

Recommandations intérimaires

Réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la
COVID longue

Mise à jour : 20 mai 2021

Pour toutes questions ou demandes en lien avec ce document, SVP écrire à readaptation.covid.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, mai 2021.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES	4
AVANT-PROPOS.....	5
MISE EN CONTEXTE	6
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS ET MESSAGES IMPORTANTS.....	7
1. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES	9
Recommandation 1	9
Recommandation 2	9
Recommandation 3	10
Recommandation 4	11
2. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À L'EXERCICE PHYSIQUE	12
Recommandation 5	12
Recommandation 6	13
Recommandation 7	13
Recommandation 8	13
Recommandation 9	15
Recommandation 10	15
Recommandation 11	16
Recommandation 12	16
3. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE.....	18
Présentation clinique de la COVID chez la personne âgée	18
Recommandation 13	18
Prévalence du PEM et de l'EM chez la personne âgée	19
Recommandation 14	19
Comment distinguer la COVID longue, le PEM et le déconditionnement?	20
LISTES DES ANNEXES.....	22
RÉFÉRENCES	23
ANNEXE A ÉCHELLE DE BORG MODIFIÉE.....	26
ANNEXE B DÉPISTAGE COVID LONGUE NEWCASTLE	27
ANNEXE C DÉPISTAGE COVID LONGUE YORKSHIRE.....	28
ANNEXE D QUESTIONNAIRE DEPAUL – ÉVALUATION DE LA FATIGUE	32
ANNEXE E AIDE-MÉMOIRE : SIGNES ET SYMPTÔMES À SURVEILLER CHEZ LA CLIENTÈLE POST-COVID N'AYANT PAS LA CAPACITÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES.....	34

Liste des tableaux

Tableau I	Étapes-clés du processus de prise de décision partagée	10
Tableau II	Progression suggérée en présence de déconditionnement et de la faiblesse musculaire	12
Tableau III	Symptômes caractéristiques du malaise post-effort	13
Tableau IV	Signes et manifestations à surveiller chez la personne n'ayant pas la capacité de répondre aux questionnaires d'évaluation des symptômes	14
Tableau V	Signes et symptômes d'un problème cardiaque	15
Tableau VI	Symptômes et complications de la COVID-19 à surveiller chez la clientèle gériatrique	18

Liste des figures

Fig. 1	Évolution dans le temps PEM vs déconditionnement	21
--------	--	----

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

1. Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Mise en contexte

La pandémie de COVID-19 a frappé des millions de personnes. Les efforts des organisations de santé, des gouvernements et de la communauté scientifique ont d'abord convergé vers la recherche de solutions pour freiner la propagation, trouver un vaccin et traiter les formes sévères de la maladie. Si la plupart des personnes atteintes de la COVID-19 se rétablissent à l'intérieur de 2 à 4 semaines, plusieurs personnes présentent des symptômes ou des complications qui persistent ou apparaissent au-delà de cette période (*National institute for health research [NIHR], 2021*). On parle alors de COVID longue. Une variété de symptômes peut surgir, notamment la fatigue, le déconditionnement physique, la faiblesse musculaire, des difficultés respiratoires, des troubles de la communication et de la déglutition, une incapacité à accomplir les tâches domestiques, mais également des difficultés cognitives ou psychologiques (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2021a). Si ces complications sont plus fréquentes chez les usagers ayant expérimenté une forme plus sévère de la maladie, elles peuvent également survenir chez des usagers ayant eu des symptômes légers de la maladie en phase aiguë, dont l'état n'a pas requis une hospitalisation. Pour en savoir plus à ce sujet, consultez la [fiche d'information générale sur la COVID longue](#).

Il existe peu d'évidences scientifiques à ce jour pour guider les professionnels² œuvrant auprès des personnes atteintes de la COVID longue. Cependant, de plus en plus de voix s'élèvent parmi la communauté scientifique internationale pour signifier que la reprise des activités habituelles et la réadaptation des personnes atteintes de COVID longue présentent certains risques. Dans ce contexte, la prudence est de mise. Les recommandations émises ici ont pour but de guider les intervenants afin d'**encourager une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue**. La prise en charge aiguë de la maladie ne sera pas discutée ici.

Limites de ces recommandations : Les connaissances sur le traitement de la COVID longue sont en émergence et peuvent évoluer rapidement. Les présentes recommandations sont basées sur l'état actuel des connaissances.

Un sommaire des recommandations et des messages importants est présenté à la page suivante.

2. Dans le cadre de ce document, le terme « professionnel » désigne l'ensemble des médecins, infirmiers(ères), infirmier(ères) auxiliaires, ainsi que les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement et les partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Sommaire des recommandations et messages importants

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Recommandation 1

Dépister la présence de symptômes de COVID longue chez toute personne ayant reçu un diagnostic confirmé de COVID-19 ou suspectée d'avoir eu la COVID-19 qui consulte un professionnel de la santé.

Recommandation 2

Donner de l'information sur la COVID longue à toute personne ayant reçu un diagnostic suspecté ou confirmé de COVID-19.

Recommandation 3

Discuter des avantages, des risques et des bénéfices potentiels de chaque intervention dans un processus de prise de décision partagée entre le professionnel, l'utilisateur souffrant de la COVID longue et ses proches.

Recommandation 4

Soutenir l'utilisateur souffrant de la COVID longue dans l'établissement de ses objectifs et l'identification des moyens à mettre en place afin de les atteindre.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À L'EXERCICE PHYSIQUE³

Recommandation 5

S'assurer que chaque usager souffrant de la COVID longue ait un programme de réactivation individualisé en ce qui concerne la fréquence, l'intensité, la durée et le type d'activité.

- Le maintien du **niveau d'énergie**, sans exacerbation des symptômes, est essentiel dans la reprise graduelle des activités.
- Les usagers avec des douleurs musculaires (ou myalgies) devraient éviter de faire des exercices de renforcement.

Recommandation 6

Personnaliser et encadrer l'exercice par un professionnel de la santé tel un physiothérapeute ou un ergothérapeute ayant des connaissances sur les risques liés à l'exercice physique et les précautions à prendre.

Recommandation 7

Exclure la présence de **malaise post-effort** avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue.

Recommandation 8

Surveiller l'apparition de **malaise post-effort** lors de la réactivation d'une personne souffrant de la COVID longue.

- Le malaise post-effort peut être provoqué ou exacerbé après un effort **physique, mental** ou même après un **stress émotif**.
- La conservation d'énergie est la stratégie la plus sécuritaire à l'heure actuelle.

3. Définition de l'exercice : L'exercice est un mouvement planifié, structuré, répétitif et intentionnel réalisé afin d'améliorer ou maintenir la condition physique. Il diffère de l'activité physique, qui est définie comme tout mouvement corporel produit par l'action des muscles qui résulte en une dépense énergétique (Brown, 2021).

Recommandation 9

Exclure une **problématique cardiaque** avant d'utiliser l'exercice physique⁴ comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue.

Recommandation 10

Surveiller l'apparition d'une **problématique cardiaque** à l'effort pour une personne souffrant de la COVID longue.

- Le développement ou la récurrence de signes et symptômes d'un problème cardiaque indique la nécessité de cesser les exercices et de consulter un médecin.
- Le repos et le rétablissement sont favorisés si des signes et symptômes cardiaques sont présents, avec une reprise graduelle des activités supervisée par un professionnel de la santé.

Recommandation 11

Exclure une **problématique respiratoire** avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue.

Recommandation 12

Surveiller l'apparition d'une **problématique respiratoire** (toux, dyspnée, désaturation) à l'effort pour une personne souffrant de la COVID longue.

- Une diminution de 3 % de la saturation en oxygène est considérée comme anormale et requiert une investigation.
- Les tests de désaturation à l'effort ne devraient pas être réalisés si la saturation au repos est de moins de 96 %.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE

Recommandation 13

Dépister et de surveiller l'apparition de signes de thrombose chez la personne âgée atteinte de COVID pendant les semaines suivant l'infection.

Recommandation 14

Faire preuve de jugement clinique dans l'évaluation des risques et bénéfices de la réactivation en fonction des risques de déconditionnement chez la personne âgée souffrant de la COVID longue.

4. Pour un niveau d'exercice associé à une perception d'effort au-delà de 3 points et plus sur l'échelle de Borg modifiée (voir [annexe A](#)).

1. Recommandations générales

Recommandation 1

Dépister la présence de symptômes de COVID longue chez toute personne ayant reçu un diagnostic confirmé de COVID-19 ou suspectée d'avoir eu la COVID-19 qui consulte un professionnel de la santé (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020a*).

