



Réseau-1 Québec

Série de webinaires 2020-2021

***COVID longue, EM-SFC et
Hippocrate : une histoire
de partenariat patient***

Simon Décary
26 février 2021

Réseau-1 Québec

Yves Couturier, *Directeur scientifique*
Mélanie Ann Smithman, *Fonction renforcement des capacités*

info@reseau1quebec.ca | reseau1quebec.ca

 **@reseau1quebec**



Réseau-1 Québec



Simon Décary est physiothérapeute, chercheur postdoctoral sur la prise de décision partagée en réadaptation à l'Université Laval et prochainement professeur de physiothérapie à l'Université de Sherbrooke. Son laboratoire cherche à améliorer l'organisation des services de réadaptation en soins primaires axés sur les patients afin d'assurer une expérience de soins sécuritaire et de qualité. Ses travaux principaux financés par Réseau-1 Québec et les IRSC portent sur la prise de décision partagée et la douleur chronique musculosquelettique. Depuis le début de la crise de la COVID-19, ses intérêts incluent maintenant les patients atteints de fatigue chronique post-virale telle l'encéphalomyélite myalgique.



Questions ou commentaires ?

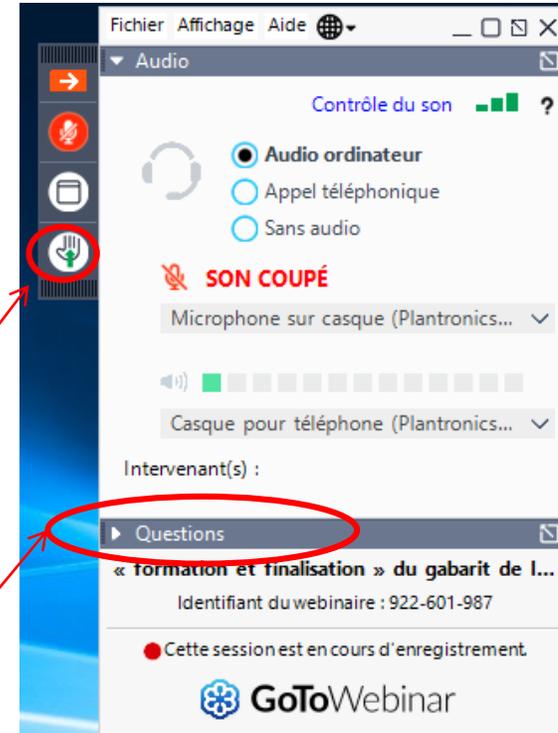
Posez vos questions de deux façons:

1. *Lever la main*:

Nous ouvrirons votre micro et vous inviterons à poser votre question oralement durant la période de questions.

2. *Par écrit* :

Tout au long de la présentation, vous pouvez écrire une question dans la boîte (cliquer sur Questions pour l'ouvrir). Nous répondrons à votre question durant la période de questions.



COVID Longue, EM/SFC et Hippocrate: Une histoire de partenariat patient

Simon Décary, pht., Ph. D.

Professeur adjoint de physiothérapie

Université de Sherbrooke

Laboratoire de recherche sur la réadaptation axée sur le patient

Réseau-1 Québec

26 Février 2021



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE



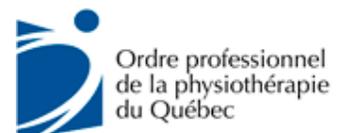
*Fonds de recherche
Santé*

Québec 



SPOR 
Strategy for Patient-Oriented Research
**EVIDENCE
ALLIANCE**

Bourses postdoctorales
Banting
Postdoctoral Fellowships



Un an déjà...

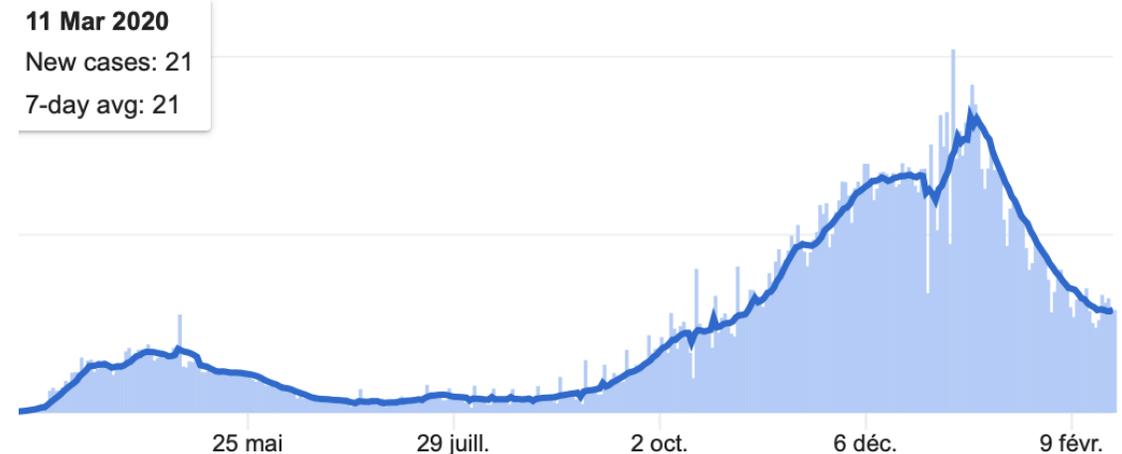
- 110M dans le monde, 2.5M de décès
- 850K au Canada, 22K décès
- 285K au Québec, 10K décès
- Pic hospitalisation à 3K en Janvier 2021
- 2 vaccins efficaces

28 février 2020 19h44 / Mis à jour à 23h24

Le premier cas de COVID-19 au Québec est confirmé

LA PRESSE CANADIENNE

MONTRÉAL — Un premier cas d'infection au coronavirus est confirmé au Québec. À la suite de l'analyse réalisée par le Laboratoire de microbiologie de Winnipeg, le cas «probable» au COVID-19 a été confirmé, vendredi, par communiqué, portant le total au pays à 15 cas.



Et on parle maintenant de LA COVID Longue...



Note d'information

19 Février 2021

Effet à long-terme de la COVID-19 : État des connaissances

[Home](#) » [About NIH](#) » [Who We Are](#) » [The NIH Director](#)

THE NIH DIRECTOR

The NIH Director

February 23, 2021

NIH launches new initiative to study “Long COVID”

[Photo Gallery](#)

[Congressional Testimonies](#)

[Advisory Groups](#)

[Video & Sound Gallery](#)



Une première clinique post-COVID-19 ouvre à Montréal



PRESSE

Considérez ceci: à chaque jour, il y a des nouveaux cas de COVID Longue...

