % 2,0 % 84,3 % 96,1 % 96,1 % 7/17 (41,2 %) 6/17 (35,3 %) 4/17 (23,5 %) 32/46 (69,6 %) 14/46 (30,4 %)	

Auteur, Année, Pays, (période à l'étude)	Type d'étude (nb étab.)	Caractéristiques des participants à l'inclusion (âge, sexe [F/H])	Nombre total de participants (n)	Mode d'évaluation	Paramètres de résultats (Temps de mesure)	Résultats	
						Trouble de l'odorat et du goût	Effet (IC à 95 %) Valeur de p
Fortunato, 2022, Italie (mars 2020 à juin 2021)	Étude descriptive (1 région)	Personne avec un test PCR positif pour SARS-CoV-2 avec de peu de symptômes ou des symptômes légers Âge moyen : 43,4 ± 14,7 ans Sexe : 117F/84H	n = 178	Questionnaire par téléphone au moment du diagnostic et environ 12 mois plus tard. SNOT-22	Taux de persistance des symptômes (IC à 95 %) : (Après 12 mois) Perte d'odorat persistante Perte de goût persistante Perte d'odorat et de goût persistante Taux de résolution complète des troubles de l'odorat : 30 jours 60 jours 90 jours Taux de résolution complète des troubles du goût : 30 jours 60 jours 90 jours	29,8 % (23,2 à 37,1 %) 25,8 % (19,6 à 32,9 %) 21,3 % (15,6 à 28,1 %) 17,4 % (12,2 à 23,8 %) 59 % 67,4 % 71,9 % 61,3 % 69,7 % 74,7 %	
Nguyen, 2021, France (mars 2020 à novembre 2020)	Étude descriptive (1 site)	Personne avec de l'anosmie ou de l'agueusie pendant la phase aigüe de COVID-19 confirmée par PCR Âge médian (EI) : 36 (27-48) ans Sexe : 69F/56H	n = 125	Questionnaire par téléphone	Taux de résolution des symptômes : (après 6 semaines) Odorat Goût Taux de persistance des symptômes : (après 7 mois) Aucune rémission odorat Aucune rémission du goût Résolution partielle odorat Résolution partielle goût Facteurs associés à la persistance : Âge Sexe féminin Temps entre début des symptômes et admission Hypertension Diabète Maladie respiratoire chronique Maladie cardiaque chronique Cancer Obésité Score NEWS-2 à l'entrée Ct≤16	68,1 % 73,0 % 24,0 % 7/125 (5,6 %) 3/125 (2,4 %) 21/125 (16,8 %) 10/125 (8 %)	p = 0,34 p = 0,02 p = 0,87 p = 0,76 p = 1,0 p = 1,0 p = 0,14 p = 1,0 p = 0,29 p = 0,40 p = 0,59

Auteur, Année, Pays, (période à l'étude)	Type d'étude (nb étab.)	Caractéristiques des participants à l'inclusion (âge, sexe [F/H])	Nombre total de participants (n)	Mode d'évaluation	Paramètres de résultats (Temps de mesure)	Résultats	
						Trouble de l'odorat et du goût	Effet (IC à 95 %) Valeur de p
Capelli, 2021, Italie recrutement février et mars 2020 suivi après 8 mois	Étude descriptive	Personne avec symptômes suggestifs de la COVID-19 avec anosmie Âge moyen : 44 ans Sexe : 35F/20H	n = 55	Entrevue téléphonique pour savoir si les symptômes sont résolus ou non	Taux de résolution de l'anosmie : (Après 8 mois) Rémission complète Rémission partielle Facteurs associés à la rémission : Femme Âge <50	91 % 53 % 38 %	$\chi^2 = 0,031$ $\chi^2 = 5,219$
Biadsee, 2021, Israël (mars à décembre 2020)	Étude descriptive (1 site)	Personne atteinte de COVID-19 démontrée par PCR. Âge moyen : 37,5 ans Sexe : 54F/43H	n = 97 Personnes atteintes de troubles du goût : 65 Personnes atteintes de troubles olfactifs : 65	Sondage en ligne pour savoir si l'odorat et le goût sont normaux avec un score de 0 à 10.	 Taux de rémission du goût : Complète Partielle Taux de rémission de l'odorat : Complète Partielle Facteurs associés à la rémission des troubles du goût : Trouble du goût comme symptôme de départ Sexe Facteurs associés à la rémission des troubles de l'odorat : Trouble de l'odorat comme symptôme de départ Sexe	61,5 % 38,5 % 52 % 48 %	 Rapport de cote 0,804 p = 0,87 0,677p = 0,902 Rapport de cote 1,15 p = 0,043 1,88 p = 0,45

Sources : Boscolo-Rizzo *et al.*, 2022; Ferreli *et al.*, 2022; Fortunato *et al.*, 2022; Nguyen *et al.*, 2022; Biadsee *et al.*, 2021; Capelli et Gatti, 2021; Renaud *et al.*, 2021.

ANNEXE F

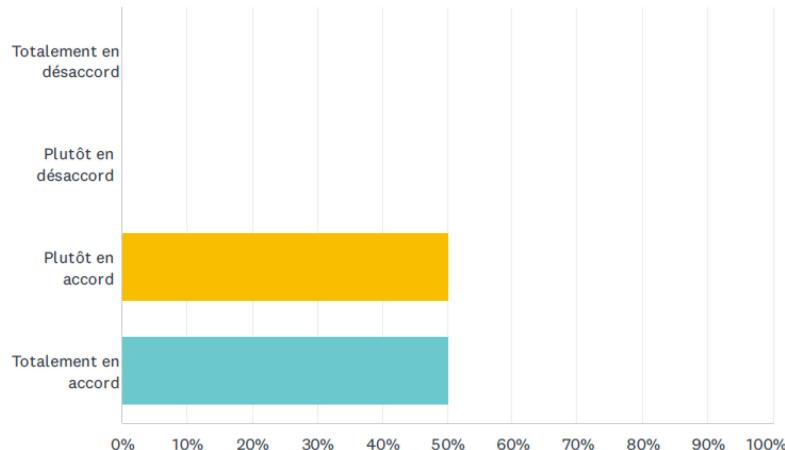
Résultat du sondage auprès des futurs utilisateurs

6 OUTIL GÉNÉRAL AFFECTIONS POST-COVID-19

6.1 Pertinence à la pratique

Le contenu de l'outil d'aide à la prise en charge *Affections post-COVID-19* est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



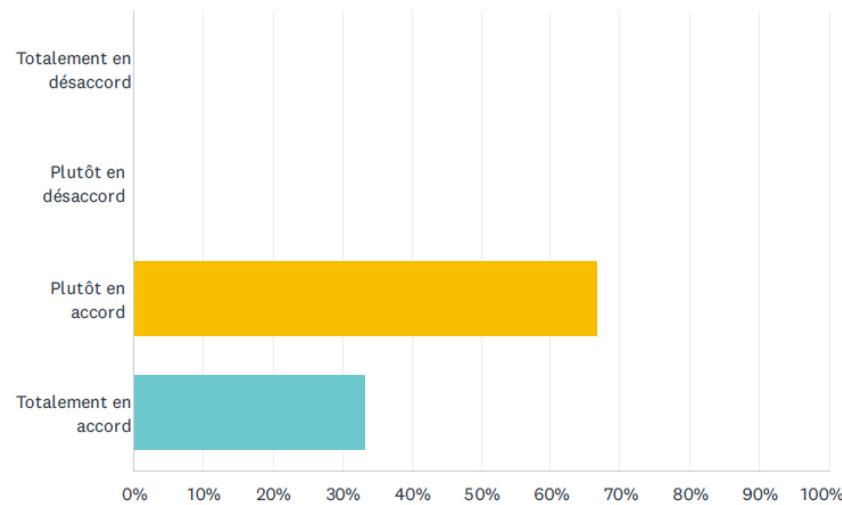
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	0.00%
Plutôt en accord	50.00%
Totalement en accord	50.00%
TOTAL	6

Commentaires associés à cette question : Aucun.