Il est important que chaque professionnel de la santé soit conscient de la probabilité que des besoins pour des soins ou de la réadaptation soient présents à moyen ou long terme chez les personnes atteintes de COVID longue. Un dépistage est essentiel pour identifier les besoins de réadaptation continus d'un usager et pour identifier les références nécessaires.

Des instruments de dépistage de la COVID longue existent, tels que le *Dépistage COVID longue New Castle* ([annexe B](#)), ou le *Dépistage COVID longue Yorkshire* ([annexe C](#)).

Ces outils visent à mesurer l'impact d'une multitude de symptômes de la COVID longue sur la performance fonctionnelle des individus, ainsi qu'à guider les choix des interventions ou soins offerts. Ils peuvent être utilisés à différents moments durant la récupération de l'usager afin de mesurer le changement. Ils peuvent être complétés par téléphone avec un professionnel de la santé, ou encore par l'usager lui-même ou un proche, si l'usager n'est pas en mesure de répondre aux questions.

Certaines personnes doivent faire l'objet d'une surveillance accrue, voire systématique, suite au diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19. C'est le cas pour (OMS, 2021a) :

- Les usagers ayant séjourné aux soins intensifs;
- Les usagers plus âgés qui ont connu une forme grave de la COVID-19, même s'ils n'ont pas été admis aux soins intensifs, car il peut y avoir un impact plus important sur leur fonctionnement et leur autonomie fonctionnelle;
- Les usagers qui présentent (de novo ou prémorbide) des signes de déficience au niveau de la mobilité, du fonctionnement, de la déglutition, des difficultés cognitives ou mentales.

Cette étape peut être une bonne occasion d'offrir de l'éducation et des conseils pour l'autogestion. Ainsi, l'usager et ses proches seront préparés et outillés à faire face à l'éventualité d'une persistance ou d'une recrudescence des symptômes, et les difficultés seront ainsi détectées et adressées rapidement (OMS, 2021a).

En présence de suspicion de COVID longue, adopter une conduite qui tient compte des recommandations ci-dessous.

Recommandation 2

Donner de l'information sur la COVID longue à toute personne ayant reçu un diagnostic suspecté ou confirmé de COVID-19 (NICE, 2020a).

L'information suivante devrait être transmise aux usagers ayant reçu un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19 (NICE, 2020a) :

- La durée de récupération attendue : elle diffère chez chacun, mais les symptômes seront complètement résorbés en moins de 12 semaines pour la majorité des gens;
- La probabilité de développer la COVID longue n'est pas nécessairement liée à la gravité des symptômes pendant la phase aiguë de la maladie;
- Les symptômes les plus communs dans la phase post-aiguë de la COVID-19;

- Des symptômes nouveaux ou persistants peuvent changer de manière imprévisible, affectant les usagers de différentes manières à des moments différents;
- Des stratégies d'autogestion des symptômes les plus communs;
- Les signes et symptômes qui justifient une consultation médicale;
- Qui contacter si les symptômes persistent ou s'aggravent, surtout s'ils sont présents depuis plus de 4 semaines après l'apparition de la maladie aiguë.

Afin d'aider les professionnels de la santé à suivre cette recommandation, des [fiches vulgarisées sur la COVID longue](#) et la gestion des symptômes ont été conçues. Elles peuvent être imprimées et remises aux usagers et à leurs proches. Un soutien du professionnel de la santé est toutefois nécessaire afin d'accompagner l'utilisateur dans les questionnements qui pourraient survenir à la lecture de ces informations. Le soutien d'un professionnel est aussi souhaitable pour assurer le suivi et favoriser la motivation dans l'utilisation des stratégies d'autogestion.

Recommandation 3

Discuter des avantages, des risques et bénéfices potentiels de chaque intervention dans un processus de prise de décision partagée entre le professionnel, l'utilisateur souffrant de la COVID longue et ses proches (NICE, 2021).

La prise de décision partagée est un processus par lequel les professionnels de la santé et les usagers prennent ensemble une décision éclairée, informée par les meilleures données probantes, en tenant compte des valeurs et préférences des usagers (Stacey et al., 2017). L'information devrait être partagée avec l'utilisateur et ses proches, au besoin, dans un format qui leur est accessible et facilement compréhensible (NICE, 2020a).

Il est important de décider ensemble du type de soutien et/ou de la réadaptation qui seront offerts à l'utilisateur. Il est possible d'explorer la possibilité de soutenir l'utilisateur et ses proches dans l'autogestion de ses symptômes, par exemple. Dépendamment des besoins de l'utilisateur, d'autres options peuvent être offertes, soit celles de référer cet usager vers un autre professionnel de la santé de première ligne, tel qu'un psychologue, vers un spécialiste, tel un cardiologue, ou encore vers une équipe multidisciplinaire spécialisée dans la gestion de la COVID longue, à condition qu'un tel service soit disponible dans votre région.

Tableau I
Étapes-clés du processus de prise de décision partagée (Makoul et Clayman, 2006)

- 1) Identifier la décision à prendre
- 2) Présenter les options (y compris celle de ne pas intervenir et de faire un suivi des symptômes)
- 3) Discuter des avantages/risques potentiels des options
- 4) Identifier les valeurs/préférences de l'utilisateur
- 5) Présenter vos recommandations concernant les options
- 6) Vérifier la compréhension
- 7) Explorer l'efficacité personnelle (confiance de l'utilisateur en sa capacité à réaliser les options proposées)
- 8) Procéder à la prise de décision ou la différer et prendre les dispositions nécessaires pour faire le suivi

Pour l'utilisateur, plusieurs avantages peuvent être associés à la prise de décision partagée dont une :

- Meilleure connaissance de sa condition de santé (Elwyn et al., 2016);
- Plus grande satisfaction vis-à-vis l'option retenue (Elwyn et al., 2016);
- Meilleure adhésion au traitement (Toupin-April et al., 2019);
- Réduction de la surutilisation des services de santé (Décarv et al., 2021).

Recommandations intermédiaires pour une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue

Bien sûr, il est important de considérer l'impact des symptômes sur la qualité de vie de l'utilisateur et sur l'utilisation efficiente des ressources disponibles, car chaque symptôme ne nécessite pas nécessairement une référence. Il est parfois utile d'observer l'évolution des symptômes dans le temps, en tenant compte du fait que ceux-ci varient souvent et peuvent ressurgir à différents moments, donc l'attention à leur porter peut également fluctuer dans le temps (NICE, 2020a). Dans le contexte où la COVID longue est une nouvelle maladie, encore peu connue et mal comprise, plusieurs usagers apprécieront également d'être dirigés vers des groupes de soutien rassemblant d'autres personnes vivant une situation semblable à la leur. Des communautés de personnes atteintes de la COVID longue se sont créées sur internet, partageant des conseils pratiques et comblant en partie le manque de soutien actuel dans le système de santé et de services sociaux (Ladds et al., 2020).

Recommandation 4

Recommandation 4 : Soutenir l'utilisateur souffrant de la COVID longue dans l'établissement de ses objectifs et l'identification des moyens à mettre en place afin de les atteindre (NICE, 2020a).

La COVID longue peut générer plusieurs problèmes de santé, comme la faiblesse musculaire, l'intolérance à l'effort, des difficultés respiratoires et bien d'autres. Si le professionnel peut être tenté d'introduire une multitude d'exercices à la routine de l'utilisateur, il est important bien connaître ses préférences. En effet, si celui-ci a un niveau d'énergie limité, il préférera peut-être reprendre des activités qui lui sont significatives, telles que des activités sociales ou de loisirs, à la réalisation d'un programme d'exercices. Des stratégies qui visent les changements de comportements et l'établissement d'objectifs personnels sont des éléments importants pour favoriser la motivation et la récupération chez les usagers atteints de la COVID-19 (Goodwin et al., 2021).

Il faut se rappeler que le but de la réadaptation est d'optimiser la fonction et de réduire les incapacités. Le professionnel devrait prioriser les objectifs avec l'utilisateur afin de lui permettre de participer à la réalisation sécuritaire de ses activités quotidiennes et améliorer sa qualité de vie. Il peut également jouer un rôle important dans la sensibilisation des proches et autres aidants à la réalité vécue par l'utilisateur, aux effets indésirables potentiels de l'effort chez la personne souffrant de COVID longue, ainsi qu'aux objectifs poursuivis par l'utilisateur.

2. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À L'EXERCICE PHYSIQUE

Champ d'application : Les recommandations suivantes sont issues de publications traitant principalement de l'exercice physique dans le contexte d'interventions en physiothérapie. Toutefois, considérant que certaines activités peuvent représenter un effort physique aussi ou sinon plus important que certains exercices physiques, il apparaît également pertinent de **considérer ces recommandations pour toute autre activité physique ou occupationnelle nécessitant un effort physique important.**

Recommandation 5

S'assurer que chaque usager souffrant de la COVID longue ait un programme de réactivation individualisé en ce qui concerne la fréquence, l'intensité, la durée et le type d'activité (Brown et al., 2021; OMS, 2021a).