La genèse de la COVID Longue

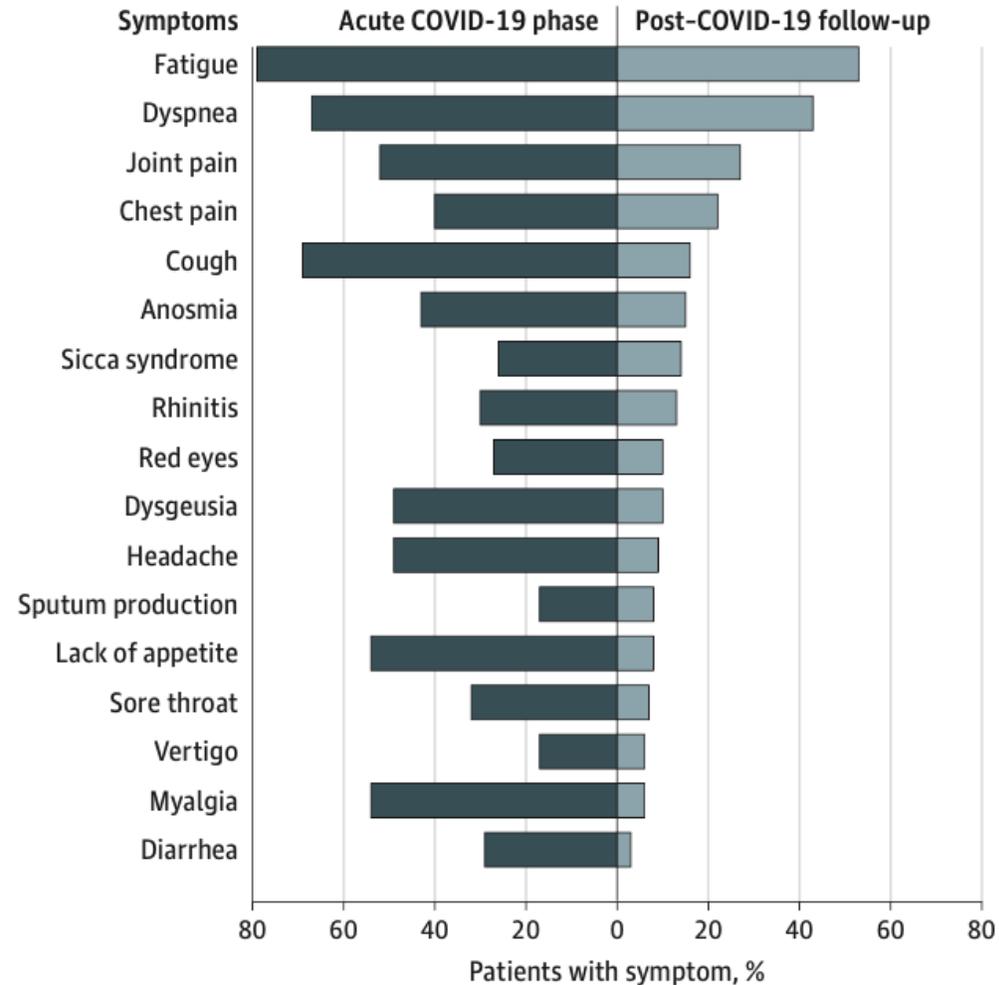
Avril 2020, hospitalisation et soins intensifs, même chez les jeunes patients.

Syndrome post-hospitalisation à 8 sem ou effets spécifiques du virus?

Post-acute COVID-19 follow-up characteristics	
Days since symptoms onset, mean (SD)	60.3 (13.6)
Days since discharge, mean (SD)	36.1 (12.9)
Persistent symptoms, No. (%)	
None	18 (12.6)
1 or 2	46 (32.2)
≥3	79 (55.2)
Worsened quality of life, No. (%) ^b	63 (44.1)

Carfi, 2020

Figure. COVID-19–Related Symptoms



The figure shows percentages of patients presenting with specific coronavirus disease 2019 (COVID-19)–related symptoms during the acute phase of the disease (left) and at the time of the follow-up visit (right).

Été, 2020



Social Science & Medicine

Volume 268, January 2021, 113426



Short communication

How and why patients made Long Covid

Felicity Callard ^a  , Elisa Perego ^b  



PATIENT LED RESEARCH
For COVID-19



Read about [our approach to COVID-19](#)

Home > NICE Guidance > Conditions and diseases > Infections > COVID-19

 We are reviewing these guidelines as new evidence, policy and practice emerges: [give us your feedback](#).

COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19

To develop the recommendations, we have used the following clinical definitions for the initial illness and long COVID at different times:

- **Acute COVID-19:** signs and symptoms of COVID-19 for up to 4 weeks.
- **Ongoing symptomatic COVID-19:** signs and symptoms of COVID-19 from 4 to 12 weeks.
- **Post-COVID-19 syndrome:** signs and symptoms that develop during or after an infection consistent with COVID-19, continue for more than 12 weeks and are not explained by an alternative diagnosis.

Quelle est la prévalence de la COVID Longue dans la population?

Research and analysis

ONS: Update on long COVID-19 prevalence estimate, 1 February 2021

Paper prepared by the Office for National Statistics (ONS) for the Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE).

L'estimé le plus conservateur serait que 10% de tous les cas auraient des symptômes persistants à 12 semaines.

Published 19 February 2021

From: [Scientific Advisory Group for Emergencies](#)

Prevalence of long COVID symptoms in the general population

22.1% (95% CI: 21.2% to 23.2%) of respondents were still reporting at least one symptom at 5 weeks following COVID-19 infection, while 9.8% (7.4% to 13.1%) had symptoms at 12 weeks (Figure 1). (Note that the denominator is all respondents testing positive for COVID-19, not just those with symptoms at the time of the positive test).

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

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

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

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

6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study

Chaolin Huang*, Lixue Huang*, Yeming Wang*, Xia Li*, Lili Ren*, Xiaoying Gu*, Liang Kang*, Li Guo*, Min Liu*, Xing Zhou, Jianfeng Luo, Zhenghui Huang, Shengjin Tu, Yue Zhao, Li Chen, Decui Xu, Yanping Li, Caihong Li, Lu Peng, Yong Li, Wuxiang Xie, Dan Cui, Lianhan Shang, Guohui Fan, Jiuyang Xu, Geng Wang, Ying Wang, Jingchuan Zhong, Chen Wang, Jianwei Wang†, Dingyu Zhang†, Bin Cao†

Findings In total, 1733 of 2469 discharged patients with COVID-19 were enrolled after 736 were excluded. Patients had a median age of 57.0 (IQR 47.0–65.0) years and 897 (52%) were men. The follow-up study was done from June 16, to Sept 3, 2020, and the median follow-up time after symptom onset was 186.0 (175.0–199.0) days. Fatigue or muscle weakness (63%, 1038 of 1655) and sleep difficulties (26%, 437 of 1655) were the most common symptoms. Anxiety or depression was reported among 23% (367 of 1617) of patients. The proportions of median 6-min walking distance less than the lower limit of the normal range were 24% for those at severity scale 3, 22% for severity scale 4, and 29% for severity scale 5–6. The corresponding proportions of patients with diffusion impairment were 22% for severity scale 3, 29% for scale 4, and 56% for scale 5–6, and median CT scores were 3.0 (IQR 2.0–5.0) for severity scale 3, 4.0 (3.0–5.0) for scale 4, and 5.0 (4.0–6.0) for scale 5–6. After multivariable adjustment, patients showed

Interpretation At 6 months after acute infection, COVID-19 survivors were mainly troubled with fatigue or muscle weakness, sleep difficulties, and anxiety or depression. Patients who were more severely ill during their hospital stay had more severe impaired pulmonary diffusion capacities and abnormal chest imaging manifestations, and are the main target population for intervention of long-term recovery.