6.2 Clarté des informations

L'outil d'aide à la prise en charge *Affections post-COVID-19* présente les informations de façon claire et facile à comprendre.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

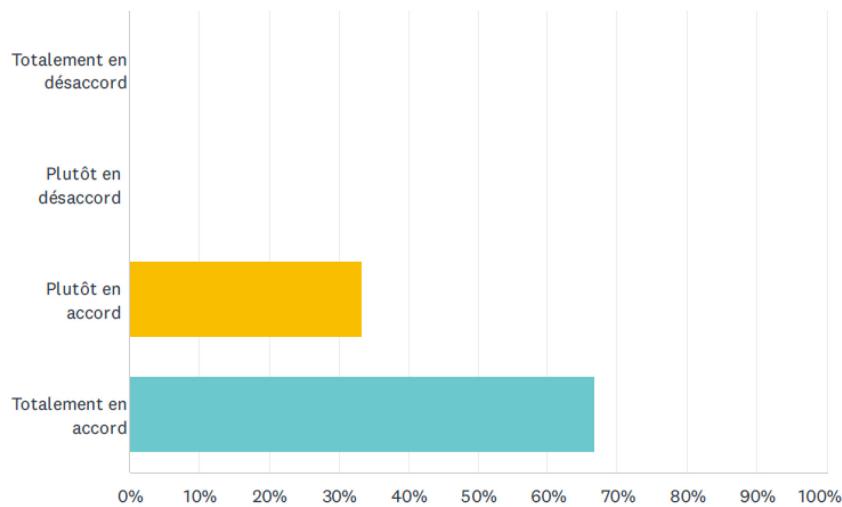


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p>Pourrait être plus synthétisée car certaines informations se répètent Ex: durée, manifestations, ...</p>	<p>Il semble difficile de synthétiser davantage sans perdre d'information importante. Certaines sections comme le tableau de tableau des manifestations cliniques et celui des conditions à envisager semblent répétitives, mais portent des messages différents.</p>
<p>Dans la première page, on mentionne que les affections post Covid correspondent à des manifestations cliniques au-delà de 12 semaines après l'infection. Cependant, dans le paragraphe suivant, on dit « La caractérisation des manifestations cliniques et le soutien à leur gestion peuvent être envisagées à partir de 4 semaines post infection ». Je crois comprendre qu'on peut commencer à penser à l'évolution vers une affection post-COVID dès 4 semaines sans pouvoir émettre le diagnostic mais cela mériterait d'être clarifié selon moi.</p>	<p>L'objectif de la surveillance à partir de quatre semaines est de favoriser la récupération et non de poser le diagnostic. Une précision a été apportée à cet égard dans l'outil.</p>
<p>Je crois que le terme « Microcaillots » devrait être remplacé par « micro-thromboses ». Le terme « thrombose » est plus utilisé en clinique que le terme « caillot » qui est plus utilisé par les patients, donc me semble plus approprié pour un document de référence pour les cliniciens.</p>	<p>Les études repérées explorent la présence de microcaillots dans le sang des personnes atteintes d'une affection post-COVID-19. Dans ces études, les microcaillots ne sont pas associés à la présence ou non d'une thrombose. Le changement proposé n'a donc pas été effectué.</p>
<p>La section « histoire de santé » devrait être renommée « Anamnèse » ou « Histoire de la maladie actuelle » selon moi. Le terme « histoire de santé » n'est pas utilisé dans les dossiers pour représenter le recueil d'informations précédant l'examen, les analyses /investigations menant au diagnostic. Les termes « anamnèse » ou « histoire de la maladie actuelle » sont plutôt utilisés et seraient donc plus "parlants" pour les cliniciens consultants le document (i.e. rejoindrait plus la terminologie utilisée habituellement dans les dossiers).</p>	<p>Le terme « histoire de santé » est dicté par les gabarits de l'INESSS. Le changement suggéré n'a donc pas été effectué.</p>

6.3 Prise en charge

L'outil contient des informations nécessaires pour aider le clinicien dans la marche à suivre pour la prise en charge des affections post-COVID-19.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

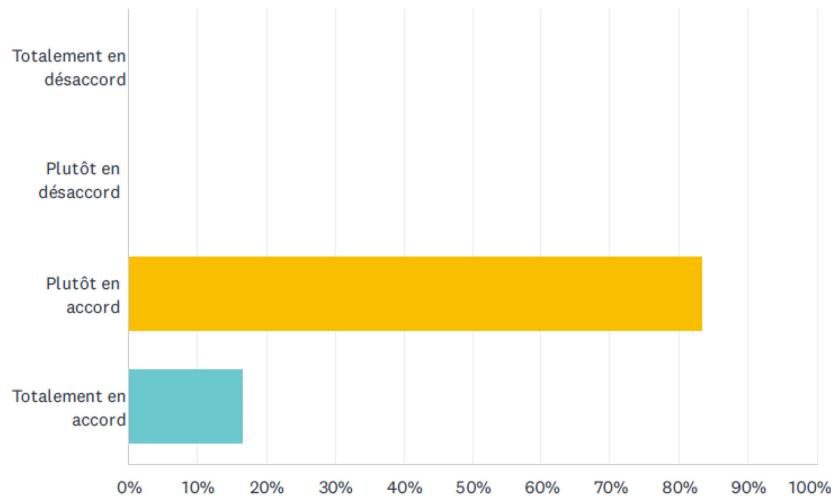


Commentaires associés à cette question : Aucun.

6.4 Applicabilité

L'application des recommandations de cet outil dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	0.00%
Plutôt en accord	83.33%
Totalement en accord	16.67%
TOTAL	6

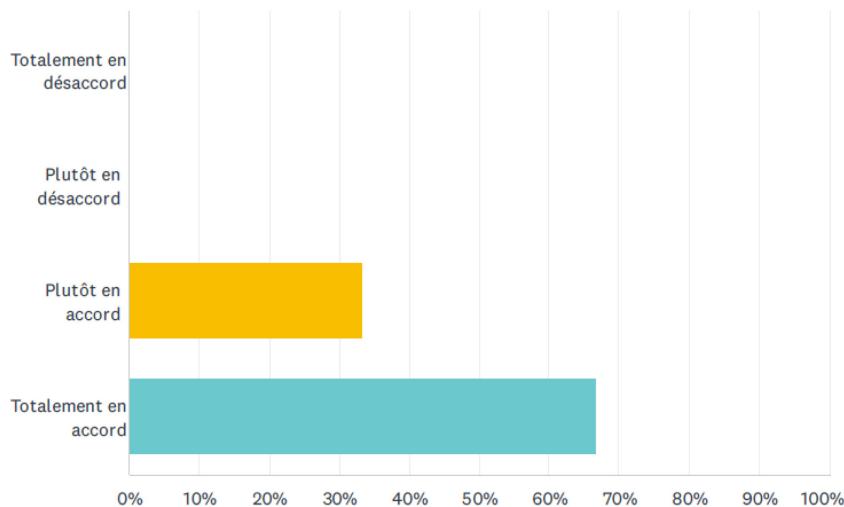
Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>L'accès aux cliniques post-COVID est encore difficile, donc, plutôt difficiles surtout pour certaines régions.</i>	Aucune action requise.

7 FICHE FATIGUE ET MALAISES POST-EFFORT

7.1 Pertinence à la pratique

Le contenu de la fiche d'aide à la prise en charge *Affections post-COVID-19* est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

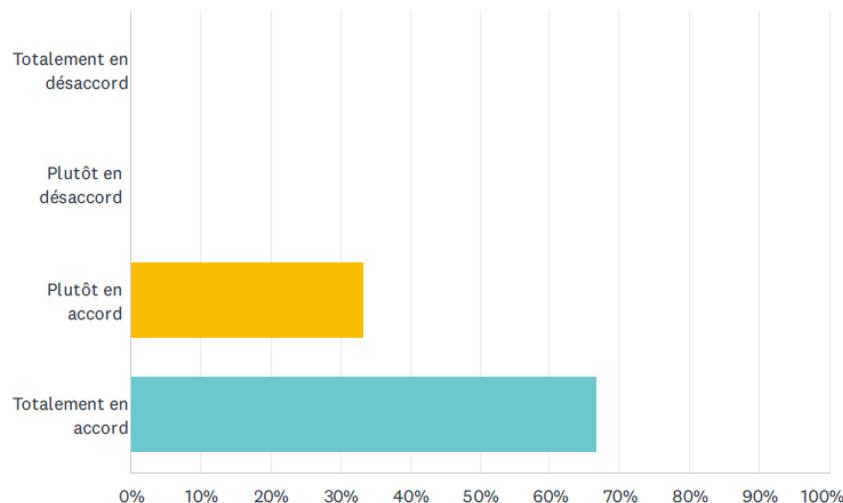


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p><i>Le contenu de l'affiche est très pertinent mais plus ou moins adapté à la durée limitée des rendez-vous de cliniciens de première ligne. Équipe multi avec connaissance en affections post Covid-19 nécessaire selon moi (physio, psychologue, etc).</i></p>	Aucune action requise.

7.2 Clarté des informations

La fiche d'aide à la prise en charge *Fatigue et malaises post-effort* présente les informations de façon claire et facile à comprendre.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



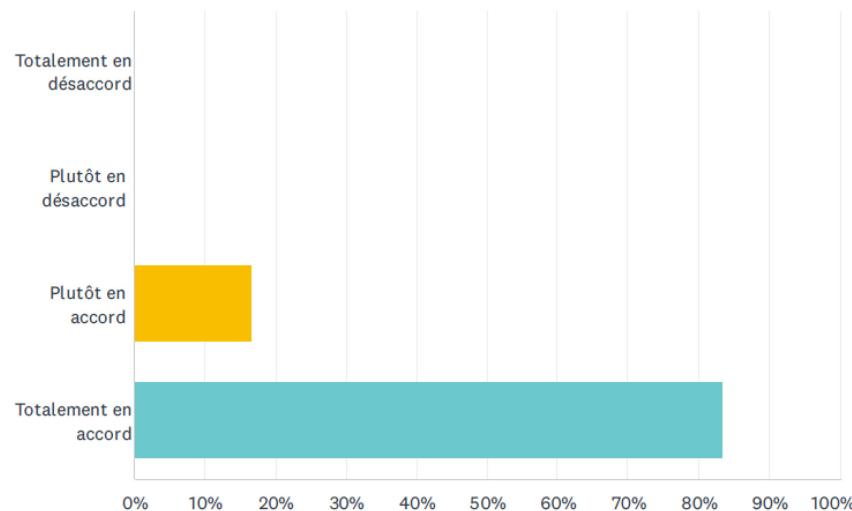
Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Pour ce qui est de la « fatigue associée au déconditionnement »-dans la case de la « présentation clinique » on parle d'une.... capacité réduite à effectuer une activité physique à la fréquence, l'intensité et la durée normalement habituelle en fonction de l'âge, de la taille, du genre et de la masse musculaire. Il me semble qu'on devrait ajouter « capacité cardiovasculaire » après « masse musculaire » dans les énumérations. Il me semble évident qu'une personne ayant une meilleure capacité cardiovasculaire ressentira moins de fatigue associée au déconditionnement qu'une personne ayant une moins bonne capacité cardiovasculaire de base.</i>	La capacité cardiovasculaire a été ajoutée.
<i>Dans la première page, on cite « la dépression et la fatigue qui peuvent y être associées sont généralement</i>	L'ajustement proposé a été apporté.