Les usagers aux prises avec la COVID longue décrivent leur expérience comme déroutante, puisqu'ils sont pris dans un cycle où les améliorations sont suivies de périodes de recrudescence de symptômes. L'incertitude quant à leur pronostic, mêlée au manque de guidance de la part des professionnels de la santé en font une expérience particulièrement stressante (Ladds et al., 2020). La réadaptation est décrite comme porteuse d'espoir par les usagers souffrant de la COVID-19, mais une approche individualisée est nécessaire (Goodwin et al., 2021). Plusieurs usagers présentent également un déconditionnement physique et de la faiblesse musculaire suite à la COVID-19, c'est pourquoi la réactivation est envisagée.

Les programmes de réactivation doivent être flexibles, adaptables et individualisés aux besoins de chaque usager. **L'utilisation de programmes d'exercices fixes, ou standardisés** (ex. : *graded exercise therapy* ou GET) **est à éviter pour les personnes atteintes de la COVID longue.**

Il est souhaitable de débiter la réactivation avec des exercices qui supportent la récupération dans les activités fonctionnelles (OMS, 2021a). Les professionnels devraient faire de l'éducation auprès des personnes ayant eu la COVID-19 et leurs proches en ce qui concerne la reprise des activités habituelles. Il est important de reprendre les activités quotidiennes à un rythme qui respecte le niveau d'énergie disponible et n'aggrave pas les symptômes présents (OMS, 2021b). Par exemple, lorsque l'usager atteint un niveau de fatigue ou d'essoufflement de 3/10 sur l'échelle de Borg modifiée (voir [annexe A](#)), il devrait arrêter l'activité qu'il est en train d'exécuter et se reposer. Il est possible que des tâches habituellement réalisées en peu de temps exigent maintenant d'être réparties en plusieurs moments, étant donné la faible tolérance à l'effort. Des pauses régulières pourraient être nécessaires. Il faut résister à l'idée de se pousser malgré la fatigue, ce qui pourrait avoir des effets adverses et déclencher un malaise post-effort (voir recommandations 7-8) et ralentir, voire compromettre la récupération.

Message important : Le maintien du **niveau d'énergie**, sans exacerbation des symptômes, est essentiel dans la reprise graduelle des activités.

La progression des exercices devrait être lente et graduelle (OMS, 2021b) et tenir compte de l'ensemble des recommandations incluses dans ce document.

Tableau II
Progression suggérée en présence de déconditionnement et de la faiblesse musculaire

Selon tolérance, favoriser la progression selon l'ordre suivant :

- 1) La reprise des activités quotidiennes
- 2) Les exercices d'étirement, de renforcement actif, et ensuite contre résistance
- 3) Les exercices aérobiques

Message important : Les usagers avec des douleurs musculaires (ou myalgies) devraient éviter de faire des exercices de renforcement (OMS, 2021b).

Recommandation 6

Personnaliser et encadrer l'exercice par un professionnel de la santé tel un physiothérapeute ou un ergothérapeute ayant des connaissances sur les risques liés à l'exercice physique et les précautions à prendre (NICE, 2020b).

Il est important que les professionnels impliqués soient bien au fait des connaissances actuelles sur la COVID longue afin de mieux guider les usagers. En effet, **si l'exercice physique semble bénéficier à certains usagers avec la COVID longue, elle peut aggraver les symptômes et les incapacités chez d'autres**. Les facteurs permettant d'identifier les sujets qui répondront positivement à l'exercice ne sont pas connus, c'est pourquoi la prescription d'exercices thérapeutiques doit être utilisée avec prudence. L'utilisation de l'exercice comme stratégie de traitement des symptômes de la COVID longue est loin de faire consensus. En effet, plusieurs similarités sont notées entre la COVID longue et l'encéphalomyélite myalgique ou le syndrome de fatigue chronique (EM/SFC), notamment l'intolérance à l'exercice. Par contre, l'exercice s'avère bénéfique chez les personnes présentant un déconditionnement, telles que les personnes ayant été alitées. **Il serait donc inapproprié de prétendre que l'exercice est sécuritaire ou non sécuritaire pour l'ensemble des personnes aux prises avec la COVID longue** (Brown, 2021).

Recommandation 7

Exclure la présence de **malaise post-effort** avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021).

Recommandation 8

Surveiller l'apparition de **malaise post-effort** lors de la réactivation d'une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021).

Le symptôme le plus commun de la COVID longue est la fatigue. Les personnes souffrant de la COVID longue peuvent également expérimenter un phénomène appelé « *post-exertionnal malaise* » (PEM) que l'on pourrait traduire sous l'appellation « malaise post-effort » (voir fiche « malaise post-effort et COVID-19 »). Ce malaise résulte d'un dysfonctionnement du système neuro-immunitaire et est provoqué ou exacerbé après un effort physique, mental ou même après un stress émotif.

Tableau III
Symptômes caractéristiques du malaise post-effort

- Fatigue invalidante et disproportionnée par rapport à l'effort fourni
- Dysfonction cognitive
- Douleur
- Intolérance à l'exercice (physique, mental) et au stress émotif
- Apparition immédiate ou retardée (24 à 72h post-effort) des différents symptômes
- Récupération s'échelonne sur plusieurs jours, semaines et parfois mois

Message important : Le malaise post-effort peut être provoqué ou exacerbé après un effort **physique, mental** ou même après un **stress émotif**.

L'identification du malaise post-effort peut être réalisée grâce à des questions ciblées. Le questionnaire le plus fréquemment utilisé est le *DePaul Symptom Questionnaire post-exertionnal malaise screening subscale*. Une épreuve d'effort sur une période de deux jours est parfois réalisée pour objectiver la capacité cardio-pulmonaire de certains sujets, mais il n'est pas recommandé d'utiliser cette technique de façon routinière, car elle entraîne parfois une recrudescence des symptômes chez certains sujets. De plus, le *DePaul Symptom Questionnaire post-exertionnal malaise screening subscale* permet d'identifier le malaise post-effort chez 97 % des sujets avec un syndrome de fatigue chronique (Jason et al., 2018). Une traduction française de cet outil est proposée à l'Annexe D.

En présence de malaise post-effort, il est recommandé de cesser l'exercice physique. Deux ou trois semaines après que les symptômes se soient résorbés, il est possible de considérer la reprise de l'exercice physique (Greenhalgh et al., 2020). Il est important de réévaluer les modalités d'intervention en discutant avec l'usager des différentes options possibles.

Différentes stratégies de réadaptation sont présentement à l'étude, mais il appert que la conservation d'énergie est la stratégie la plus sécuritaire à l'heure actuelle. Les professionnels doivent éduquer les usagers souffrant de COVID longue sur les principes et stratégies de conservation d'énergie (voir fiche « Fatigue et COVID-19 »). Ils devraient également tenter d'adapter l'environnement de l'usager afin de lui permettre de compenser une perte d'endurance à l'effort et maximiser son autonomie fonctionnelle.

Message important : La conservation d'énergie est la stratégie la plus sécuritaire à l'heure actuelle.

Comment adapter la surveillance à l'effort pour une clientèle COVID longue n'ayant pas la capacité de répondre aux questionnaires d'évaluation des symptômes?

Les usagers ayant des troubles neurocognitifs ou des troubles de la communication représentent un défi supplémentaire dans l'identification de certaines caractéristiques propres au malaise post-effort et autres signes et symptômes de la COVID longue. En effet, il pourrait être impossible pour le clinicien d'utiliser les questionnaires ou les tests standardisés proposés dans la première section de ce document. Certaines alternatives sont proposées ici afin de lui permettre d'entreprendre une réactivation sécuritaire avec les usagers qui ont passé la phase aiguë de la maladie à COVID-19, soit les quatre premières semaines post-infection. Les principaux signes et manifestations à surveiller sont regroupés en six catégories présentées au tableau suivant.