February 19, 2021

Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection

Jennifer K. Logue, BS¹; Nicholas M. Franko, BS¹; Denise J. McCulloch, MD, MPH¹; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Netw Open. 2021;4(2):e210830. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0830

Table. Demographic and Clinical Characteristics of the Study Cohort (continued)

Characteristic	No. (%)				
	Total recovered individuals (n = 177)	Inpatients (n = 16)	Outpatients (n = 150)	Asymptomatic individuals (n = 11)	Healthy controls (n = 21)
Post-COVID-19 follow-up characteristics					
Time after illness onset, median (SD), d ^b	169 (39.5)	179 (44.9)	169 (37.1)	139 (47.1)	87 (31.3)
Persistent symptoms ^c					
0	119 (67.2)	10 (62.5)	98 (65.3)	11 (100.0)	20 (95.2)
1-2	29 (16.4)	2 (12.5)	28 (18.7)	0	0
≥3	24 (13.6)	3 (18.8)	21 (14.0)	0	1 (4.8)
Missing	7 (4.0)	1 (6.3)	3 (2.0)	0	0
Worsened quality of life ^d	53 (29.9)	7 (43.8)	44 (29.3)	2 (18.2)	2 (1.4)

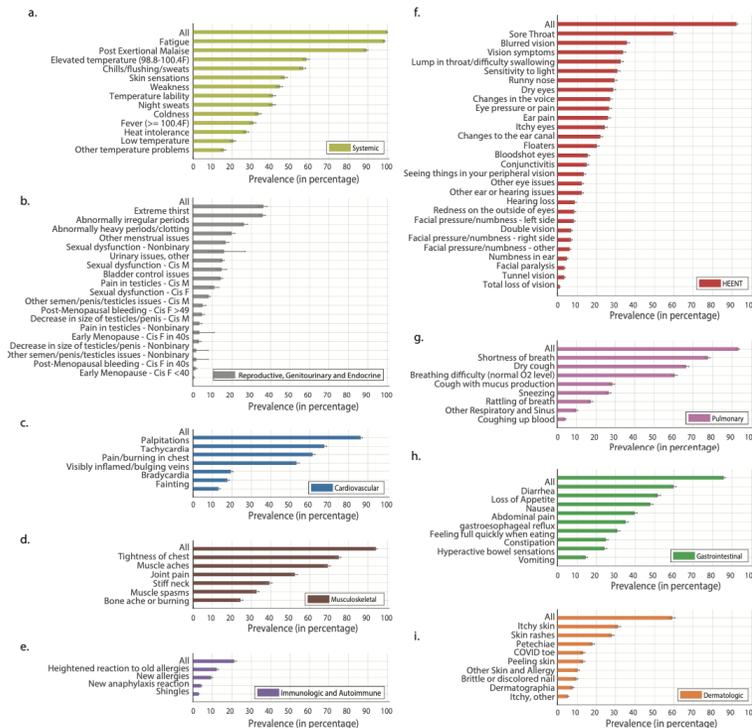
Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact

Hannah E. Davis^{1*}, Gina S. Assaf^{1*}, Lisa McCorkell^{1*}, Hannah Wei^{1*}, Ryan J. Low^{1,2*}, Yochai Re'em^{1,3*}, Signe Redfield¹, Jared P. Austin⁴, Athena Akrami^{1,2*+}

Participants. 3,762 respondents from 56 countries completed the survey. 1166 (33.7%) were 40-49 years old, 937 (27.1%) were 50-59 years old, and 905 (26.1%) were 30-39 years old. 2961 (78.9%) were women, 718 (19.1%) were men, and 63 (1.7%) were nonbinary. 8.4% reported being hospitalized. 27% reported receiving a laboratory-confirmed diagnosis of COVID-19. 96% reported symptoms beyond 90 days.

Results. Prevalence of 205 symptoms in 10 organ systems was estimated in this cohort, with 66 symptoms traced over seven months. Respondents experienced symptoms in an average of 9.08 (95% confidence interval 9.04 to 9.13) organ systems. The most frequent symptoms reported after month 6 were: **fatigue** (77.7%, 74.9% to 80.3%), **post-exertional malaise** (72.2%, 69.3% to 75.0%), and **cognitive dysfunction** (55.4%, 52.4% to 58.8%). These three symptoms were also the three most commonly reported overall. In those who recovered in less than 90 days, the average number of symptoms peaked at week 2 (11.4, 9.4 to 13.6), and in those who did not recover in 90 days, the average number of symptoms peaked at month 2 (17.2, 16.5 to 17.8). Respondents with symptoms over 6 months experienced an average of 13.8 (12.7 to 14.9) symptoms in month 7. 85.9% (84.8% to 87.0%) experienced relapses, with exercise, physical or mental activity, and stress as the main triggers. 86.7% (85.6% to 92.5%) of unrecovered respondents were experiencing fatigue at the time of survey, compared to 44.7% (38.5% to 50.5%) of recovered respondents. 45.2% (42.9% to 47.2%) reported requiring a reduced work schedule compared to pre-illness and 22.3% (20.5% to 24.3%) were not working at the time of survey due to their health conditions.

Conclusions. Patients with Long COVID report prolonged multisystem involvement and significant disability. Most had not returned to previous levels of work by 6 months. Many patients are not recovered by 7 months, and continue to experience significant symptom burden.



Messages clinique sur l'évolution de la COVID Longue

- Symptômes persistants et récupération d'au moins 6 mois chez plus de 50% des patients qui ont été hospitalisés ou aux soins intensifs.
- Pointe de l'iceberg... au moins 10% de tous les cas dans la population générale (incluant les cas léger à domicile, 30-60 ans) vont avoir des symptômes persistants affectant leur qualité de vie pendant plus de 12 semaine, jusqu'à 6-9 mois... impact sur retour au travail, vie familiale, services?
- Il s'agit vraisemblablement d'une pathologie multi-systémique avec une composante auto-immune et inflammatoire... impact sur les services médicaux?
- Les organisations de patients ont demandé à l'OMS **la Reconnaissance, la Recherche et la Réadaptation.**
- Ma profession a été enthousiaste un peu trop rapidement...



Encéphalomyélite Myalgique/Syndrome de Fatigue Chronique

- 600000 Canadiennes (80% femmes)
- 70000 Québécoises
- 70-80% ont développé la maladie suite à un virus
- Ce n'est pas juste de la fatigue...
- Incapacité et situation de handicap sévère, qualité de vie---
- Peu de recherche (Dr. Moreau)
- Peu d'intégration des soins et services, peu d'approches thérapeutiques développées.
- Critères Canadiens de 2003, mais Dx encore incertain.
- Multi-systémique, auto-immun, inflammatoire et une déficience du métabolisme mitochondrial.
- **On ne guérit pas de l'EM par la pensée positive et un programme exercice physique gradué.**



Post-Exertional Malaise (PEM)

- Critère clinique clé orientant vers le diagnostic de l'EM
- Un des symptômes de l'EM le plus invalidant
- Grand épuisement/fatigabilité/malaise suite à un effort physique ou cognitif... ou une activité de la vie quotidienne.
- Caractère imprévisible, survient de 14 à 72h après un déclencheur.
- Pointe de l'iceberg: +30 symptômes décrits, semblable à une grippe majeure, « crash ».
- Prend des jours, semaines ou mois à s'en remettre. Avec l'accumulation de cycles, peut prendre finalement un caractère permanent.
- Dérégulation neuro-vasculaire périphérique, retour veineux et extraction de l'O₂ au niveau mitochondrial, composante micro-vasculaire (Joseph, 2021).
- **L'exercice physique (ex. GET) est délétère et potentiellement dangereuse dans l'EM.**