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p>une conséquence des affections post Covid-19 ou du contexte pandémique et peuvent complexifier le tableau clinique ». Or, la fatigue d'une dépression peut aussi provenir d'autres choses que d'une conséquence des affections post Covid-19 ou du contexte pandémique. Je crois qu'il serait bon de remplacer « sont généralement une conséquence des... » par «peuvent être » ou un autre terme qui ne laisse pas sous-entendre que seules les affections post Covid ou le contexte endémique sont responsables des dépressions et de la fatigue secondaire même dans un contexte d'affections post Covid-19.</p>	
<p>À la page 3 dans le tableau de « manifestations qui peuvent apparaître ou être exacerbées lors des malaises post-effort » dans la section neurologique, le point "hypersensibilité sensorielle" mériterait d'être clarifié. Est-ce qu'on fait référence à une photophobie/phonophobie ? Ou autres ? À clarifier-Dans le même tableau dans la section «cardiorespiratoire », on liste « intolérance orthostatique ». Plus bas sous le tableau, on explique ce qu'est l'intolérance orthostatique. Je crois que de mettre un exposant « intolérance orthostatique » faciliterait la consultation du document puisque cette manifestation n'est pas très connue des cliniciens.</p>	<p>L'hypersensibilité sensorielle a été clarifiée dans une note de bas de tableau. De plus, un renvoi a été fait dans le tableau vers l'encadré gris pour l'intolérance orthostatique.</p>
<p>Je trouve que l'utilisation du phrasé "niveau d'autonomie à les réaliser " est +/- clair. Il me semble qu'il serait plus clair de remplacer l'expression par "niveau d'autonomie requis pour les réaliser ".</p>	<p>Le texte a été revu.</p>
<p>À la page 4, dans le tableau « facteurs ou conditions préexistants ou non qui peuvent causer, contribuer ou exacerber la fatigue ou le malaise post-effort » dans les exemples, on retrouve « consommation de drogues ou de substances ». Le terme « substance » est plutôt général. Je crois qu'il devrait être précisé ex: «substances illicites » ou retiré.</p>	<p>Le terme substance a été remplacé par alcool et caféine.</p>

7.3 Prise en charge

La fiche contient des informations nécessaires pour aider le clinicien dans la marche à suivre pour la prise en charge de la fatigue et des malaises post-effort dans le contexte des affections post-COVID-19.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

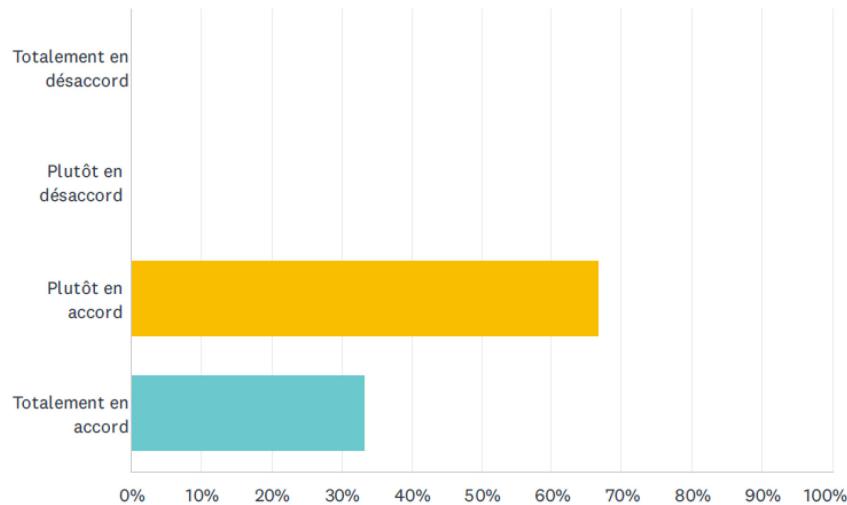


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Super le tableau sur les stratégies de gestion de l'énergie! Merci!</i>	Aucune action requise.

7.4 Applicabilité

L'application des recommandations de cette fiche dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00% 0
Plutôt en désaccord	0.00% 0
Plutôt en accord	66.67% 4
Totalement en accord	33.33% 2
TOTAL	6

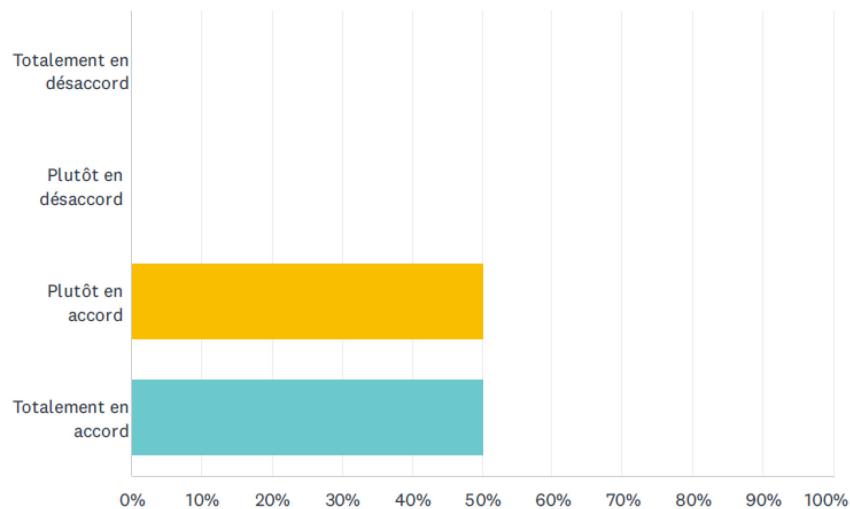
Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Soins de réadaptation limitée par disponibilité des professionnels dans chaque région et par les ressources financières du patient. -L'application des recommandations de cette fiche nécessite beaucoup de temps de la part des cliniciens en première ligne. Du support d'autres professionnels de la santé ex: équipe multi disciplinaire avec connaissance dans les affections post Covid-19 me semble nécessaire pour une prise en charge optimale- Beaucoup d'exemples listés dans les stratégies de gestion de l'énergie nécessite des moyens financiers de la part du patient qui ne sont pas toujours très grand compte tenu d'un nombre d'heures travaillées moins grand ou d'un arrêt de travail chez un patient avec autant de symptômes.</i>	Aucune action requise.
<i>Il n'y a pas de légende dans les documents pour indiquer à quoi réfère le petit triangle avec un point d'exclamation dedans.</i>	Les icônes ont été revus pour que leur signification soit plus évidente.

8 FICHE MANIFESTATIONS CARDIORESPIRATOIRES

8.1 Pertinence à la pratique

Le contenu de la fiche d'aide à la prise en charge Manifestations cardiorespiratoires est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

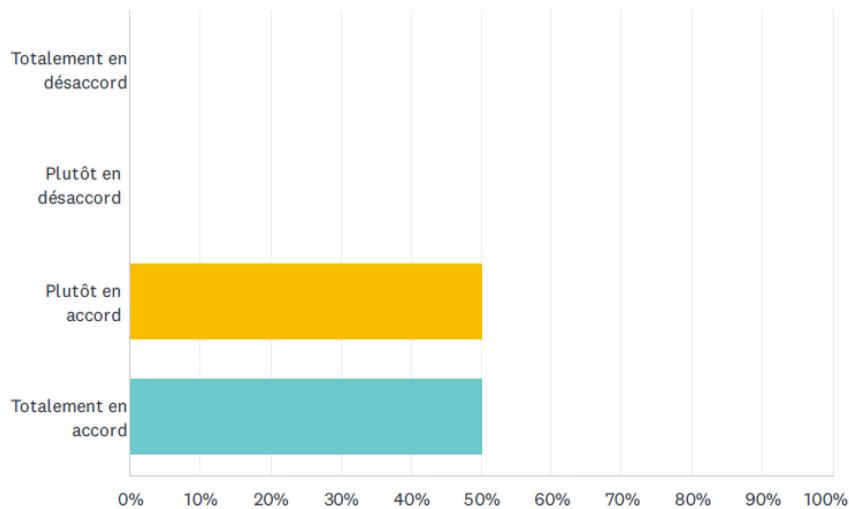


Commentaires associés à cette question : Aucun.