Tableau IV
Signes et manifestations à surveiller chez la personne n'ayant pas la capacité de répondre aux questionnaires d'évaluation des symptômes

- Monitoring des signes vitaux et autres paramètres
- Manifestations comportementales : nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant
- Déclin fonctionnel
- Perturbations observables dans les routines quotidiennes
- Autres signes observables de douleur ou d'intolérance à l'effort

Des exemples pour chacune de ces catégories sont donnés à l'Annexe E. Il est important de surveiller l'apparition de ces manifestations quotidiennement et de tenter de relier un changement dans l'état de la personne à un changement dans les activités de celle-ci. Par exemple, si un déclin fonctionnel est noté, le professionnel devra examiner les activités de la personne âgée dans les dernières 72h, afin de tenter d'identifier quel effort inhabituel aurait pu causer ce malaise. Il est important de se rappeler qu'autant un effort physique que mental ou même émotif peut causer un malaise post-effort. Afin de trouver la cause du malaise post-effort et ainsi d'y remédier, le professionnel aura besoin de l'aide de l'ensemble des intervenants qui agissent auprès de l'usager. C'est pourquoi une communication régulière est essentielle entre tous les acteurs impliqués auprès de l'usager, ainsi que le fait de privilégier une concertation sur les interventions.

Parmi les possibilités d'intervention qui s'offrent à l'équipe d'intervenants ainsi qu'aux proches aidants, une observation plus systématique des manifestations peut être souhaitable. Un ajustement à la baisse du niveau d'activation peut également être envisagé en présence de signes et manifestations, soit une application des principes de conservations d'énergie. Dans certains cas, une attention médicale pourrait être requise. Le jugement professionnel est de mise afin de déterminer la conduite à tenir auprès de chaque usager. Une approche individualisée et interdisciplinaire est de mise afin de s'assurer d'une prise en charge sécuritaire de chacun.

Recommandation 9

Exclure une **problématique cardiaque** avant d'utiliser l'exercice physique⁵ comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021).

Recommandation 10

Surveiller l'apparition d'une **problématique cardiaque** à l'effort pour une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021).

La COVID-19 peut causer des problèmes de santé tels que la myocardite et la péricardite, qui sont associées à un plus grand risque de morbidité et de mortalité à l'exercice. Chez un athlète, il est recommandé de procéder à des examens d'investigation cardiaque avant de reprendre un entraînement intensif. Il n'est pas systématiquement recommandé de procéder à des investigations cardiaques pour la population qui ne prend pas habituellement part à des activités physiques intenses. Toutefois, une évaluation du risque, en surveillant les signes et symptômes d'un problème cardiaque, est souhaitable avant et pendant l'exercice physique chez toutes personnes ayant la COVID longue.

Tableau V
Signes et symptômes d'un problème cardiaque

- Douleur à la poitrine
- Dyspnée (souffle court)
- Tachycardie (fréquence cardiaque augmentée)
- Hypoxie (saturation en oxygène réduite)
- Palpitations
- Intolérance à l'exercice

Quand un problème cardiaque est suspecté, une attention médicale est requise avant d'entreprendre un programme d'activités physiques.

De façon générale, lors de la réalisation d'exercices physiques chez les personnes atteintes de la COVID longue, il est recommandé de demeurer en dessous du seuil anaérobie (Brown, 2021). Le seuil anaérobie est atteint lorsque la fréquence cardiaque est à 55 % de la fréquence cardiaque maximale chez un individu donné. Pour estimer la fréquence cardiaque cible afin de ne pas dépasser le seuil anaérobie, la formule suivante peut être utilisée (Brown, 2021) :

$$(220 - \text{âge}) \times 55 \%$$

5. Pour un niveau d'exercice associé à une perception d'effort au-delà de 3 points et plus sur l'échelle de Borg modifiée (voir [annexe A](#)).

Le professionnel doit également tenir compte de la présence de comorbidités et de la prise de médication dans la détermination de la fréquence cardiaque cible à l'effort.

Message important : Le développement ou la récurrence de signes et symptômes d'un problème cardiaque indique la nécessité de cesser les exercices et de consulter un médecin

Message important : Le repos et le rétablissement sont favorisés si des signes et symptômes cardiaques sont présents, avec une reprise graduelle des activités supervisée par un professionnel de la santé.

Recommandation 11

Les professionnels doivent exclure une **problématique respiratoire** avant d'utiliser l'exercice physique comme stratégie d'intervention pour une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021).

Recommandation 12

Les professionnels doivent surveiller l'apparition d'une **problématique respiratoire** (toux, dyspnée, désaturation) à l'effort pour une personne souffrant de la COVID longue (Brown et al., 2021; Greenhalgh et al., 2020)

Il est reconnu que la COVID-19 cause des problèmes respiratoires en phase aiguë. Cependant, ceux-ci peuvent également survenir ou persister au-delà de la phase aiguë. D'ailleurs, pour les patients qui n'ont pas été admis aux soins intensifs, mais qui ont eu des symptômes respiratoires significatifs, la *British Thoracic Society* (2020) propose un suivi médical dans la communauté qui inclut une radiographie des poumons à 12 semaines (Greenhalgh et al., 2020). Les professionnels devraient être attentifs à la présence de toux ou de dyspnée au repos ou à l'effort, symptômes fréquents chez les personnes atteintes de COVID longue. Certains signes sont également révélateurs d'un problème respiratoire, tels qu'une perte de puissance vocale ou une incapacité à maintenir une conversation en marchant.

La désaturation à l'effort peut également survenir chez les personnes souffrant de la COVID longue. L'hypoxie peut être symptomatique et associée à de la dyspnée, des étourdissements ou une sudation anormale, ou encore asymptomatique. Elle est alors appelée « hypoxie silencieuse » (Greenhalgh et al., 2020). C'est pourquoi il est important de mesurer objectivement la saturation en oxygène à l'aide d'un saturomètre.

La présence de désaturation à l'effort peut être évaluée à l'aide de tests standardisés tels que le *1 minute sit-to-stand* et le *40-step walk* (Greenhalgh et al., 2020). Le premier test est décrit comme un test pendant lequel l'utilisateur passe de la position assise sur une chaise à la position debout le plus grand nombre de fois possible en une minute. Ce test a une bonne corrélation avec le test de marche de 6 minutes, plus connu. Le deuxième test implique que l'utilisateur marche quarante pas sur une surface plane. Ce deuxième test est moins exigeant, mais n'a pas fait l'objet de validations. Il sera donc utile pour un usager chez qui les capacités physiques sont très réduites.

Message important : Une diminution de 3 % de la saturation en oxygène est considérée comme anormale et requiert une investigation (Greenhalgh et al., 2020).

Message important : Les tests de désaturation à l'effort ne devraient pas être réalisés si la saturation au repos est de moins de 96 % (Greenhalgh et al., 2020).

La saturation en oxygène devrait être monitorée régulièrement lors des exercices. Certains usagers auront besoin d'un apport supplémentaire en oxygène au repos ou à l'effort et devront faire l'objet d'une surveillance particulière.

La majorité des personnes noteront une amélioration progressive de leurs symptômes en mettant en place des stratégies de conservation d'énergie afin d'éviter la reprise trop rapide d'efforts soutenus. Par contre, en présence d'une imagerie pulmonaire anormale ou de désaturation, la référence vers un service de réadaptation respiratoire est souhaitable et aidera probablement au rétablissement (Greenhalgh et al., 2020). En effet, la réadaptation sous la forme d'exercices respiratoires réduit la sensation d'essoufflement chez les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et il est permis de croire que cette approche devrait également être utile chez les usagers atteints de COVID longue expérimentant des symptômes respiratoires (NIHR, 2021). Différentes techniques peuvent être enseignées aux usagers afin de contrôler la respiration, telles que la respiration diaphragmatique dans différentes postures facilitantes et l'expiration avec lèvres pincées (OMS, 2021a). Pour plus d'information à ce sujet, consultez la fiche « Essoufflement et COVID-19 ». Le contrôle de la respiration aide l'utilisateur à retrouver son calme et ainsi à prévenir l'anxiété qui peut être ressentie lors d'un épisode de dyspnée. Si ces techniques ne permettent pas de retrouver une respiration calme, une assistance médicale devrait être demandée. La toux sèche et chronique, en l'absence de signes de surinfection ou d'autres complications telles qu'une inflammation pleurale douloureuse, peut être soulagée par des techniques de contrôle respiratoire et de la médication lorsqu'indiqué (Greenhalgh et al., 2020). Pour plus d'information à ce sujet, consultez la fiche « Toux et COVID-19 ».

3. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES À LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE

Présentation clinique de la COVID chez la personne âgée

Les manifestations de la COVID diffèrent chez la personne âgée de chez le jeune adulte. Bien que la fièvre, la toux, la dyspnée, l'anosmie et les autres symptômes typiques de la COVID puissent être présents, d'autres éléments méritent l'attention du clinicien œuvrant auprès d'une clientèle gériatrique.