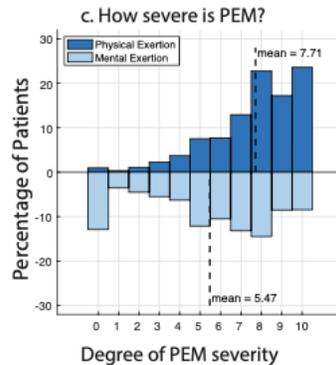
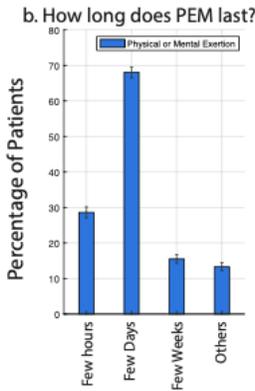
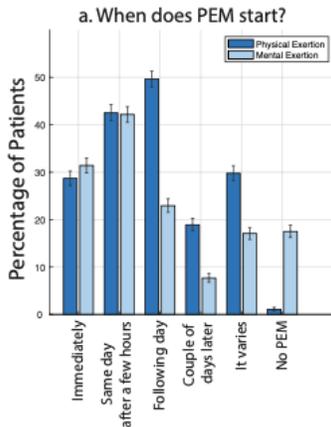
NAME	DATE
<input type="checkbox"/> 1. Fatigue: Patient must have a significant degree of new onset, unexplained, persistent or recurrent physical and mental fatigue that substantially reduces activity level.	
<input type="checkbox"/> 2. Post-Exertional Malaise and Fatigue: There is an inappropriate loss of physical and mental stamina, rapid muscular and cognitive fatigability, post-exertional fatigue and/or malaise and/or pain and a tendency for other associated symptoms within the patient's cluster to worsen. There is a pathological slow recovery period—usually 24 hours or longer.	
<input type="checkbox"/> 3. Sleep Dysfunction:* There is unrefreshed sleep or sleep quantity or rhythm disturbance such as reversed or chaotic diurnal sleep rhythm.	
<input type="checkbox"/> 4. Pain:* There is a significant degree of myalgia. Pain can be experienced in the muscles and joints and is often migratory in nature. Often there are significant headaches of new type, pattern or severity.	
<input type="checkbox"/> 5. Neurological/Cognitive Manifestations: Two or more of the following difficulties should be present: confusion, impairment of concentration and short-term memory consolidation, disorientation, difficulty with information processing, categorizing and word retrieval, and perceptual and sensory disturbances—e.g., spatial instability, and inability to focus vision. Ataxia, muscle weakness and fasciculations are common. There may be overload phenomena: cognitive, sensory—e.g., photophobia and hypersensitivity to noise—and/or emotional overload, which may lead to “crash” ¹ periods and/or anxiety.	
<input type="checkbox"/> 6. At Least One Symptom from Two of the Following Categories: —— Autonomic Manifestations: orthostatic intolerance—NMH, POTS, delayed postural hypotension, vertigo; light-headedness, extreme pallor; nausea and IBS; urinary frequency and bladder dysfunction; palpitations with or without cardiac arrhythmia; palpitations, and exertional dyspnea. —— Neuroendocrine Manifestations: loss of thermostatic stability—subnormal body temperature and/or marked diurnal fluctuation, sweating episodes, recurrent feeling of feverishness and cold extremities; intolerance to heat and cold; marked weight change—anorexia or abnormal appetite; loss of adaptability and tolerance for stress, worsening of symptoms with stress and a slow recovery. —— Immune Manifestations: tender lymph nodes, recurrent sore throat and flu-like symptoms, general malaise, new sensitivities to food, medications and/or chemicals.	
<input type="checkbox"/> 7. The illness persists for at least six months. It usually has a distinct onset,** although it may be gradual. Preliminary diagnosis may be possible earlier. Three months is appropriate for children.	

Le lien avec la COVID Longue

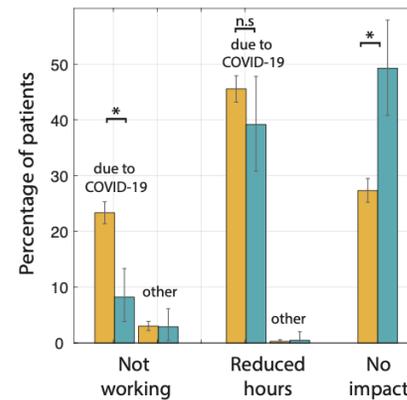
Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact

Hannah E. Davis^{1*}, Gina S. Assaf^{1*}, Lisa McCorkell^{1*}, Hannah Wei^{1*}, Ryan J. Low^{1,2*}, Yochai Re'em^{1,3*}, Signe Redfield¹, Jared P. Austin⁴, Athena Akrami^{1,2**}

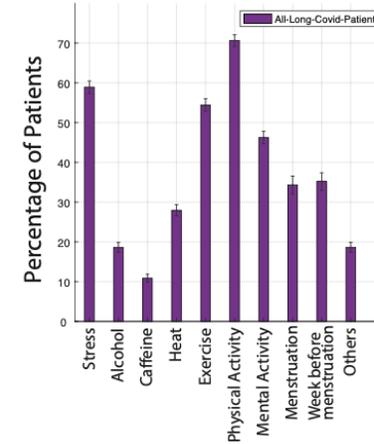
Results. Prevalence of 205 symptoms in 10 organ systems was estimated in this cohort, with 66 symptoms traced over seven months. Respondents experienced symptoms in an average of 9.08 (95% confidence interval 9.04 to 9.13) organ systems. **The most frequent symptoms reported after month 6 were: fatigue (77.7%, 74.9% to 80.3%), post-exertional malaise (72.2%, 69.3% to 75.0%), and cognitive dysfunction (55.4%, 52.4% to 58.8%).** These three symptoms were also the three most commonly reported overall. **In those who recovered in less than 90 days, the average number of symptoms peaked at week 2 (11.4, 9.4 to 13.6), and in those who did not recover in 90 days, the average number of symptoms peaked at month 2 (17.2, 16.5 to 17.8).** Respondents with symptoms over 6 months experienced an average of 13.8 (12.7 to 14.9) symptoms in month 7. **85.9% (84.8% to 87.0%) experienced relapses, with exercise, physical or mental activity, and stress as the main triggers.** 86.7% (85.6% to 92.5%) of unrecovered respondents were experiencing



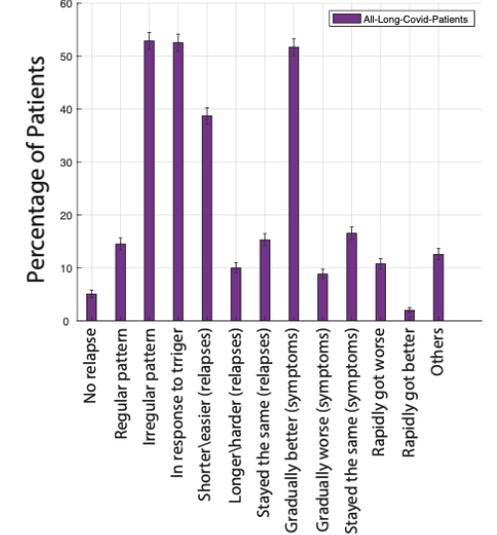
d. LONG COVID impact on work



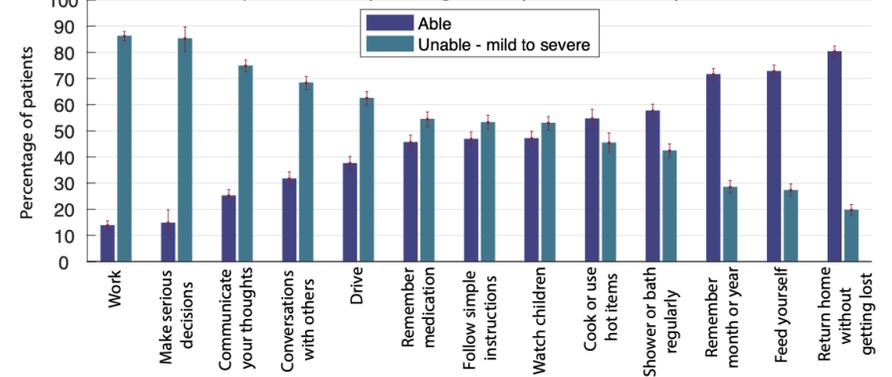
d. Triggers of relapses



e. Experiences with relapses and symptom course



d. Impact of memory and cognitive dysfunction on daily life



Combien de patients COVID Longue deviendront EM/SFC?