8.2 Clarté des informations

La fiche d'aide à la prise en charge Manifestations cardiorespiratoires présente les informations de façon claire et facile à comprendre.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

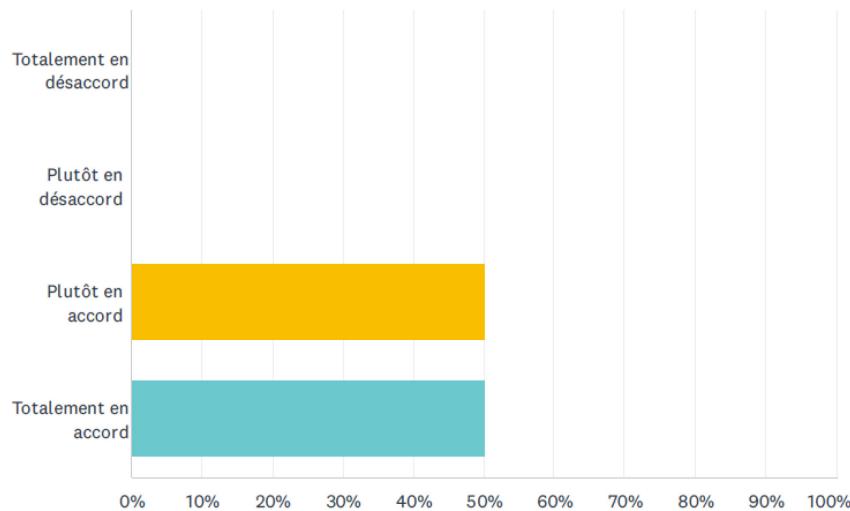


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p>Dans le tableau de « symptômes de la tolérance orthostatique », le terme « perception de taches noires » devrait être remplacé par « scotomes visuels » selon moi car terme plus utilisé en clinique. - J'ajouterais illicite à substance pour rendre plus clair ou retirerait le terme substance qui est peu spécifique (dans le tableau facteur ou conditions, préexistant ou non, qui peuvent causer, contribuer ou exacerber les manifestations cardiorespiratoires).</p>	<p>Les termes « perception de taches noires » ont été remplacés par scotomes visuels</p> <p>Le terme substance a été remplacé par alcool et caféine.</p>

8.3 Prise en charge

La fiche contient des informations nécessaires pour aider le clinicien dans la marche à suivre pour la prise en charge des manifestations cardiorespiratoires dans le contexte des affections post-COVID-19.

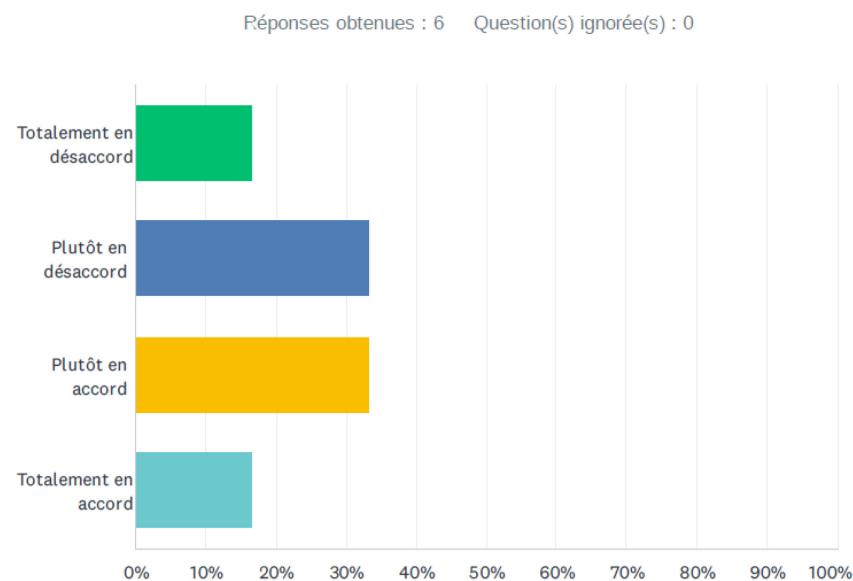
Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Tableau pertinent sur le soutien à la récupération.</i>	Aucune action requise.

8.4 Pertinence de la procédure pour objectiver l'intolérance orthostatique

La procédure pour objectiver l'intolérance orthostatique présentée en annexe est pertinente et réalisable dans la pratique de plusieurs cliniciens.

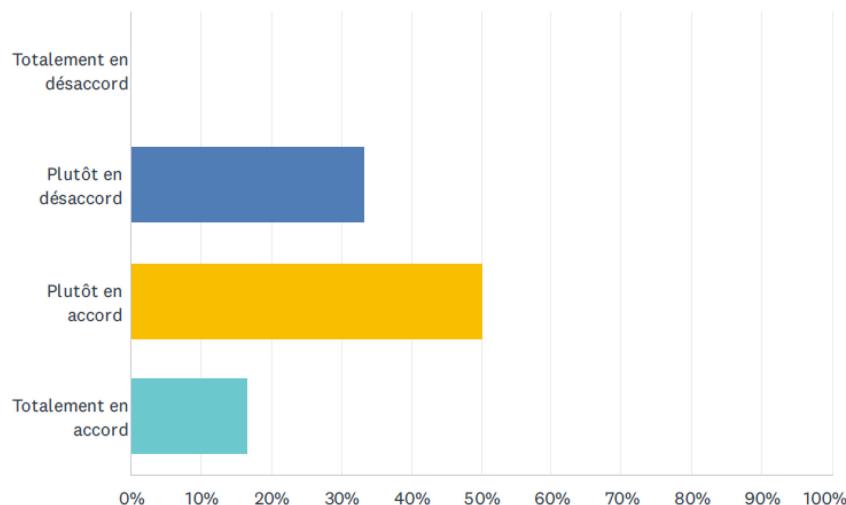


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Souvent fait par les infirmières GMF. J'avais la notion de prendre la TA/FC debout q minute jusqu'à 5 minutes et non 10 minutes, peut-être un peu long?</i>	La prise de lectures durant 10 minutes permet d'objectiver la tachycardie orthostatique en plus de l'hypotension orthostatique. L'information a été ajoutée dans le tableau.
<i>Procédure lourde qui gagnerait à être simplifiée pour être généralement applicable.</i>	La procédure est effectivement lourde, mais elle permet d'objectiver autant l'hypotension orthostatique que la tachycardie orthostatique. Cette dernière serait présente chez un sous-groupe de personnes qui ont une affection post-COVID-19. La procédure est inscrite à titre informatif, mais il est entendu qu'elle ne pourra être réalisée facilement dans tous les milieux.
<i>Demande trop de temps de la part du clinicien – mais pourrait être fait par infirmière GMF ? si connaisse la procédure à réaliser. -Pour ce qui est des appareils qui doivent mesurer la fréquence cardiaque, la majorité des Cliniques possèdent seulement un oscillomètre (machine à TA ??) ou un saturomètre pour mesurer la fréquence cardiaque et on mentionne de privilégier des appareils autres que ceux-là. Je ne vois pas à quoi on fait référence et ne sait pas si serait disponible dans la majorité des cliniques.</i>	Comme mentionné ci-dessus, la procédure est inscrite à titre informatif, mais il est entendu qu'elle ne pourra être réalisée facilement dans tous les milieux. Le personnel infirmier pourrait être mis à contribution. L'oscillomètre et le saturomètre peuvent être utilisés, mais pourraient donner des lectures moins précises. Le texte a été modifié pour refléter cette information.

8.5 Applicabilité

L'application des recommandations de cette fiche dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalemen... désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	33.33%
Plutôt en accord	50.00%
Totalemen... accord	16.67%
TOTAL	6

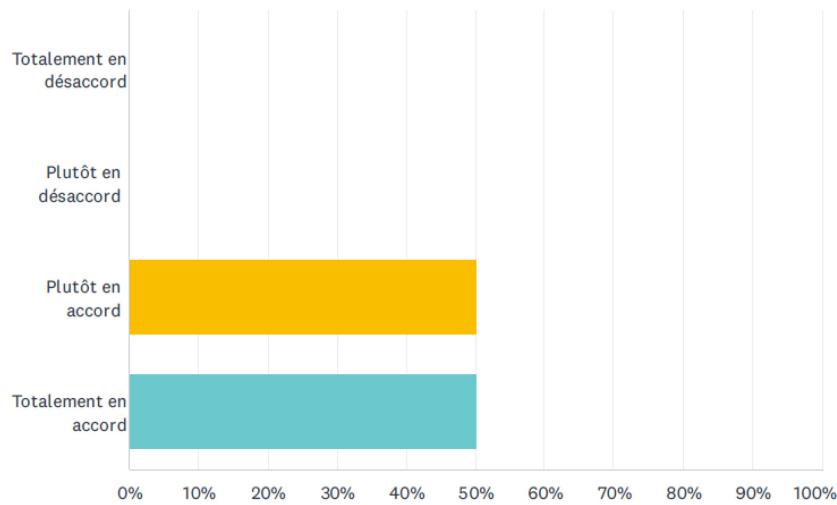
Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>L'orientation vers un professionnel de soins en réadaptation en présence d'atteinte significative persistante qui compromettent la capacité fonctionnelle est très dépendante des ressources qui sont très limitées actuellement.</i>	Aucune action requise.
<i>"faire le suivi de l'efficacité du traitement amorcé et l'arrêter si non bénéfique" ce commentaire revient dans toutes les fiches, mais est trop général, ce serait bien de mettre des exemples reliés à la fiche en question (ex. Corticostéroïde inhalé demeure-t-il pertinent?).</i>	L'usage de traitement pharmacologique doit être fait selon la pratique usuelle. Les données sont trop limitées pour que des recommandations soient faites sur des types de médicaments précis. Cette information est d'ailleurs rapportée dans les différents outils. Aucun changement n'a été apporté.