Tableau VI
Symptômes et complications de la COVID-19 à surveiller chez la clientèle gériatrique
(Leblanc et al., 2020; CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2020)

- Délirium hypoactif et/ou hyperactif
- Diarrhées
- Nausées
- Anorexie et dénutrition
- Déshydratation
- Chutes
- Syncope-orthostatisme
- Plaies de siège
- Déconditionnement
- Atélectasie
- Thrombose veineuse
- Embolie pulmonaire
- Défaillance cardiaque

Recommandation 13

Dépister et de surveiller l'apparition de signes de thrombose chez la personne âgée atteinte de COVID pendant les semaines suivant l'infection.

Les experts recommandent une thromboprophylaxie de routine chez la personne âgée atteinte de COVID-19. Le risque thrombotique est particulièrement élevé chez la personne alitée, obèse, ou avec antécédent de thromboembolie veineuse et c'est pourquoi certains experts recommandent alors une thromboprophylaxie majorée, s'étendant parfois jusqu'à 6 semaines après le diagnostic de COVID-19 (Leblanc et al., 2020; Nalbandian et al., 2021).

La mobilisation des membres inférieurs, la marche et les exercices circulatoires sont connus pour diminuer le risque de thrombose, ils sont donc indiqués chez les personnes âgées dans les semaines suivant l'infection à la COVID-19 (dans le respect des autres recommandations énoncées dans ce document).

Il y a une nécessité de dépister et de surveiller l'apparition de signes de thrombose (chaleur, douleur, gonflement, souvent au niveau du mollet, tests ex. : Homans, *squeeze test* ou palpation). L'arrêt des exercices impliquant les membres inférieurs et l'investigation médicale sont nécessaires en présence de signes de thrombose veineuse.

Prévalence du PEM et de l'EM chez la personne âgée

La présence du malaise post-effort (ou PEM) est surtout rapportée et étudiée chez une population jeune. Doit-on en conclure que le PEM n'est pas prévalent chez la population âgée, ou est-ce plutôt qu'il est sous-diagnostiqué? Pour l'instant, il n'y a pas de certitude à ce sujet. Nous tenterons ici une analyse sommaire de cette question.

Il semble évident que le PEM est difficile à évaluer chez une population avec des troubles neurocognitifs, étant donné que des questionnaires autoadministrés sont majoritairement utilisés pour l'évaluer. De plus, la population gériatrique présente souvent de nombreuses comorbidités, pouvant ainsi masquer certains symptômes qui seraient attribués au PEM chez des sujets sans problématique de santé connue.

Il faut savoir que la présence de malaise post-effort est l'un des critères phares de l'encéphalomyélite myalgique (EM) selon le consensus canadien de 2003 (Carruthers et al., 2011). Cet état, aussi appelé syndrome de fatigue chronique (SFC), peut apparaître sans que les causes exactes puissent être clairement déterminées. Cependant, des liens ont été établis entre certaines infections (principalement causées par des virus) et l'éclosion de la maladie (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS], 2010). Ce phénomène a été constaté après l'infection par un autre coronavirus, le SARS-CoV-1, qui était à l'origine de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002 et 2003. À cette occasion, on rapporte que, sur 233 personnes résidant à Hong Kong ayant survécu au SRAS, 40 % souffraient de fatigue chronique après environ 3 ou 4 ans et 27 % remplissaient les critères établis par les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention ou CDC) pour la définition du SFC/de l'EM (Levison, 2020).

Selon une étude très récente de Kedor et al. (2021), 45 % des personnes présentant des symptômes de COVID longue auraient développé le SFC ou encéphalomyélite myalgique six mois après le déclenchement de la maladie aiguë. Il est important de préciser que cette étude a été réalisée sur un petit nombre de sujets (42 participants) et ces résultats devront être appuyés par d'autres études. Ce chiffre tend toutefois à s'approcher des constats qui avaient été faits lors de l'épidémie de SRAS de 2002-2003. C'est pourquoi une approche prudente est de mise.

Par contre, le SFC touche essentiellement les adultes jeunes entre 20 et 40 ans et touche plus les femmes que les hommes. Certains ont avancé l'hypothèse du rôle des hormones sexuelles dans le développement de cette maladie auto-immune, bien que les mécanismes en cause restent à préciser. En effet, le cas type est une femme en âge de procréer, bien qu'il existe cependant des cas chez les adolescents et les personnes plus âgées (Gluckman, 2020). C'est également le cas pour la plupart des maladies auto-immunes. Peut-être est-ce relié au fait que la réaction immunitaire à une infection virale diminue avec l'âge (phénomène d'immunosénescence)? Certains chercheurs pensent que l'étiologie se révèle finalement multifactorielle et inclut une prédisposition génétique, l'exposition à des virus ou à des toxines et d'autres traumatismes physiques et/ou émotionnels.

Message important : Il semble peu probable que les personnes très âgées développent un SFC suite à la COVID, puisque ce syndrome est peu courant dans cette tranche d'âge, quelle qu'en soit la cause.

Recommandation 14

Faire preuve de jugement clinique dans l'évaluation des risques et bénéfices de la réactivation en fonction des risques de déconditionnement chez la personne âgée souffrant de la COVID longue.

Sachant toutefois qu'il existe un risque de déclencher un malaise post-effort chez une personne âgée atteinte de COVID longue, il apparaît également important de mettre dans la balance le risque de ne pas intervenir. En effet, les risques associés au déconditionnement de la personne âgée sont bien documentés. Les impacts d'une immobilisation prolongée sont multisystémiques et peuvent causer une atteinte au niveau cardiovasculaire, respiratoire, digestif, métabolique, cutané, immunitaire, musculosquelettique ou cognitif (Woods et al., 2020).

Par exemple :

- Une personne âgée peut perdre 1 à 5 % de sa masse musculaire chaque jour si elle n'est pas physiquement active (Leblanc et al., 2020).
- On observe fréquemment chez une clientèle âgée présentant un trouble léger de la mobilité de base qu'un alitement aussi court que 24 heures peut entraîner une perte de la mobilité autonome et sécuritaire (Gouvernement du Québec, 2011).
- En général, chez la clientèle âgée, 1 journée d'alitement nécessite 3 jours pour récupérer, 1 semaine au lit nécessite 3 semaines de récupération (Leblanc et al., 2020).

Or, les mesures de la santé publique actuellement en place (confinement, fermeture des centres de conditionnement physique, distanciation sociale, etc.) pour prévenir la transmission du COVID-19 ont le potentiel de réduire l'activité physique dans la population (Woods et al., 2020). Ces mesures sanitaires augmentent donc le risque de déconditionnement chez la population âgée vivant dans la communauté ou en institution. Finalement, les changements physiologiques attribuables au vieillissement rendent les personnes âgées beaucoup plus vulnérables aux complications de la COVID-19 (Woods et al., 2020).

Bref, il appert que, chez la personne âgée, il y a des bénéfices et des risques associés au fait de faire de l'exercice, comme de ne pas faire de l'exercice. Si le risque de causer un malaise post-effort est une possibilité difficile à estimer en regard de l'état actuel des connaissances, le risque de déconditionnement est une réalité, voire une fatalité si la personne âgée n'est pas stimulée. Il faut toutefois garder en tête que le déconditionnement peut être présent sur de multiples plans (ex. cognitif, psychologique, etc.) et qu'il existe de nombreuses façons de favoriser la réactivation chez la personne âgée, sans que cela n'implique nécessairement la pratique de l'exercice. Ainsi, le fait de favoriser l'autonomie et la participation sociale au quotidien peut également permettre d'atteindre des bénéfices liés à la réactivation.

Comment distinguer la COVID longue, le PEM et le déconditionnement?

Il peut être difficile au premier abord d'identifier la cause des difficultés notées chez un usager âgé. En effet, plusieurs conditions de santé peuvent présenter des similitudes dans leur présentation clinique. C'est le cas pour les signes et symptômes de la COVID longue et le déconditionnement. Tous deux peuvent entraîner une faiblesse généralisée, des chutes, une dénutrition, un manque d'endurance à l'effort, un essoufflement, des pertes au niveau des fonctions cognitives, etc. Quels éléments peuvent donc guider le clinicien dans son plan de traitement?

D'abord, il faut se rappeler que toutes les personnes présentant des symptômes persistants de la COVID ne seront pas confrontées au phénomène du PEM. La plupart verront leur état s'améliorer au fil du temps. Cependant, l'usager expérimentant le malaise post-effort aura une présentation clinique particulière durant sa réactivation. Ses symptômes suivront une courbe faite d'une succession de hauts et de bas, les bas représentant le malaise ressenti suite à un effort. Les recommandations formulées au début de ce document visent à s'assurer de limiter le plus possible la survenue de ces « crash ». Pour sa part, l'usager âgé déconditionné qui prend part à un programme de réactivation verra une progression lente, mais certaine de son état, jusqu'à l'atteinte d'un plateau.