- SRAS-CoV-1, 27.1% des cas EM/SFC à 4 ans
- Dans Davis et al. 70% avaient encore le PEM à 7 mois.
- Dans Kedor et al. 45% ont rempli les critères Canadien
- Avec la biobanque Québécoise, nous serons en mesure d'avoir cet estimé.
- Or, si on à 5% de tous les cas... près de 15K EM/SFC au Québec. Impact+++ sur l'organisation des soins de santé.

Will COVID-19 Lead to Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome?

Anthony L. Komaroff^{1} and Lucinda Bateman² for the U.S. ME/CFS Clinician Coalition*

¹ Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, United States, ² Bateman Home Center, Salt Lake City, UT, United States

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

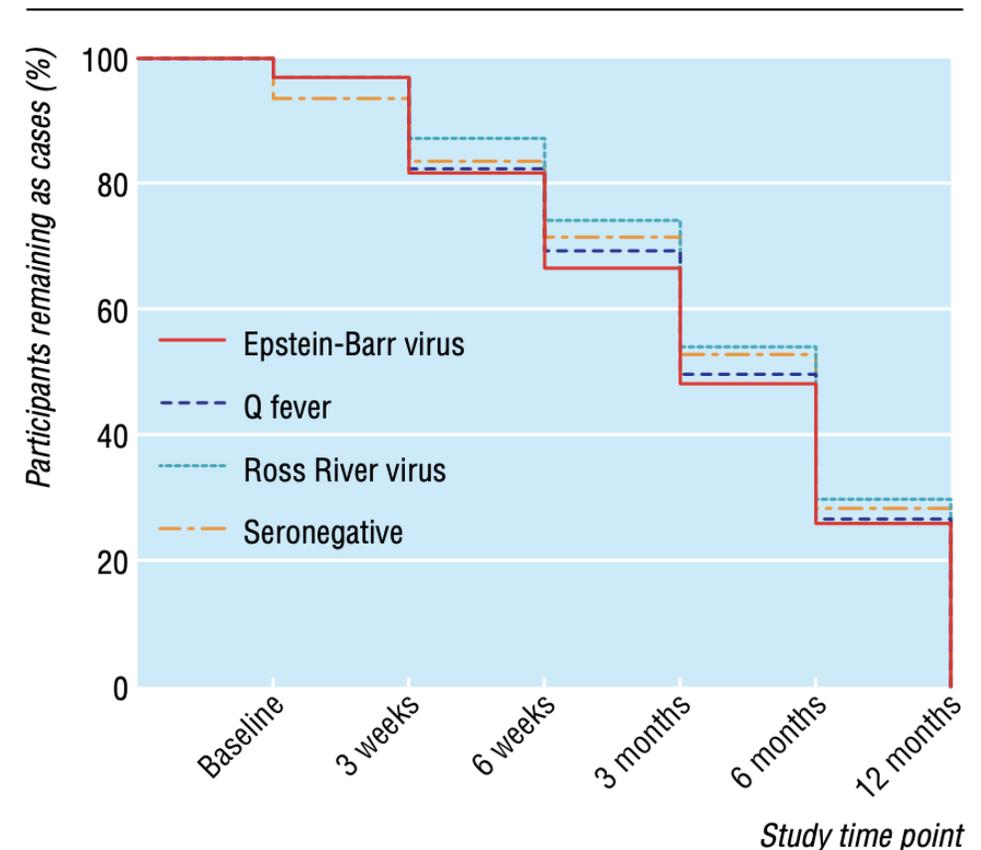
Kedor C^{1*}, Freitag H^{1*}, Meyer-Arndt L², Wittke K¹, Zoller T³, Steinbeis, F³, Haffke M¹, Rudolf G¹, Heidecker B⁴, Volk HD^{1,5}, Skurk C⁴, Paul F², Bellmann-Strobl J^{2*}, Scheibenbogen C^{1*}.

Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: prospective cohort study

Ian Hickie, Tracey Davenport, Denis Wakefield, Ute Vollmer-Conna, Barbara Cameron, Suzanne D Vernon, William C Reeves, Andrew Lloyd, for the Dubbo Infection Outcomes Study Group

Results Prolonged illness characterised by disabling fatigue, musculoskeletal pain, neurocognitive difficulties, and mood disturbance was evident in 29 (12%) of 253 participants at six months, of whom 28 (11%) met the diagnostic criteria for chronic fatigue syndrome. This post-infective fatigue syndrome phenotype was stereotyped and occurred at a similar incidence after each infection. The syndrome was predicted largely by the severity of the acute illness rather than by demographic, psychological, or microbiological factors.

- **Il est attendu que plusieurs patients avec la COVID Longue guérissent de façon naturelle entre 3 et 24 mois post-infection.**
- **Attention à inférer l'effet d'une intervention par rapport à l'évolution naturelle.**
- **Il faut éviter les cycles de "crashing".**



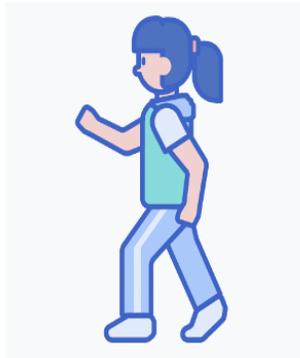
Nouveau paradigme de réadaptation basé sur la sécurité



STOP trying to push your limits. Overexertion may be detrimental to your recovery.



REST is your most important activity. Do not wait until you feel fatigue to rest.



PACE your daily physical and cognitive activities. This is a safe approach to navigate triggers of fatigue.

Organisation des soins et services de santé

PRACTICE POINTER

Management of post-acute covid-19 in primary care

Trisha Greenhalgh,¹ Matthew Knight,² Christine A'Court,¹ Maria Buxton,³ Laiba Husain¹

Ladds et al. *BMC Health Services Research* (2020) 20:1144
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