9 FICHE MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES

9.1 Pertinence à la pratique

Le contenu de la fiche d'aide à la prise en charge **Manifestations neurologiques** est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



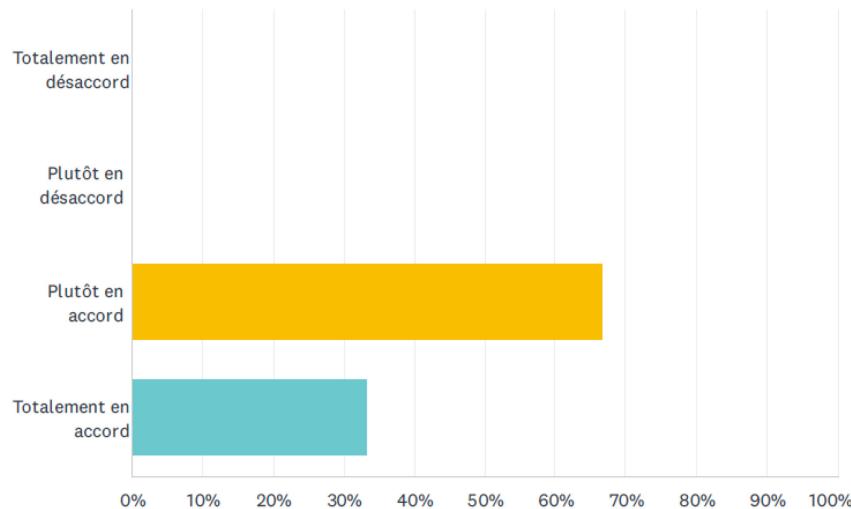
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	0.00%
Plutôt en accord	50.00%
Totalement en accord	50.00%
TOTAL	6

Commentaires associés à cette question : Aucun.

9.2 Clarté des informations

La fiche d'aide à la prise en charge *Manifestations neurologiques* présente les informations de façon claire et facile à comprendre.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

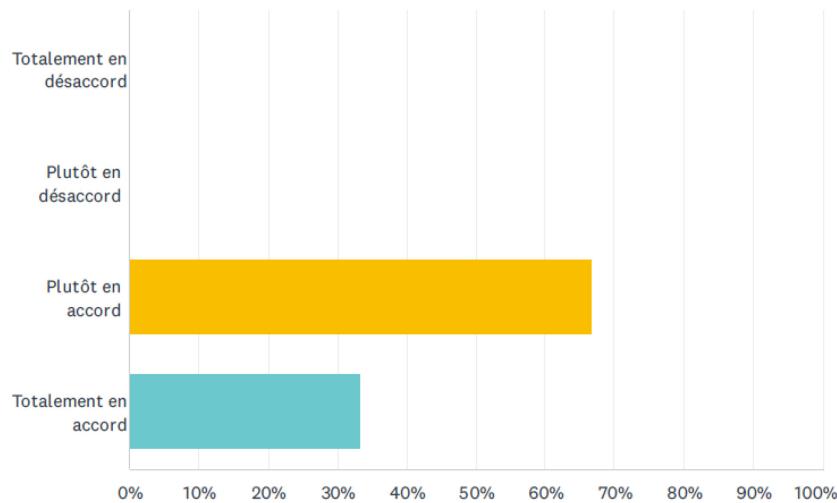


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p>Dans le tableau « appréciation de la condition santé » dans la section « considérée des analyses et investigations » on parle « d'imagerie craniocérébrale ». Or, dans la pratique courante, on parle habituellement "d'imagerie cérébrale". Alors je crois que ce terme serait plus approprié.</p>	<p>Le changement proposé a été apporté.</p>

9.3 Prise en charge

La fiche contient des informations nécessaires pour aider le clinicien dans la marche à suivre pour la prise en charge des manifestations neurologiques dans le contexte des affections post-COVID-19.

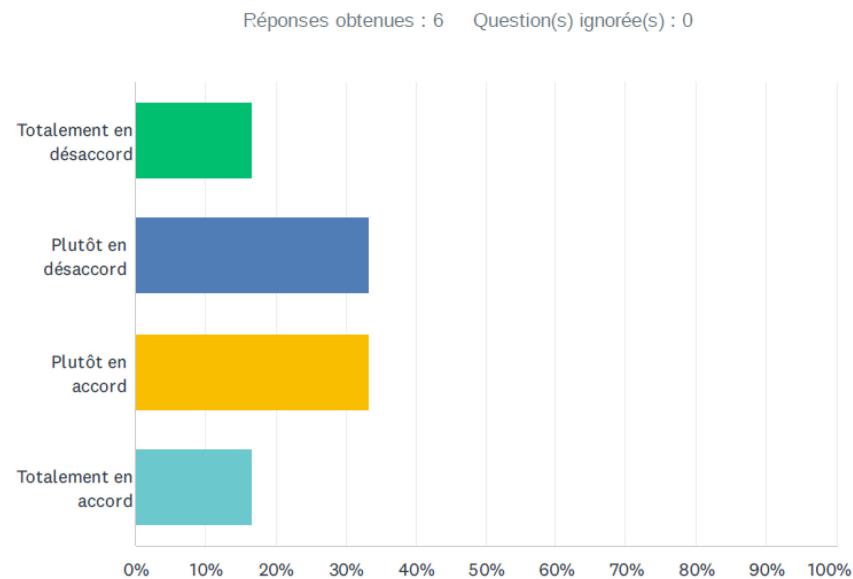
Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Il aurait été pertinent de décrire davantage la gestion des symptômes et soutien à la récupération. Avoir plus d'interventions à proposer aux patients.</i>	Des interventions à proposer aux personnes atteintes de difficultés cognitives ont été ajoutées.

9.4 Pertinence de la section prise en charge de la fiche

La section prise en charge de la fiche *Manifestations neurologiques* est similaire à la section correspondante de l'outil général. Il serait préférable de référer le lecteur à l'outil général plutôt que de répéter la même information dans la fiche.

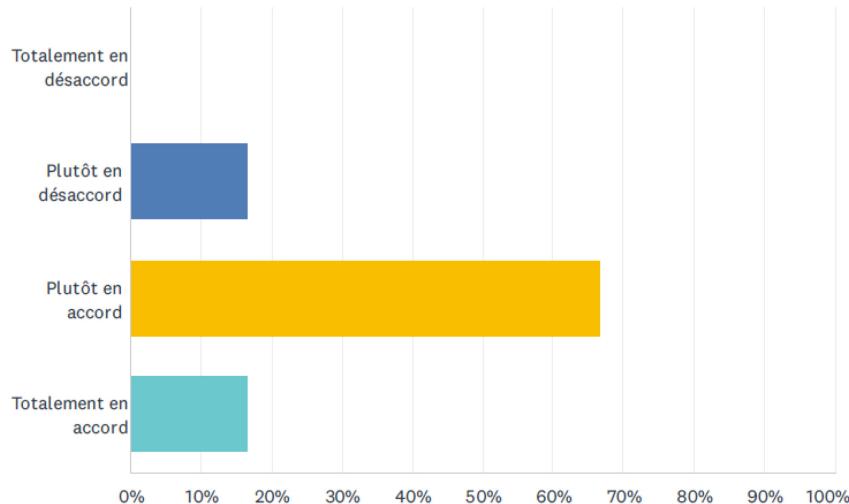


Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>J'ai bien apprécié le rappel.</i>	Aucune action requise.
<i>Je trouve qu'il est plus rapide de retrouver l'information si elle est située dans une même fiche.</i>	Aucune action requise.

9.5 Applicabilité

L'application des recommandations de cette fiche dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



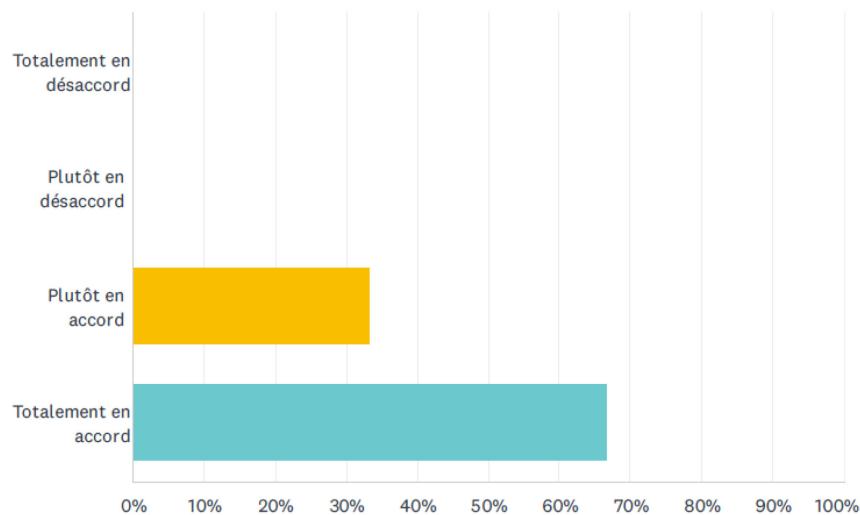
Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Basée sur des symptômes essentiellement subjectifs, difficiles à corroborer par l'examen clinique.</i>	Aucune action requise.
<i>Encore une fois, l'orientation vers un professionnel de soins en réadaptation si atteinte significative persistante compromettre la capacité fonctionnelle est très limitée. Il serait important de pouvoir mettre en place « réseau » de tel professionnels avec les connaissances requises ce jour des affections post Covid longue.</i>	Aucune action requise.
<i>Est ce qu'il est prévu de joindre un exemple de journal d'activité qu'on peut remettre au patient?</i>	Des fiches pour les personnes atteintes ont été élaborées. Leur contenu est en lien direct avec celui des outils cliniques, il n'y a donc pas d'exemple de journal d'activité.