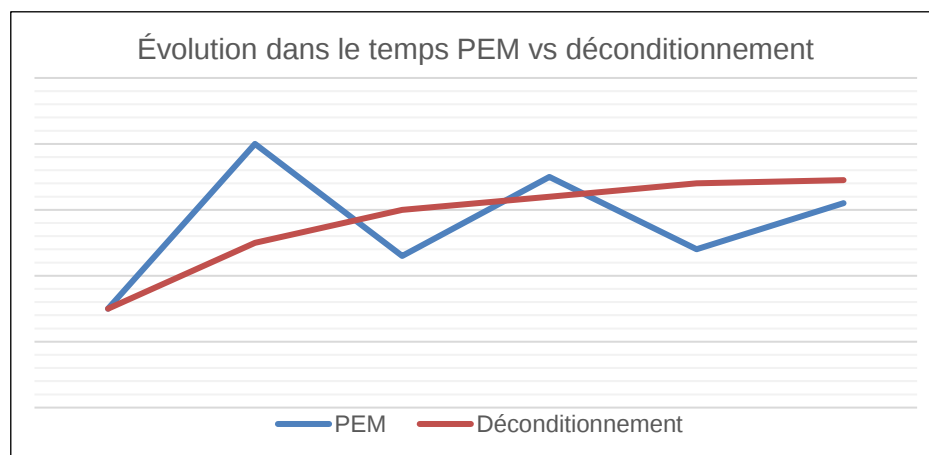


Fig. 1 – Évolution dans le temps PEM vs déconditionnement

Bien évidemment, la présence de comorbidités peut venir influencer cette progression. Pensons par exemple à un usager atteint de Parkinson, souffrant d'une infection urinaire aiguë, ou simplement aux variations de l'état dues à la prise de médication dans la journée. Même un clinicien expérimenté avec la clientèle gériatrique se trouvera souvent devant des hypothèses, qu'il confirmera ou invalidera au fil du temps, ou peut-être restera-t-il aussi parfois sans certitude face à ses questions.

Listes des annexes

Annexe A	Échelle de Borg modifiée
Annexe B	Dépistage COVID longue New Castle
Annexe C	Dépistage COVID longue Yorkshire
Annexe D	Questionnaire DePaul - Évaluation de la fatigue
Annexe E	Aide-mémoire : Signes et symptômes à surveiller chez la clientèle post-COVID n'ayant pas la capacité de répondre aux questionnaires d'évaluation des symptômes

Références

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). 2010. *Le syndrome de fatigue chronique : état des connaissances et évaluation des modes d'intervention au Québec*. (Publication ETMIS 2010; vol. 6 : No 2).
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Autres/ETMIS2010_Vol6_No2.pdf
- British Thoracic Society. (2021, avril). *British Thoracic Society guidance on respiratory follow up of patients with a clinico-radiological diagnosis of COVID-19 pneumonia*. <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/quality-improvement/covid-19/resp-follow-up-guidance-post-covid-pneumonia/>
- Brown, D. (2021). *Long COVID* [formation]. Physioplus. <https://members.physio-pedia.com/learn/long-covid/>
- Brown, D., Décary, S. et Poirier, S. (2021). *Statement on Safer Rehabilitation for People Living with Long COVID*. [Document en préparation].
- Carruthers, B. M., van de Sande, M. I., De Meirleir, K. L., Klimas, N. G., Broderick, G., Mitchell, T., Staines, D., Powles, A. C., Speight, N., Vallings, R., Bateman, L., Baumgarten-Austrheim, B., Bell, D. S., Carlo-Stella, N., Chia, J., Darragh, A., Jo, D., Lewis, D., Light, A.R.,... Stevens, S. (2011). Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *Journal of internal Medicine*, 270(4), 327-38.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x>
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2020). *Protocole interdisciplinaire- Prévention de l'immobilisation, du déclin fonctionnel et réadaptation des usagers adultes hospitalisés en isolement, confirmés ou suspectés d'être atteints de la COVID-19*.
<https://drive.google.com/file/d/1vwcb17Y2oZVwBEklnZLnCb58UnsaPVB/view?usp=sharing>
- Décary, S., Zadro, J. R., O'Keeffe, M., Michaleff, Z. A., Traeger, A. C., et Légaré, F. (2021). Overcoming Overuse Part 5: Is Shared Decision Making Our Excalibur? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 51(2). 53-56. <https://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2021.0103>
- Elwyn G, Frosch DL et Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science*, 11(114). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
- Gluckman, S. (2020). Syndrome de fatigue chronique. DANS *LE MANUEL MERCK*.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/syndrome-de-fatigue-chronique/syndrome-de-fatigue-chronique>
- Goodwin, V. A., Allan, L., Bethel, A., Cowley, A., Cross, J. L., Day, J. Drummond, A., Hall, A. J., Howard, M., Morley, N., Thompson Coon, J. et Lamb, S. E. (2021). Rehabilitation to enable recovery from COVID-19: a rapid systematic review. *Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.007>
- Gouvernement du Québec. (2011, février). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (Publication no : 10-830-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Greenhalgh, T., Javid, B., Knight, M., Inada-Kim, M. (2020, avril). *What is the efficacy and safety of rapid exercise tests for exertion desaturation in COVID-19*. The Centre for Evidence-Based Medicine.
<https://www.cebm.net/covid-19/what-is-the-efficacy-and-safety-of-rapid-exercise-tests-for-exertional-desaturation-in-covid-19/>
- Jason L., McManimen, S., Sunnquist, M., et Holtzman, C. S. (2018). Patient perceptions of post exertional malaise. *Fatigue: Biomedicine, Health and Behavior*, 6(2), 92-105.
<https://doi.org/10.1080/21641846.2018.1453265>
- Kedor, C., Freitag, H., Meyer-Arndt, L., Wittke, K., Zoller, T., Steinbeis, F., Haffke, M., Rudolf, G., Heidecker, B., Volk, H. D., Skurk, C., Paul, F., Bellmann-Strobl, J., Scheibenbogen, C. (2021). Chronic COVID-19 Syndrome and Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) following the first pandemic wave in Germany: a first

analysis of a prospective observational study. *medRxiv*. Prépublication.

<https://doi.org/10.1101/2021.02.06.21249256>

- Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L. et Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. *BMC Health Services Research*, 20(1144). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>
- Leblanc, J., Marchand, L., Vu, M. T.T., Latour, J., Nguyen, P. VQ., Nguyen Q. D. et Desmarais, P. (2020, mai). *COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature* (version 2020.05.03). Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). https://www.apesquebec.org/sites/default/files/formation/2020/20200430_COVID-19-Principes-geriatriques/20200504_FDDIF_COVID-19_geriatrie_present.pdf
- Levison, M. E. (2020). Commentaire : Ce que nous savons jusqu'à présent sur le syndrome post-COVID. DANS *LE MANUEL MERCK*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/news/editorial/2020/09/23/20/17/post-covid-syndrome>
- Makoul, G., et Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehrawat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J. Mohan, S., Beckley, A. A., ... Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 27, 601-615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021, avril). *COVID-19 Rapid guideline: Managing COVID-19*. <https://app.magicapp.org/#/guideline/L4Qb5n/section/jzORaL>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020a, décembre). *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19* (publication NG188). www.nice.org.uk/guidance/ng188
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020b, novembre). *Guideline, Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management*. Draft for consultation. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10091/documents/draft-guideline>
- National institute for health research (NIHR). (2021, mars). *Living with Covid19 - Second review*. <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19-second-review/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021a). *Clinical management of patients with COVID-19 - Rehabilitation of patients with COVID-19* [formation]. <https://openwho.org/courses/clinical-management-COVID-19-rehabilitation>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021b, janvier). *COVID-19 Clinical management: living guidance*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rover, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R. et Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews* 2017, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
- Toupin-April K., Barton, J. L., Fraenkel, L., Meara, A., Li, L. C., Brooks, P., de Wit, M., Dawn, S., Légaré, F., Shea, B., Lyddiatt, A., Hofstetter, C., Christensen, R., Sholte Voshaar, M., Suarez-Almazor, M. E., Boonen, A., Meade, T., March, L., Jull, J. E.,... Tugwell, P. S. (2019). OMERACT development of a core domain set of outcomes for shared decision-making interventions. *The Journal of Rheumatology*, 46(10), 1409-1414. <https://doi.org/10.3899/jrheum.181071>
- Woods, J. A., Hutchinson, N. T., Powers, S. K., Roberts, W. O., Gomez-Cabrera, M. C., Radak, Z., Berkes, I., Boros, A., Boldogh, I., Leeuwenburgh, C., Coelho-Júnior, H. J., Marzetti, E., Cheng, Y., Liu, J., Durstine, J. L., Sun, J., & Ji, L. L. (2020). The COVID-19 pandemic and physical activity. *Sports Medicine and Health Science*, 2(2), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2020.05.006>