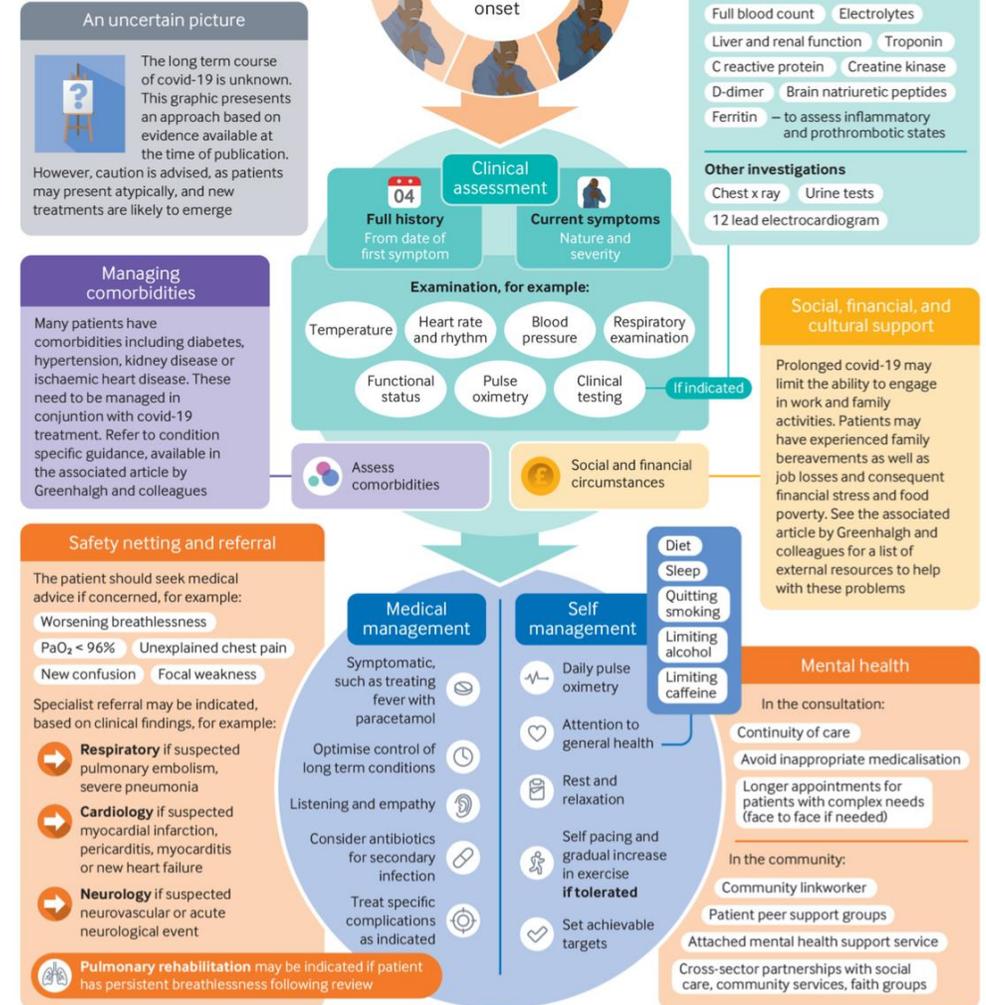
Open Access



Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services

Emma Ladds^{1†}, Alex Rushforth^{1†}, Sietse Wieringa¹, Sharon Taylor^{2,3}, Clare Rayner⁴, Laiba Husain¹ and Trisha Greenhalgh^{1*}

Post-acute covid-19 appears to be a multi-system disease, sometimes occurring after a relatively mild acute illness. Clinical management requires a whole-patient perspective. This graphic summarises the assessment and initial management of patients with delayed recovery from an episode of covid-19 that was managed in the community or in a standard hospital ward.



1 Access

Everyone with long Covid should have access to appropriate care, whether or not they have had a positive laboratory test for Covid-19 or a hospital admission.

2 Burden of illness

The burden on the patient for accessing, navigating and coordinating their own care should be minimised. Care pathways should be clear and referral criteria explicit.

3 Clinical responsibility and continuity of care

Clinical responsibility for the patient should be clear. Whilst specialist investigation and management of particular complications is important, one clinician should take care of the whole patient and provide continuity of care.

4 Multi-Disciplinary rehabilitation services

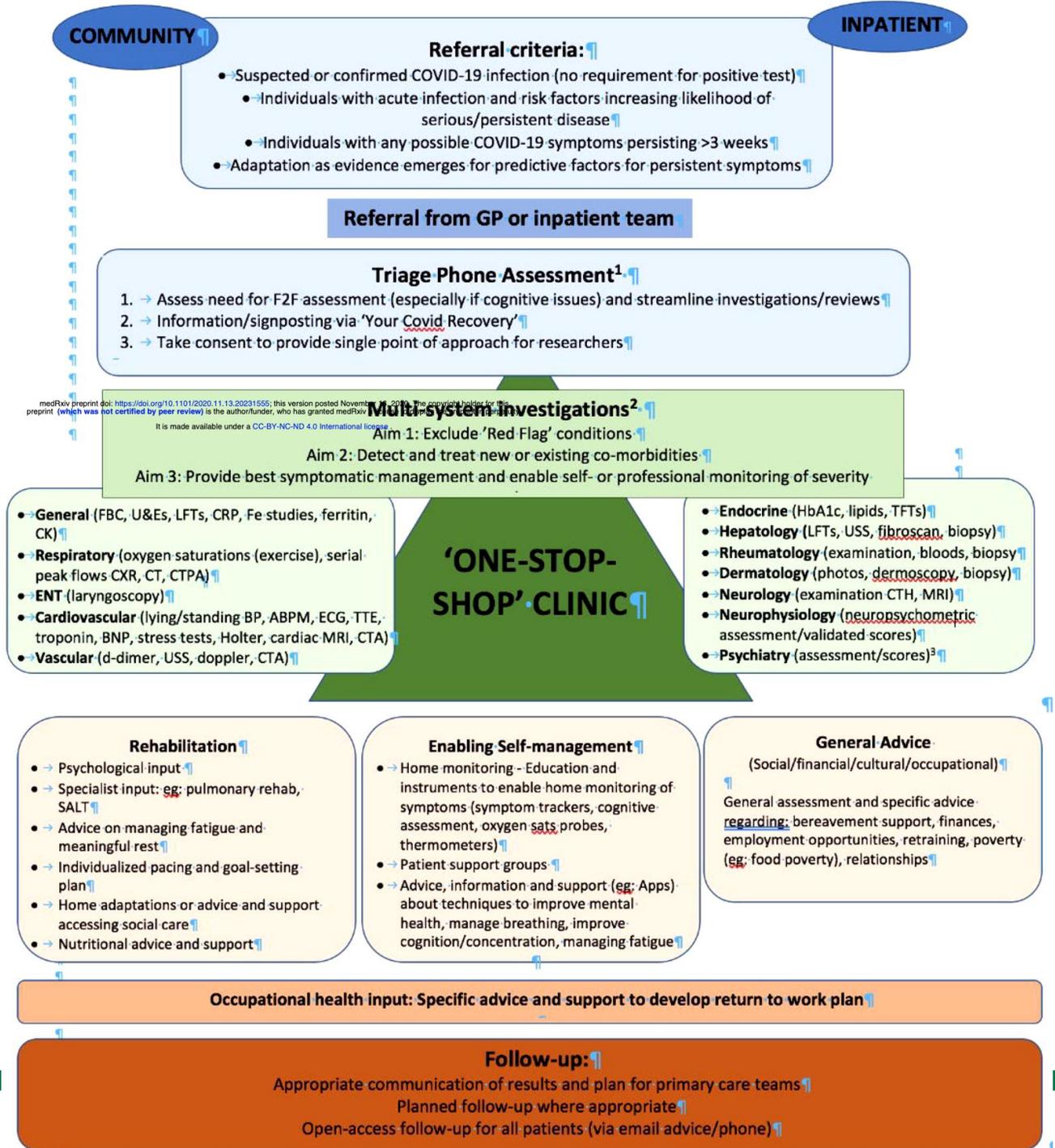
Patients requiring a formal rehabilitation package should be assessed by a multi-disciplinary team including (e.g.) rehabilitation, respiratory and cardiac consultant, physiotherapist, occupational therapist, psychologist and (if needed) neurologist.

5 Evidence-based standards

Standards and protocols should be developed, published and used so that investigation and management is consistent wherever care is received.

6 Further development of the knowledge base and clinical services

Clinical teams should proactively collect and analyse data on this new disease so as to improve services and build the knowledge base. Patients should be partners in this endeavour. As a first step, patients need to be counted and prevalence rates and prognosis established.



National Guidance for post-COVID syndrome assessment clinics

This document will be revised further to the release of NICE/SIGN/RCGP guidance for post-COVID syndrome (also known as 'Long COVID') in December 2020. Local clinics, referral pathways and protocols will need to be reviewed and potentially updated to reflect the guidance published.