10 FICHE ALTÉRATION DE L'ODORAT ET DU GOÛT

10.1 Pertinence à la pratique

Le contenu de la fiche d'aide à la prise en charge *Altérations de l'odorat et du goût* est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



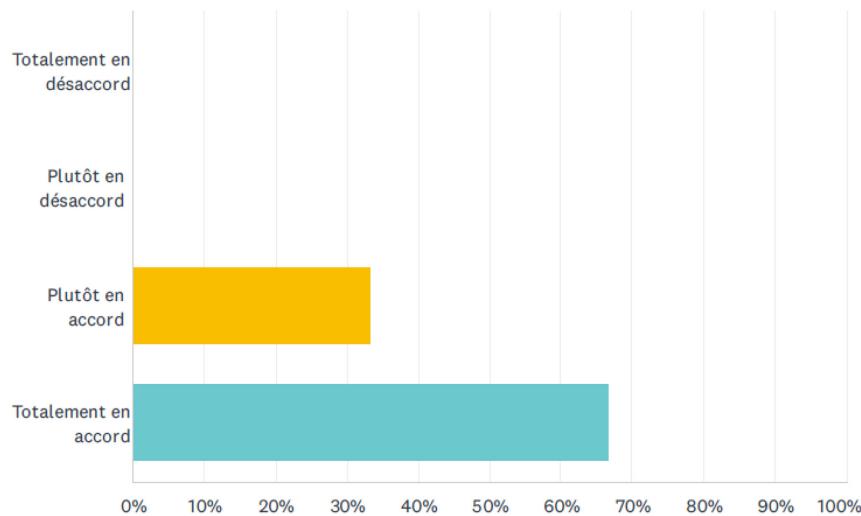
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalemen... désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	0.00%
Plutôt en accord	33.33%
Totallement en accord	66.67%
TOTAL	6

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>La section sur la rééducation olfactive est très intéressante mais serait plus applicable avec feuillet pour patient.</i>	Un feuillet d'information au patient sera créé.

10.2 Clarté de l'information

La fiche d'aide à la prise en charge *Altérations de l'odorat et du goût* présente les informations de façon claire et facile à comprendre.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0

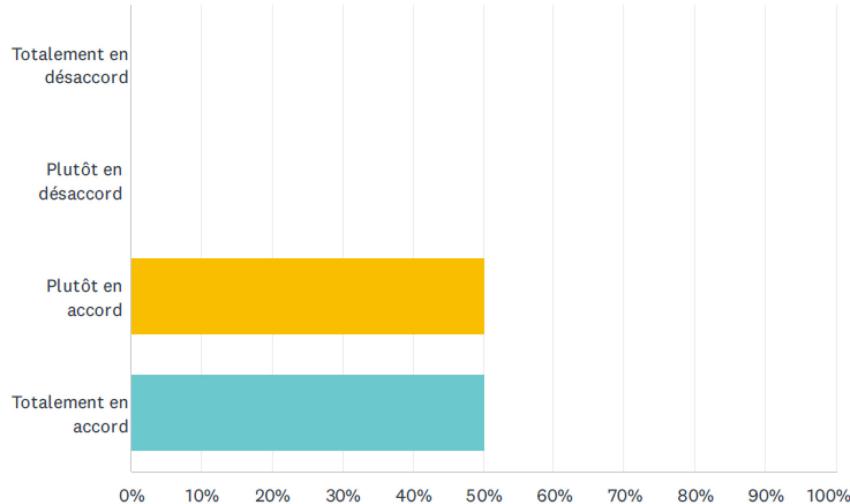


Commentaires associés à cette question : Aucun.

10.3 Prise en charge

La fiche contient des informations nécessaires pour aider le clinicien dans la marche à suivre pour la prise en charge des altérations de l'odorat et du goût dans le contexte des affections post-COVID-19.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



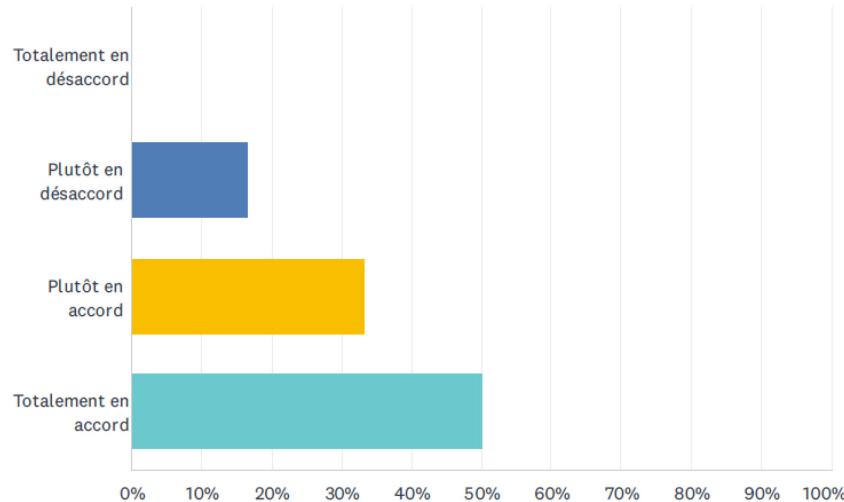
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	0.00%
Plutôt en accord	50.00%
Totalement en accord	50.00%
TOTAL	6

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<i>Vraiment super la rééducation olfactive et trucs/astuces nutritionnels ainsi que le tableau appréciation de la condition de santé et prise en charge.</i>	Aucune action requise
<i>Beaucoup d'information pour traitement de désordre olfactif mais peu quant au problème en lien avec goût.</i>	Selon l'information recueillie, plusieurs personnes avec des affections post-COVID-19 rapportent des pertes ou des distorsions du goût à cause d'une perte de l'odorat puisque ce sens est impliqué dans la détection des saveurs (voir le rapport à la section 2.5.2.1). Ainsi, la thérapie olfactive pourrait contribuer au traitement des problèmes de goût associés à des problèmes d'odorat en rétablissant la perception des saveurs. Aucune information concernant un traitement ou une approche thérapeutique spécifique pour les altérations du goût n'a été repérée pendant les travaux.

10.4 Applicabilité

L'application des recommandations de cette fiche dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

Réponses obtenues : 6 Question(s) ignorée(s) : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Totalement en désaccord	0.00%
Plutôt en désaccord	16.67%
Plutôt en accord	33.33%
Totalement en accord	50.00%
TOTAL	6

Commentaires des futurs utilisateurs	Réponses de l'INESSS
<p><i>Manque de temps de la part des cliniciens pour expliquer rééducation olfactive au patient. Équipe multi désignée avec connaissance vs affections post-COVID seraient nécessaires afin de prodiguer soins optimaux pour ces patients mais ressources limitées.</i></p>	<p>L'information concernant la rééducation olfactive sera incluse dans un feuillet intitulé <i>Information aux personnes atteintes d'affections post-COVID-19</i>, ce qui devrait permettre de réduire le temps nécessaire aux explications.</p>

ANNEXE G

Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau G-1 Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes

Dossier : Prise en charge des affections post-COVID-19

Lecteur : Nom du lecteur

Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision des documents en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires.

CONTENU GÉNÉRAL

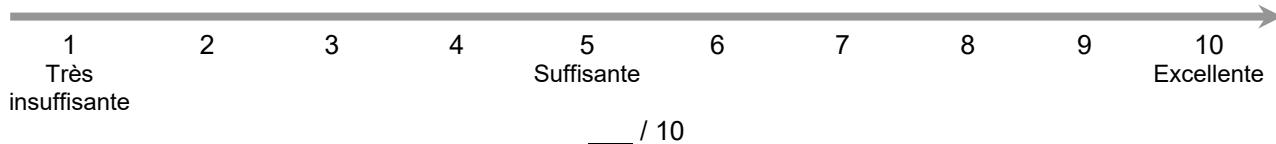
- Concernant les outils d'aide à la prise en charge, le contenu est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire?
 - Pour l'outil général d'aide à la prise en charge?
 - Pour la fiche sur la fatigue et les malaises post-efforts?
 - Pour la fiche sur les manifestations cardiorespiratoires?
 - Pour la fiche sur les manifestations neurologiques?
 - Pour la fiche sur les altérations de l'odorat et du goût?
- Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées?
- Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?
- La méthodologie est-elle robuste?
- Les éléments de réflexion sont-ils tous présents?
- L'analyse des données est-elle concise et pertinente?
- Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?
- Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?
- S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?
- Les références sont-elles complètes et d'actualité?

- **CONTENU SPÉCIFIQUE**

Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.

- **QUALITÉ SCIENTIFIQUE**

De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifiez-vous la qualité scientifique des documents?



- **TRANSFERT DE CONNAISSANCES**

Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances après la publication du rapport.

- Quels groupes **spécifiques**, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce rapport?
- Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange **spécifiques** vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?