Historique du document		
Approuvé par	Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU Annik Jobin, Conseillère cadre à l'innovation et au développement des outils cliniques, DSMREU	Date 2021-05-21
Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Anne-Marie Breton, Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), Équipe qualité de la pratique clinique, DSMREU	2021-05-21
	Eve Dulude, Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), équipe formation et développement professionnel, DSMREU	2021-05-21
Révisé par	Judith Baribeau-Rondeau, physiothérapeute, DSMREU	2021-04-19
	Nathalie Beaupré, Spécialiste en activités cliniques (SAC), physiothérapeute, et kinésiologue, DPSAPA	2021-04-14
	Dr Chérisol Rémy, CMFC Clinicien au GMF du Lac St-Francois de Valleyfield Hospitaliste au Centre hospitalier du Suroit	2021-04-19
	Manuel Campeau, Ergothérapeute et responsable de la coordination clinico-administrative en réadaptation, DPSAPA et DSMREU	2021-04-12
	Émilie Gauthier, ergothérapeute, DSMREU	2021-04-16
	Émilie-Sarah Milton Mcsween, physiothérapeute, DSMREU	2021-04-16
	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2021-05-21

PERCEPTION DE L'EFFORT	
	0 Rien du tout
	0,5 Très très facile
	1 Très facile
	2 Facile
	3 Moyen
	4 Un peu difficile
	5 Difficile
	6 Plus difficile
	7 Très difficile
	8
	9 Très très difficile
	10 Maximum



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Conception : Jean Jobin, 1989
Adaptée de : Borg, G.A.V. Psycho-physical basis of perceived exertion.
Med. & Science in Sport Exercise. 1982; vol 14(5):377-81
Tous droits réservés.
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Révision : janvier 2010

https://iucpq.qc.ca/sites/default/files/epe_20200405.pdf

Annexe B Dépistage COVID longue NewCastle

CLI-60405 – Dépistage COVID longue NewCastle



Installation : Inscrire l'installation

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, prénom de la mère : _____

DÉPISTAGE COVID LONGUE NEWCASTLE

À utiliser pour documenter les symptômes de la COVID longue

Symptômes actuels			
Rempli le :		Nombre de jour post-COVID :	
1.	Vous êtes-vous complètement rétabli(e) ou êtes-vous toujours préoccupé par les symptômes	☐ Symptômes ☐ Complètement rétabli	
2.	Êtes-vous plus essoufflé(e) maintenant qu'avant avoir eu la COVID-19?	☐ Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? ☐ Pensez-vous que vous êtes sur le chemin du retour à la pleine forme?	
3.	Vous sentez-vous plus fatigué(e) (épuisé(e) / manque d'énergie ou de zeste) par rapport à votre état pré-COVID?	☐ Ressentez-vous plus de symptômes que ce à quoi vous vous attendiez maintenant? ☐ Pensez-vous que vous êtes sur le chemin du retour à la pleine forme?	
4.	Avez-vous de la toux (toux différente de ce que vous pouviez avoir avant la COVID-19)?	☐ Oui	☐ Non
5.	Avez-vous des palpitations (sentiment que vous pouvez sentir votre cœur battre)?	☐ Oui	☐ Non
6.	Quelle est votre force physique? Vous sentez-vous si faible que cela limite ce que vous pouvez faire (plus que vous ne l'étiez comparé à votre état pré-COVID)?	☐ Oui	☐ Non
7.	Avez-vous des myalgies (des douleurs musculaires)?	☐ Oui	☐ Non
8.	Avez-vous de l'anosmie (aucun sens de l'odorat)?	☐ Oui	☐ Non
9.	Avez-vous perdu le sens du goût?	☐ Oui	☐ Non
10.	Est-ce que votre sommeil est perturbé (plus que ce ne l'était pré-COVID)?	☐ Oui	☐ Non
11.	Avez-vous des cauchemars ou des « flashback »?	☐ Oui	☐ Non
12.a	Est-ce que votre humeur est basse / Vous sentez-vous déprimé(e) / un manque de motivation / aucun plaisir à quoi que ce soit?	☐ Oui	☐ Non
12.b	Vous sentez-vous plus anxieux / inquiet qu'auparavant?	☐ Oui	☐ Non
13.	Avez-vous perdu du poids (plus que 3 kg / 6 lbs) depuis que vous avez eu la COVID?	☐ Oui	☐ Non
14.	Avez-vous d'autres symptômes?	Inscrire les autres symptômes	

Complété par ☐ l'utilisateur lui-même ☐ son représentant ☐ professionnel (titre) : Inscrire le titre professionnel

Signature: _____ Date : _____

CLI-60405 (2021-04)

DÉPISTAGE COVID LONGUE
NEWCASTLE

Dossier de l'utilisateur
Page 1 sur 1

Recommandations intermédiaires pour une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue

GUI-10239

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Page 27 sur 36

Annexe C

Dépistage COVID longue Yorkshire

CLI-60416 – Dépistage COVID longue Yorkshire



Installation : Inscrire l'installation

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, prénom de la mère : _____

DÉPISTAGE COVID LONGUE YORKSHIRE

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

Explications :																																																																																																							
Je vais vous poser quelques questions sur la façon dont vous pourriez avoir été affecté(e) depuis votre maladie. S'il y a d'autres façons dont vous avez été affecté(e), alors il y aura une chance de me les faire savoir à la fin.																																																																																																							
1.	Essoufflement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucun essoufflement, et 10 étant extrêmement essoufflé(e), comment êtes-vous essoufflé(e)? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au repos présentement</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Au repos pré-COVID</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En s'habillant présentement</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En s'habillant pré-COVID</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En montant les escaliers présentement</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En montant les escaliers pré-COVID</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>													0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A	Au repos présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Au repos pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	En s'habillant présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	En s'habillant pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	En montant les escaliers présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	En montant les escaliers pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A																																																																																											
Au repos présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
Au repos pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
En s'habillant présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
En s'habillant pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
En montant les escaliers présentement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
En montant les escaliers pré-COVID	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																											
2.	Complications laryngées / voies respiratoires : Avez-vous développé des changements dans la sensibilité de votre gorge comme une toux gênante ou une respiration bruyante? ☐ oui ☐ non Évaluez l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10																																																																																																						
3.	Voix : Est-ce que vous ou votre famille avez remarqué des changements dans votre voix, comme de la difficulté à être entendu(e), une altération de la qualité de la voix, votre voix est fatiguée à la fin de la journée, ou une incapacité à modifier la tonalité de votre voix? ☐ oui ☐ non Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10																																																																																																						
4.	Avaler : Avez-vous de la difficulté à manger, à boire ou à avaler, comme tousser, s'étouffer ou éviter de manger ou de boire? ☐ oui ☐ non Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10																																																																																																						

CLI-60416 (2021-05)

**DÉPISTAGE COVID LONGUE
YORKSHIRE (PROJET CO-VIE)**

Dossier de l'utilisateur
Page 1 sur 4

Recommandations intermédiaires pour une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue

GUI-10239

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Page 28 sur 36

Nom, Prénom :

Dossier :

5.	Nutrition : Êtes-vous ou votre famille préoccupé(e) par une perte de poids ou des problèmes nutritionnels persistants à la suite de la COVID-19? ☐ oui ☐ non Veuillez classer votre appétit ou votre intérêt à manger sur une échelle de 0 à 10 depuis la COVID-19 (0 étant le même que d'habitude / aucun problème, 10 étant des problèmes / réduction très graves) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
6.	Mobilité : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez en marchant? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de marcher) Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
7.	Fatigue : Vous fatiguez-vous plus facilement qu'avant votre maladie? ☐ oui ☐ non Dans quelle mesure cela affecte-t-il votre mobilité, vos soins personnels, vos activités ou votre plaisir de vivre? (0 n'affectant pas, 10 étant très impactant) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
8.	Soins personnels : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de vos problèmes de soins personnels tels que vous laver et vous habiller? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes soins personnels) Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
9.	Continence : Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler vos intestins? ☐ oui ☐ non Depuis la COVID-19, avez-vous des problèmes à contrôler votre vessie? ☐ oui ☐ non
10.	Activités habituelles : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité des problèmes que vous rencontrez dans l'exercice de vos activités habituelles, telles que votre rôle domestique, vos activités de loisir, votre travail ou vos études? (0 signifie que je n'ai aucun problème, 10 signifie que je suis complètement incapable de faire mes activités habituelles) Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Nom, Prénom :

Dossier :