Your
COVID Recovery

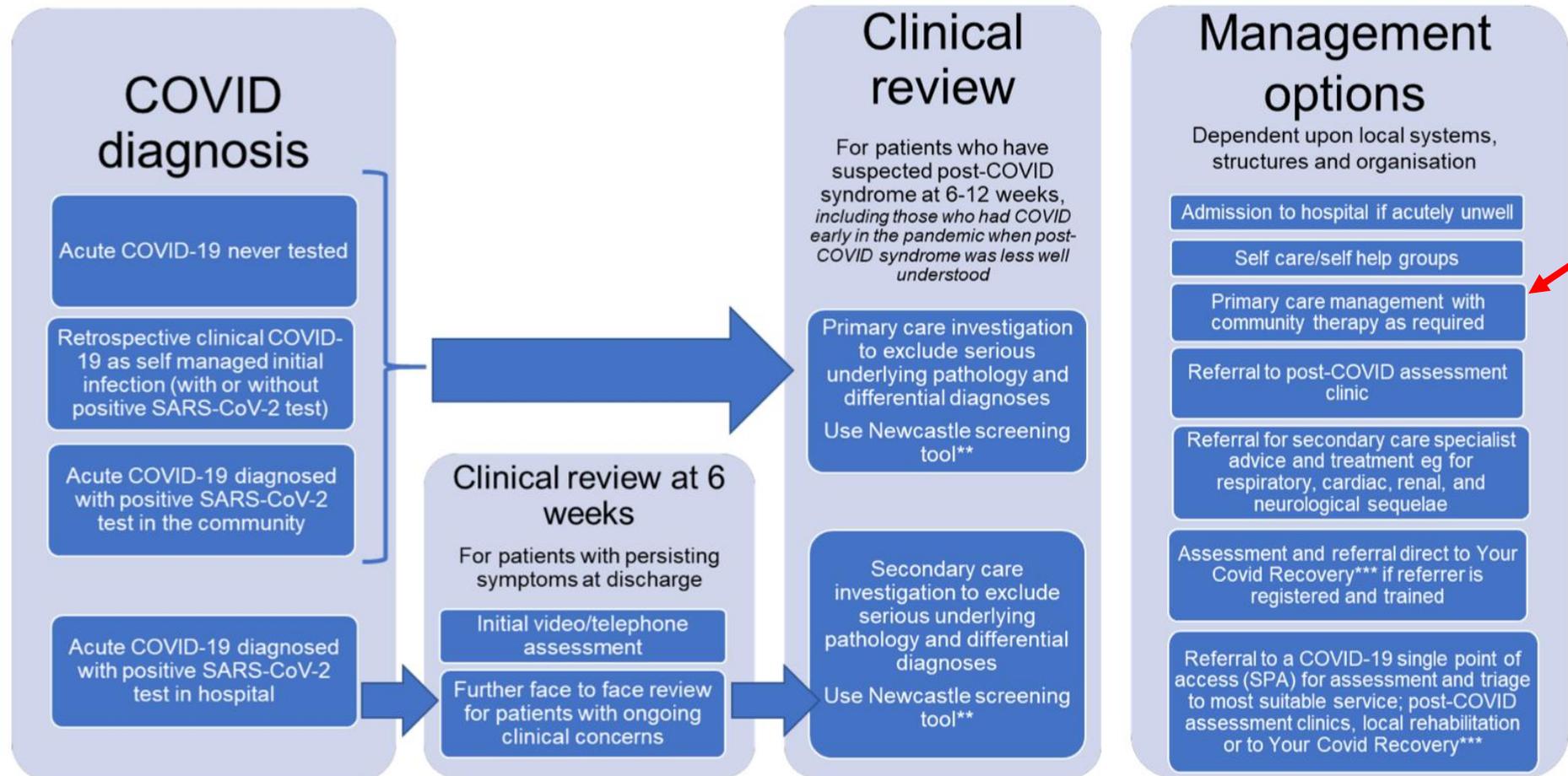
REGAIN ↑

**18M\$ CAN pour
40 cliniques
2M\$ pour ECR.**

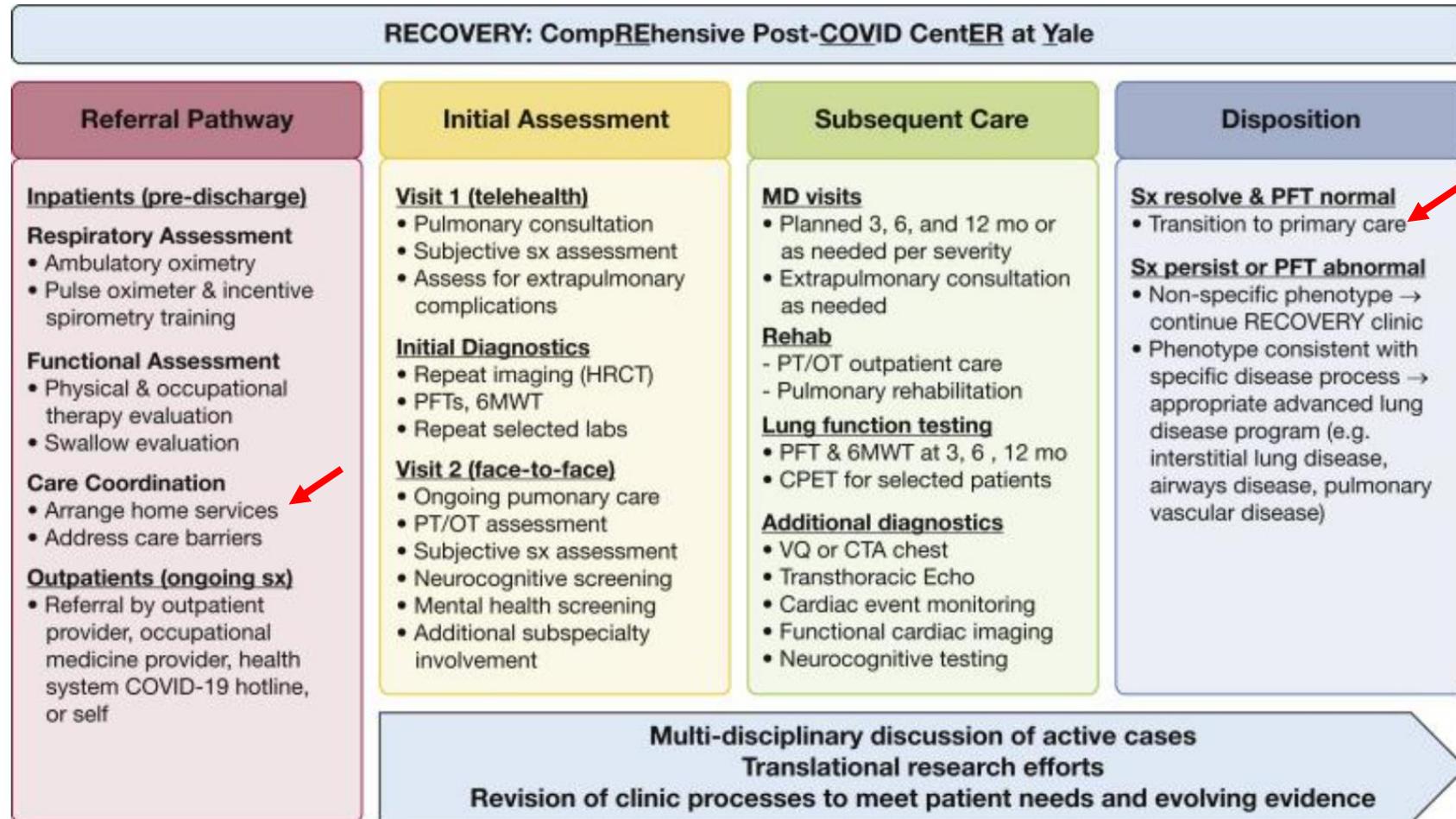
Le modèle du Royaume-Unis

Post Covid syndrome referral routes*

(subject to amendment further to NICE/SIGN/RCGP guidance publication)



Le modèle de Yale



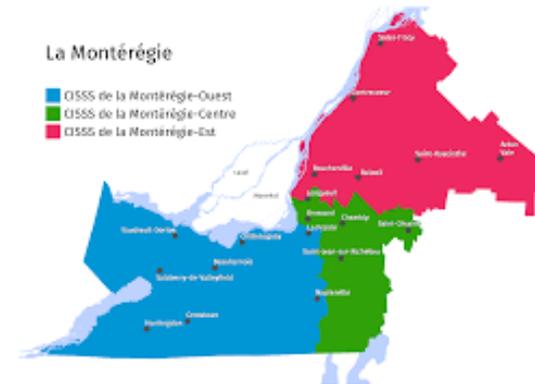
Devrais-t-on importer les modèles internationaux pour nos services post-COVID?