Tableau G-2 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Lecteur externe 1	
Qualité scientifique du rapport : 10/10	
1. Contenu général	
1.1. Concernant les outils d'aide à la prise en charge, le contenu est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire?	
<p>1.1.1.Pour l'outil général d'aide à la prise en charge?</p> <p><i>Contenu pertinent. Liste exhaustive des symptômes en priorisant les plus fréquents. Bonne identification de l'incertitude en lien avec les affections post-covid. Références vers les fiches spécifiques.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.1.2.Pour la fiche sur la fatigue et les malaises post-efforts?</p> <p><i>Contenu pertinent. Distinction entre les types de fatigue utile. Excellente idée d'avoir mis des exemples concrets pour le pacing. Produire rapidement la fiche intervention de réadaptation. Besoin important pour les équipes terrain. On se trouve souvent démunis quant à l'approche des patients avec malaises post-effort qui cadrent moins avec les programmes de réadaptation pulmonaire classique.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p> <p>La fiche <i>Interventions de réadaptation</i> est en cours d'élaboration et sera publiée environ quatre semaines après la fiche <i>Fatigue et malaises post-effort</i>.</p>
<p>1.1.3.Pour la fiche sur les manifestations cardiorespiratoires?</p> <p><i>Si disponible, préciser en termes de bpm ou mmHG l'intolérance orthostatique. Description des exercices respiratoires utiles.</i></p>	L'intolérance orthostatique peut se présenter avec ou sans hypotension orthostatique ou tachycardie orthostatique. D'une part, les valeurs de battements cardiaques et de pression artérielle pour l'hypotension orthostatique sont connues des cliniciens de première ligne. D'autre part, les valeurs pour la tachycardie orthostatique sont moins connues, mais elles requièrent aussi beaucoup de nuances qu'il n'est pas possible de rapporter dans la fiche dans sa forme actuelle.
<p>1.1.4.Pour la fiche sur les manifestations neurologiques?</p> <p><i>Concis. Reprises des sections usuelles des autres fiches.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.1.5.Pour la fiche sur les altérations de l'odorat et du goût?</p> <p><i>Description de la rééducation olfactive utile pour les professionnels et patients n'ayant pas accès à des centres spécialisés.</i></p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNAUX	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>1.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées?</p> <p><i>Oui. 1 outil général et plusieurs fiches spécifiques permettent de fournir toute l'information sans alourdir la lecture.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.3. Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.4. La méthodologie est-elle robuste?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.5. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents?</p> <p><i>Oui. Beaucoup de mises en garde sur les incertitudes, sur l'aspect évolutif des connaissances.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>Commentaires généraux</p> <p><i>Ces documents seront fort utiles pour une meilleure prise en charge des patients avec affections post-covid. C'est un besoin clairement ressenti sur le terrain.</i></p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNAUX	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>J'ai particulièrement apprécié la fiche sur la fatigue et malaises post-effort, principalement sur la prise en charge des malaises post-effort et la stratégie de pacing. Description exhaustive avec exemples concrets. Fort utile à partager aux intervenants en réadaptation pulmonaire impliqués dans les soins avec patients post-covid.</i>	Aucune action requise.
Lecteur externe 2	
Qualité scientifique du rapport : 7/10 – Votre travail vaut au moins 9/10, mais votre matière première pour le construire, à savoir les données actuelles, sont pauvres, ce qui se reflète dans le caractère flou de plusieurs recommandations et suggestions.	
2. Contenu général	
2.1. Concernant les outils d'aide à la prise en charge, le contenu est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire?	
<p>2.1.1.Pour l'outil général d'aide à la prise en charge?</p> <p><i>Contenu pertinent et reflétant bien les connaissances actuelles. Toutefois, puisque les connaissances actuelles sont très limitées, le document demeure flou et imprécis sur de nombreux aspects. Beaucoup de lieux communs et de suggestions relevant du gros bon sens. Cela confortera le clinicien dans son impression d'absence de critères diagnostics clairs et de lignes directrices de prise en charge claires.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.1.2.Pour la fiche sur la fatigue et les malaises post-efforts?</p> <p><i>Contenu pertinent, sections sur les différents types de fatigue et sur les malaises post-efforts seront particulièrement pertinentes pour les cliniciens. Encore beaucoup de sections imprimés et générales, ce qui reflète le peu de connaissances disponibles sur le sujet actuellement.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.1.3.Pour la fiche sur les manifestations cardiorespiratoires?</p> <p><i>Sections sur la prise en charge des symptômes orthostatiques et de la dyspnée très utiles et pertinentes. Le reste du document est vague et général, ce qui reflète le peu de connaissances disponibles sur le sujet actuellement.</i></p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNAUX	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>2.1.4.Pour la fiche sur les manifestations neurologiques?</p> <p><i>Le document dans son entièreté est vague et général, ce qui reflète le peu de connaissances disponibles sur le sujet actuellement. Il demeure très pertinent néanmoins pour conforter le clinicien dans son approche relevant du « gros bon sens » et sur le fait qu'il existe très peu de données robustes sur le sujet actuellement.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.1.5.Pour la fiche sur les altérations de l'odorat et du goût?</p> <p><i>Document plus précis que les autres. La section sur la rééducation olfactive est particulièrement pertinente.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées?</p> <p><i>Document facile à lire, très bien présenté. C'est un tour de force d'avoir réussi à mettre en tableaux de façon structurée un domaine aussi flou, mal défini et peu connu que les symptômes post-COVID.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.3. Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?</p> <p><i>Oui, très accessible.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.4. La méthodologie est-elle robuste?</p> <p><i>La méthodologie est robuste; ce sont les données qui ne le sont pas.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.5. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents?</p> <p><i>Je crois que oui.</i></p>	Aucune action requise.
<p>2.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?</p> <p><i>Beaucoup de lieux communs et de redondance. Par exemple, les sections « appréciation de la condition de santé » sont des canevas généraux qui décrivent la structure de base de toutes nos consultations médicales réalisées quotidiennement.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p> <p>Les sections communes ou redondantes entre les outils cliniques sont présentées à titre de rappel. Un renvoi vers l'outil général est fait dans certains cas, mais plusieurs parties prenantes préféraient que l'information soit présente dans chacune des fiches.</p>
<p>2.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNAUX	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>2.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p><i>Non, les conclusions ne sont pas claires, mais cela reflète l'état des connaissances actuelles; votre travail est très bien fait et le décrit très bien. Bref, « vous démontrez clairement que c'est pas clair ».</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?</p> <p><i>Oui</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>2.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p><i>À ma connaissance, oui.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>Commentaire général</p> <p><i>Aucun</i></p>	<p>Sans objet</p>
<p>2.11. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</p>	
<p><i>Outil, page 4: focus visuel (préciser visuel).</i></p>	<p>La manifestation « difficulté à faire le focus » a été retirée du tableau parce qu'elle requérait trop de mots pour être bien comprise.</p>
<p><i>Outil, page 5: si on met AIT, on doit aussi mettre AVC, par exemple: « AVC ou AIT ».</i></p>	<p>L'accident vasculaire-cérébrale a été ajouté au tableau.</p>
<p><i>Outil, page 5: le terme neuropathies est flou. Je spécifierais « neuropathies périphériques ».</i></p>	<p>L'ajout a été fait.</p>
<p><i>Outil, page 5: troubles de l'odorat et du goût avait été mis dans les manifestations neurologiques dans le tableau précédent. Je ferais de même pour fins de concordance, même si cela pourrait se trouver aux 2 endroits.</i></p>	<p>Les troubles de l'odorat et du goût ont été déplacés dans les manifestations neurologiques. De plus une note de bas de tableau a été ajoutée pour mentionner que les conditions pourraient appartenir à plus d'une catégorie.</p>
<p><i>Outil, page 7: section rhumatologie. Si on met anticardiolipines, on devrait mettre aussi anticoagulant lupique et anti-beta-2-glycoprotéine (ou bien inscrire anticorps antiphospholipides, ce qui inclut ces 3 éléments). À confirmer avec le rhumatologue.</i></p>	<p>Les anticorps mentionnés devraient être recherchés dans des contextes particuliers. Après consultation d'un médecin spécialiste, il a été décidé qu'ils ne seraient pas mentionnés dans l'outil général pour éviter qu'ils soient utilisés de routine par des cliniciens.</p>
<p><i>Fiche neuro, page 2: « La considération de recourir à l'imagerie crâniocérébrale (tomodensitométrie ou résonnance magnétique), un ÉÉG ou un ÉMG devrait se faire au cas par cas et selon la pratique usuelle ». J'insisterais sur ce point en ajoutant: « De tels examens ne doivent pas être demandés de routine pour tous les patients présentant des symptômes neurologiques. »</i></p>	<p>La précision a été ajoutée.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNAUX	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Lecteur externe 3	
Qualité scientifique du rapport : 8/10 – <i>Les ressources disponibles sont très bien utilisées mais malheureusement, il manque encore tellement de données sur le sujet.</i>	
3. Contenu général	
3.1. Concernant les outils d'aide à la prise en charge, le contenu est-il pertinent? L'information est-elle bien présentée et facile à lire?	Aucune action requise.
3.1.1.Pour l'outil général d'aide à la prise en charge? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.1.2.Pour la fiche sur la fatigue et les malaises post-efforts? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.1.3.Pour la fiche sur les manifestations cardiorespiratoires? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.1.4.Pour la fiche sur les manifestations neurologiques? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.1.5.Pour la fiche sur les altérations de l'odorat et du goût? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées? <i>Oui. Le besoin que ce rapport soit publié est très grand. Cependant, une mise à jour régulière sera nécessaire lorsque des données plus complètes seront disponibles pour répondre aux nombreuses questions soulevées pour lesquelles il n'y a pas encore beaucoup de données scientifiques rigoureuses.</i>	Aucune action requise.
3.3. Le résumé du rapport est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.4. La méthodologie est-elle robuste? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.5. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents? <i>Oui</i>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
3.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
3.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité? <i>Oui</i>	Aucune action requise.
Commentaire général Aucun	Sans objet
3.11. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
Aucun commentaire	Sans objet