11.	Douleur / inconfort : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité de la douleur ou de l'inconfort que vous ressentez? 0 signifie que je n'ai ni douleur ni gêne, 10 signifie que j'ai une douleur extrêmement intense. Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
12.	Cognition : Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de concentration? ☐ oui ☐ non Depuis votre maladie, avez-vous eu des difficultés nouvelles ou aggravées de mémoire à court terme? ☐ oui ☐ non
13.	Communication : Votre famille ou vous-même avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous communiquez avec les gens, comme donner un sens aux choses que les gens vous disent, mettre des pensées en mots, avoir des difficultés à lire ou à avoir une conversation? ☐ oui ☐ non Évaluez l'importance de l'impact sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucun impact, 10 étant un impact significatif) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
14.	Anxiété : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de l'anxiété que vous ressentez? 0 signifie que je ne suis pas anxieux, 10 signifie que je suis extrêmement anxieux. Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
15.	Dépression : Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la gravité de la dépression que vous vivez? 0 signifie que je ne suis pas déprimé, 10 signifie que j'ai une dépression extrême. Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
16. A	Stress post-traumatique : Avez-vous eu des souvenirs indésirables de votre maladie ou de votre hospitalisation pendant que vous étiez éveillé, sans compter les rêves? ☐ oui ☐ non À quel point ces souvenirs vous dérangent-ils? ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère ☐ Extrême
16. B	Avez-vous eu des rêves indésirables concernant votre maladie ou votre admission à l'hôpital? ☐ oui ☐ non À quel point ces rêves vous dérangent-ils? ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère ☐ Extrême

Nom, Prénom :

Dossier :

16. C	Avez-vous essayé d'éviter de penser ou de ressentir votre maladie ou votre hospitalisation? ☐ oui ☐ non
	Combien d'efforts faites-vous pour éviter ces pensées ou ces sentiments? ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère ☐ Extrême
16. D	Pensez-vous actuellement à vous faire du mal de quelque manière que ce soit? ☐ oui ☐ non
17.	Santé globale perçue : À quel point votre santé est-elle bonne ou mauvaise? 10 signifie la meilleure santé que vous pouvez imaginer, 0 signifie la pire santé que vous puissiez imaginer. Présentement ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Pré-COVID ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Avez-vous expérimenté d'autres nouveaux problèmes depuis votre maladie qui n'ont pas été mentionnés?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Notes du clinicien :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Source : *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation (ACNR)*

Complété par ☐ l'utilisateur lui-même ☐ son représentant ☐ professionnel (titre) : Inscrire le titre professionnel

Signature:

Date :

_____aaaa/mm/jj

Annexe D

Questionnaire DePaul – Évaluation de la fatigue

CLI-60415 – Questionnaire DePaul – Évaluation de la fatigue



Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M

 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____

 aaaa-mm
 Nom, prénom de la mère : _____

QUESTIONNAIRE DEPAUL ÉVALUATION DE LA FATIGUE

Pour évaluer le niveau de fatigue dans le cadre du projet Co-Vie.

Questionnaire complété le : _____ aaaa/mm/jj Date du début des symptômes: _____ aaaa/mm/jj
 Date du diagnostic: _____ aaaa/mm/jj

Fréquence : Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'un de ces symptômes ?					
0 = Jamais 1 = De temps en temps 2 = Environ la moitié du temps 3 = La plupart du temps 4 = Tout le temps					
Symptômes	0	1	2	3	4
1. Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	☐	☐	☐	☐	☐
2. Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	☐	☐	☐	☐	☐
3. Fatigué(e) mentalement après le moindre effort	☐	☐	☐	☐	☐
4. Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
5. Épuisé(e) physiquement ou malade après une activité légère	☐	☐	☐	☐	☐

Sévérité : Au cours des 6 derniers mois, à quel degré ce symptôme vous a-t-il dérangé?					
0 = Symptôme non présent 1 = Faible 2 = Modéré 3 = Sévère 4 = Très sévère					
Symptômes	0	1	2	3	4
1. Sensation d'assommement, de lourdeur après avoir débuté un exercice physique	☐	☐	☐	☐	☐
2. Douleur ou fatigue le lendemain d'activités ordinaires non intensives	☐	☐	☐	☐	☐
3. Fatigué(e) mentalement après le moindre effort	☐	☐	☐	☐	☐
4. Faire un minimum d'exercice vous fatigue physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
5. Épuisé(e) physiquement ou malade après une activité légère	☐	☐	☐	☐	☐

Dossier :

Pour chaque question ci-dessous, choisissez la réponse qui décrit le mieux vos symptômes de malaise post-effort		
6. Avez-vous nécessité d'une à 2 heures pour vous remettre d'une activité extrascolaire, sportive ou d'une sortie avec des amies?	☐ Oui	☐ Non
7. Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort physique minime?	☐ Oui	☐ Non
8. Ressentez-vous une aggravation de votre fatigue/maladie liée à l'énergie après avoir fourni un effort mental?	☐ Oui	☐ Non
9. Si vous vous sentez moins bien après des activités, combien de temps cela dure-t-il?	☐ Moins ou égale à 1 heure ☐ 2-3 heures ☐ 4-10 heures ☐ 11-13 heures ☐ 14-23 heures ☐ Plus de 24 heures	
10. Si vous ne faites pas d'exercice, est-ce parce que l'exercice aggrave vos symptômes?	☐ Oui	☐ Non

Notation du DSQ-PEM pour le diagnostic EM et/ou de SFC	
Questions 1 à 5	Une fréquence et un score de sévérité de 2, pour l'une des questions 1 à 5, est un indicatif du malaise post-effort.
Question 7 et 8	Soit le point 7, soit le point 8 doit avoir une réponse positive pour indiquer un diagnostic d'EM et/ou de SFC.
Question 9	Une réponse ≥ 14 heures est nécessaire pour indiquer un diagnostic d'EM et/ou de SFC.
Question 6 et 10	Aucun de ces points d'indique un diagnostic d'EM et/ou de SFC, mais ils fournissent une description du malaise post-effort chez le patient à des fins d'évaluation clinique.

Interprétation ou commentaires	

Complété par : _____
Signature et titre

Date : _____
aaaa/mm/jj

Dossier de l'utilisateur
Page 2 sur 2

Aide-mémoire : Signes et symptômes à surveiller chez la clientèle post-COVID n'ayant pas la capacité de répondre aux questionnaires d'évaluation des symptômes

Monitoring des signes vitaux et autres paramètres	• Fièvre : pour la clientèle gériatrique, température au-delà de 37,8° ou 38° si température buccale ou 1 degré de plus que la température de base habituelle • Fréquence cardiaque : – Augmentation de la FC de 30 bpm indicateur de POTS (<i>postural orthostatic tachycardia syndrome</i>) • Saturation O₂ : voir recommandations 11 et 12 • Chute de la TA : – TA systolique < 90mmHg: Signe de septicémie ou de choc – Étourdissements (signe d'hypotension orthostatique) • Dyspnée/Fréquence respiratoire augmentée > 28 ou 30 respirations/minute
Manifestations comportementales : nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant	• Agité • Pas comme d'habitude • Agressivité (comportement mesurable et observable) • Irritabilité (comportement mesurable et observable) • Perte d'appétit • Apathie • Diminution de participation aux activités usuelles
Déclin fonctionnel	• Plus de difficulté à réaliser les transferts • Diminution de la performance à la marche (distance, vitesse) • Augmentation des chutes ou presque chutes • Incontinence nouvelle • Changement soudain de l'état mental : – Plus confus – Plus somnolent – « On ne le reconnaît plus » – Ne sait plus comment utiliser ses affaires
Perturbations observables dans les routines quotidiennes	• Nausée, anorexie (ne mange plus) • Signes de déshydratation (quantité et caractéristiques de l'urine à surveiller) • Diarrhée • Faiblesse généralisée et perte d'endurance à l'effort lors des AVQs, des activités stimulantes au niveau cognitif ou de socialisation • Perturbation du sommeil
Autres signes observables	• Sudation inhabituelle • Facies exprimant la douleur • Posture antalgique (ex : se masse les cuisses, réaction de protection lorsque le soignant veut toucher une partie du corps) • Toux fréquente • Perte de puissance vocale ou incapacité à maintenir une conversation en marchant

Références

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021, février). *Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19* (publication no : 20-210-389W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002898/?&date=DESC&sujet=covid-19&critere=sujet>

Raj, S. R., Arnold, A. C., Barboi, A., Claydon, V. E., Limberg, J. K., Lucci, V. E. M., Numan, M., Peltier, A., Snapper, H., et Vernino, S. (2021). *Long-COVID postural tachycardia syndrome: an American Autonomic Society statement. Clinical Autonomic Research*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10286-021-00798-2>

Recommandations intermédiaires pour une réactivation sécuritaire des personnes souffrant de la COVID longue