- Que se passera-t-il à la fin du financement?
- Les patients qui n'ont pas eu de tests confirmatifs?
- Critères de références aux cliniques?
- Liaison avec les médecins de familles et les infirmières?
- Liaison avec les services de réadaptation en première ligne?
- Long terme?

Le modèle Montérégien sur la réadaptation de la COVID Longue en soins primaires.

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

Québec 



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



**UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

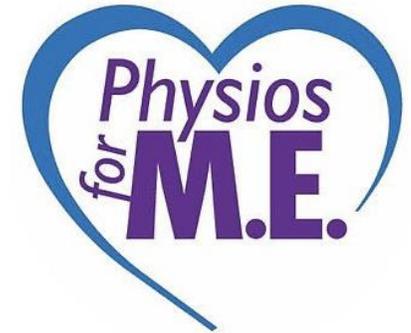


Réseau-1 Québec

Réseau de connaissances en services et
soins de santé intégrés de première ligne

Phase 1: le projet TELEPORT

- Clinique multidisciplinaire physiothérapie – ergothérapie
- Objectif scientifique centré sur les besoins exprimés des patients: la sécurité avant tout. Outils validés du suivi du PEM.
- Jusqu'à 8 séances supervisées en physio et 6 en ergo.
- 1^{er} mois de recrutement complété!
- Évaluation de services.
- Coordonnatrice de cas (case-management)
- Construction de trajectoires en soins primaires pour patients avec besoins complexes.
- Partenariat public-privé
- Leadership international sur l'organisation des soins de réadaptation pour Covid Longue et EM/SFC.



ISO-SANTÉ

Ergothérapie · Kinésiologie
Physiothérapie · Nutrition · Psychologie



Phase 2: le Modèle de pratique en soins primaires TELEPORT

Trajectoire de soins primaires

Équipes de soins en GMF
Références standardisées
par médecins de famille et
infirmières praticiennes

**Coordonnateurs de soins
primaires spécialisés en
COVID Longue et EM/SFC**

Les TELEPORTeurs.euses

**Équipes de proximité/tele
multidisciplinaire en
réadaptation
(physiothérapie et
ergothérapie, travail
social).**

**Cliniques de médecine
spécialisée post-COVID**

**Services spécialisés (ex.
neuropsychologie)**

Expérience de soins, sécurité qualité de vie.

Conclusions

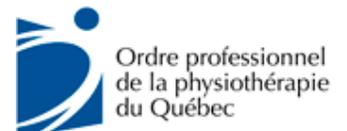
- La COVID Longue est une maladie complexe.
- Modèle de pratique centré en soins primaires pour soutenir les patients à long terme, bien après la crise de la COVID.
- Intégrer les services multidisciplinaires de réadaptation.
- Mettre à l'échelle rapide les plus récentes données probantes.
- Les personnes atteintes d'EM/SFC ont les savoirs expérientiels et la science pour nous aider dans la gestion de la COVID Longue...
- **Mais nous avons le devoir moral de créer un système de santé qui leur permettra d'être reconnus et d'avoir accès à des soins et services de qualité et sécuritaire pour améliorer leur qualité de vie.**

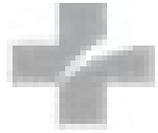
Remerciements

Email: simon.decary@usherbrooke.ca

Twitter: @SimonDecary

- Sabrina Poirier, Darren Brown, Michelle Bull, les patients partenaires et l'AQEM
- Fondation du CR-CHUS
- Isabelle Gaboury
- Mon équipe de recherche (Frédérique, Pamela, Émilie, Jacinthe)
- L'équipe de la Montérégie (Cristina, Annick, Annie-Marie, Nathalie)
- L'équipe de Réseau-1 Québec (Yves, Ysendre, Mélanie-Ann)
- L'Unité Soutien SRAP du Québec (**Annie LeBlanc**)
- L'équipe de la Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et l'application des connaissances (**France Légaré**)





ISO-SANTÉ

Ergothérapie · Kinésiologie
Physiothérapie · Nutrition · Psychologie

350, rue Belvédère Sud
(19AS), Sherbrooke (Québec)
J1H 4B5
Tél. : 819 569-0971
Télé. : 819 569-8623



CURE **Clinique universitaire de**
réadaptation de l'Estrie

Membre du réseau d'enseignement de l'Université de Sherbrooke

3001, 12^e Avenue Nord, Local Z7-2525
Pavillon Gérald Lasalle – Porte 26
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : 819 821-8000, poste 72935
Télé. : 819 821-7083
Courriel : cure@usherbrooke.ca
Site Internet : www.coopcure.com



Questions ou commentaires ?

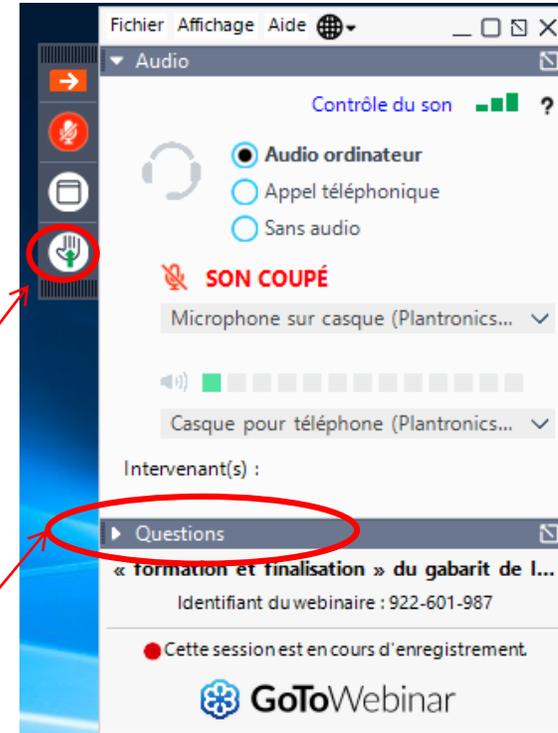
Posez vos questions de deux façons:

1. *Lever la main*:

Nous ouvrirons votre micro et vous inviterons à poser votre question oralement durant la période de questions.

2. *Par écrit* :

Tout au long de la présentation, vous pouvez écrire une question dans la boîte (cliquer sur Questions pour l'ouvrir). Nous répondrons à votre question durant la période de questions.





Réseau-1 Québec

Prochain webinaire :

Le Living Lab Charlevoix : des innovations en première ligne pour répondre aux besoins du milieu rural

19 mars 2021 de 12h à 13h

Richard Fleet, Catherine Turgeon-Pelchat, Julie Theberge
et karine Latulippe

YouTube : webinaires enregistrés et disponibles

Devenez membres : <http://reseau1quebec.ca/membres-et-partenaires/>

Question ou idée de webinaire : webinaires@reseau1quebec.ca

Merci de compléter le sondage sur le webinaire d'aujourd'hui !



@reseau1quebec