RÉFÉRENCES

- Addison AB, Wong B, Ahmed T, Macchi A, Konstantinidis I, Huart C, et al. Clinical Olfactory Working Group consensus statement on the treatment of postinfectious olfactory dysfunction. *J Allergy Clin Immunol* 2021;147(5):1704-19.
- American Academy of Pediatrics (AAP). Post-COVID-19 conditions in children and adolescents [site Web]. COVID-19 Interim Guidance. Itasca, IL : AAP; 2021. Disponible à : <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/> (consulté le 27 avril 2022).
- Andrejak C, Cottin V, Crestani B, Debieuvre D, Gonzalez-Bermejo J, Morelot-Panzini C, et al. Guide de prise en charge des séquelles respiratoires post infection à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de pneumologie de langue française. Version du 10 novembre 2020. *Rev Mal Respir* 2021;38(1):114-21.
- Andrejak C, Blanc FX, Costes F, Crestani B, Debieuvre D, Perez T, et al. Guide pour le suivi respiratoire des patients ayant présenté une pneumonie à SARS-CoV-2. Propositions de prise en charge élaborées par la Société de pneumologie de langue française. Version du 10 mai 2020. *Rev Mal Respir* 2020;37(6):505-10.
- Biadsee A, Dagan O, Ormianer Z, Kassem F, Masarwa S, Biadsee A. Eight-month follow-up of olfactory and gustatory dysfunctions in recovered COVID-19 patients. *Am J Otolaryngol* 2021;42(4):103065.
- Boscolo-Rizzo P, Guida F, Polesel J, Marcuzzo AV, Antonucci P, Capriotti V, et al. Self-reported smell and taste recovery in coronavirus disease 2019 patients: A one-year prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2022;279(1):515-20.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- Capelli M et Gatti P. Anosmia in the first coronavirus disease 2019 outbreak in Europe: Functional recovery after eight months. *J Laryngol Otol* 2021;135(3):224-8.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance on evaluating and caring for patients with post-COVID conditions [site Web]. Atlanta, GA : CDC; 2021. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html>.
- Esposito S, Principi N, Azzari C, Cardinale F, Di Mauro G, Galli L, et al. Italian intersociety consensus on management of long covid in children. *Ital J Pediatr* 2022;48(1):42.
- Ferrelli F, Gaino F, Russo E, Di Bari M, Rossi V, De Virgilio A, et al. Long-term olfactory dysfunction in COVID-19 patients: 18-month follow-up study. *Int Forum Allergy Rhinol* 2022;12(8):1078-80.

- Fine JS, Ambrose AF, Didehbani N, Fleming TK, Glashan L, Longo M, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of cognitive symptoms in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *PM R* 2022;14(1):96-111.
- Fortunato F, Martinelli D, Iannelli G, Milazzo M, Farina U, Di Matteo G, et al. Self-reported olfactory and gustatory dysfunctions in COVID-19 patients: A 1-year follow-up study in Foggia district, Italy. *BMC Infect Dis* 2022;22(1):77.
- Funke-Chambour M, Bridevaux PO, Clarenbach CF, Soccal PM, Nicod LP, von Garnier C. Swiss recommendations for the follow-up and treatment of pulmonary long COVID. *Respiration* 2021;100(8):826-41.
- Genecand L, Bridevaux PO, Garin N, Thonney J, Bonvin-Mullor N, Bouali R, Frésard I. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles à moyen et long termes liées à l'infection à SARS-CoV-2. *Rev Med Suisse* 2021;17(736):842-9.
- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *Bmj* 2020;370:m3026.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022a. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/symptomes_prolonges_a_la_suite_d_une_covid_19_de_l_adulte_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022b. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco459_symptomes_prolonges_enfant_mel.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Les manifestations neurologiques parmi les symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022c. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_manifestations_neurologiques.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte – Diagnostic et prise en charge. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021a. Disponible à : https://web.archive.org/web/20220110095232/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/symptomes_prolonges_a_la_suite_d_une_covid_19_de_l_adulte_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Fatigue et épuisement au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021b. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_fatigue.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). Les troubles du goût et de l'odorat au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021c. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_troubles_du_gout_et_de_l_odorat.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). Les douleurs thoraciques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021d. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_douleurs_thoraciques.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). La dyspnée au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021e. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_dyspnee.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). Symptômes dysautonomiques au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021f. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/fiche_symptomes_dysautonomiques.pdf.

Herrera JE, Niehaus WN, Whiteson J, Azola A, Baratta JM, Fleming TK, et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of fatigue in postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC) patients. *PM R* 2021;13(9):1027-43.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Prise en charge des affections post-COVID-19 – Rapport en soutien aux outils d'aide à la prise en charge des affections post-COVID-19. Québec, Qc : INESSS; 2022. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et signes et symptômes physiques ou psychologiques persistants (COVID longue). Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Signes_symptomes_physiques_psychologiques_post-COVID-19.pdf.

Maley JH, Alba GA, Barry JT, Bartels MN, Fleming TK, Oleson CV, et al. Multi-disciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and treatment of breathing discomfort and respiratory sequelae in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *PM R* 2022;14(1):77-95.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ* 2009;339:b2535.

Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the frequency and variety of persistent symptoms among patients with COVID-19: A systematic review. *JAMA Netw Open* 2021;4(5):e2111417.

National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce (NCCET). Care of people with post-COVID-19. Version 4.0. Melbourne, Australie : NCCET; 2022. Disponible à : <https://covid19evidence.net.au/wp-content/uploads/FLOWCHART-POST-COVID-19.pdf> (consulté le 8 avril 2022).

National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce (NCCET). Care of people who experience symptoms post acute COVID-19. Version 2.0. Melbourne, Australie : NCCET; 2021. Disponible à : <https://covid19evidence.net.au/wp-content/uploads/FLOWCHART-11-CARE-OF-PEOPLE-WHO-EXPERIENCE-SYMPOTMS-POST-ACUTE-COVID19-V2.0.pdf>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Royal College of General Practitioners (RCGP). COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. Londres, Angleterre : NICE, SIGN, RCGP; 2021. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. Londres, Angleterre : NICE; 2020. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20201228081914/https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-66142028400325>.

Nguyen NN, Hoang VT, Dao TL, Meddeb L, Cortaredona S, Lagier JC, et al. Long-term persistence of olfactory and gustatory disorders in COVID-19 patients. *Front Med (Lausanne)* 2022;9:794550.

Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Jarte L, MacDermott N, Delaney BC. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: A Delphi study. *Br J Gen Pract* 2021;71(712):e815-25.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prise en charge clinique de la COVID-19 : orientations évolutives. Genève, Suisse : OMS; 2021a. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1334404/retrieve>.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi. Genève, Suisse : OMS; 2021b. Disponible à : https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Living guidance for clinical management of COVID-19. Genève, Suisse : OMS; 2021c. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1394399/retrieve>.

Paterson I, Ramanathan K, Aurora R, Bewick D, Chow CM, Clarke B, et al. Long COVID-19: A primer for cardiovascular health professionals, on behalf of the CCS Rapid Response Team. *Can J Cardiol* 2021;37(8):1260-2.

Renaud M, Thibault C, Le Normand F, McDonald EG, Gallix B, Debry C, Venkatasamy A. Clinical outcomes for patients with anosmia 1 year after COVID-19 diagnosis. *JAMA Netw Open* 2021;4(6):e2115352.

Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2021. Disponible à : https://web.archive.org/web/20220304092135/https://www.racgp.org.au/FSDEDE_V/media/documents/RACGP/Coronavirus/Post-COVID-19-conditions.pdf.

Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Caring for adult patients with post-COVID-19 conditions. Melbourne, Australie : RACGP; 2020. Disponible à : https://web.archive.org/web/20210118104801/https://www.racgp.org.au/FSDEDE_V/media/documents/RACGP/Coronavirus/Post-COVID-19-conditions.pdf.

Schweitzer F, Kleineberg NN, Goreci Y, Onur OA, Franke C, Warnke C. Neuro-COVID-19 is more than anosmia: Clinical presentation, neurodiagnostics, therapies, and prognosis. *Curr Opin Neurol* 2021;34(3):423-31.

Siso-Almirall A, Brito-Zeron P, Conangla Ferrin L, Kostov B, Moragas Moreno A, Mestres J, et al. Long Covid-19: Proposed primary care clinical guidelines for diagnosis and disease management. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(8):4350.

Vance H, Maslach A, Stoneman E, Harmes K, Ransom A, Seagly K, Furst W. Addressing post-COVID symptoms: A guide for primary care physicians. *J Am Board Fam Med* 2021;34(6):1229-42.

Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, Gkrania-Klotsas E, Landi F, Stahl JP, Yahav D. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. *Clin Microbiol Infect* 2022;28(7):955-72.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca