

# Parcours de soins des personnes atteintes de Covid-19 long vues en centre de recours MCO ou SMR

## Rapport final

Septembre 2024

● **Site MONTPELLIER**  
135 allée Sacha Guitry  
ZAC Tournezy  
34070 Montpellier  
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**  
Faculté de Médecine  
37 allées Jules Guesde  
31000 Toulouse  
05 61 53 11 46



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1/ CONTEXTE .....</b>	<b>7</b>
<b>2/ OBJECTIFS.....</b>	<b>9</b>
OBJECTIF PRINCIPAL.....	9
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES .....	9
<b>3/ MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
POPULATION CIBLE .....	10
PÉRIODE DE RECUEIL D'INFORMATION .....	10
SEGMENTATION DE LA POPULATION INCLUSE EN GROUPES.....	10
PARCOURS ET TEMPS DE RECUEIL D'INFORMATION.....	11
CONTENU DU RECUEIL D'INFORMATION.....	13
MODALITÉS DE RECUEIL D'INFORMATION .....	15
CIRCUIT D'INFORMATION, PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES, CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DONNÉES.....	15
▶ Saisie des données.....	15
▶ Conservation des documents et des données .....	16
AUTORISATIONS.....	16
MODALITÉS D'INFORMATION DES PATIENTS .....	16
<b>4/ RÉSULTATS .....</b>	<b>17</b>
BILAN DES INCLUSIONS ET DU SUIVI.....	17
▶ Inclusions.....	17
▶ Suivi .....	18
▶ Répartition des patients selon quatre groupes.....	19
CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES .....	20
▶ Sexe et âge.....	20
▶ Lieu de domicile.....	21
▶ Situation familiale.....	22
▶ Situation vis-à-vis de l'emploi.....	22
▶ Catégories socioprofessionnelles des actifs .....	23
▶ Couverture maladie complémentaire .....	24
▶ Minima sociaux.....	24
VACCINATION CONTRE LA COVID .....	25
ÉPISODE INITIAL DE COVID-19 .....	26
▶ Date de survenue de l'épisode initial de Covid-19.....	26
▶ Modalités de diagnostic de l'épisode initial de Covid .....	27
▶ Prise en charge initiale.....	27

▶ Hospitalisation lors de l'épisode initial de Covid .....	28
▶ Symptômes lors de l'épisode initial de Covid.....	28
▶ Arrêt de travail (ou d'études) lors de l'épisode initial de Covid 19 .....	30
UN MOIS APRÈS L'ÉPISODE INITIAL DE COVID 19 .....	32
▶ Symptômes un mois après l'épisode initial de Covid 19 .....	32
▶ Consultations médicales .....	33
▶ Hospitalisations .....	34
▶ Durée de la recherche d'une réponse .....	34
SITUATION À L'INCLUSION .....	35
▶ Symptômes un mois après l'épisode initial de Covid 19 .....	35
▶ Qualité de vie.....	36
▶ Limitations d'activité .....	37
▶ Impact sur la situation financière.....	38
▶ Mode de venue au centre de référence.....	38
▶ Modalités d'adressage au centre de référence.....	39
▶ Affection de longue durée.....	39
▶ Complications lors de l'épisode initial de Covid 19 et persistance à l'inclusion .....	40
▶ Existence d'une pathologie autre que la Covid pouvant expliquer la symptomatologie.....	43
▶ Confirmation de diagnostic de Covid long .....	44
▶ Orientation proposée à l'issue de l'inclusion .....	44
▶ Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'inclusion .....	45
HOSPITALISATION DE JOUR EN MÉDECINE .....	46
▶ Caractéristiques des personnes vues lors de l'hospitalisation de jour en médecine.....	46
▶ Symptômes lors de l'hospitalisation de jour en médecine.....	46
▶ Diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine .....	48
▶ Orientation proposée à l'issue de l'hospitalisation de jour en médecine.....	51
▶ Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'hospitalisation de jour en médecine .....	51
HOSPITALISATION DE JOUR EN SMR.....	52
▶ Caractéristiques des personnes vues lors de l'hospitalisation de jour en SMR.....	52
▶ Délais et modalités d'adressage .....	52
▶ Symptômes lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	53
▶ Diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR.....	54
▶ Évaluation initiale recommandée en SMR .....	58
▶ Intervenants mobilisés en SMR .....	58
▶ Programme de rééducation en SMR.....	59
▶ Durée d'hospitalisation en hospitalisation de jour en SMR.....	59
▶ Symptômes en fin d'hospitalisation de jour en SMR.....	60
▶ Orientation proposée à l'issue de l'hospitalisation de jour en SMR .....	61
▶ Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'hospitalisation de jour en SMR.....	62

▶ Autres actions proposées après l’hospitalisation de jour en SMR .....	62
▶ Réinsertion professionnelle .....	63
CONSULTATION DE SUIVI .....	64
▶ Caractéristiques des personnes vues lors des consultations à 1 ou 2 mois .....	64
▶ Délai écoulé depuis l’inclusion .....	64
▶ Symptômes lors de la consultation de suivi.....	65
▶ Orientations mises en œuvre .....	66
▶ Soins paramédicaux mis en œuvre .....	67
▶ Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites.....	68
▶ Orientation proposée à l’issue de la consultation de suivi .....	68
▶ Soins paramédicaux proposés à l’issue de de la consultation de suivi .....	69
SUIVI À TROIS MOIS.....	70
▶ Caractéristiques des personnes suivies à trois mois .....	70
▶ Orientations mises en œuvre .....	70
▶ Soins paramédicaux mis en œuvre .....	71
▶ Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites.....	72
▶ Symptômes trois mois après l’inclusion.....	72
▶ Qualité de vie trois mois après l’inclusion.....	73
▶ Limitations d’activité trois mois après l’inclusion .....	74
▶ Impact sur la situation financière trois mois après l’inclusion .....	74
SUIVI À SIX MOIS .....	75
▶ Caractéristiques des personnes suivies à six mois.....	76
▶ Orientations mises en œuvre .....	76
▶ Soins paramédicaux mis en œuvre .....	77
▶ Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites.....	78
▶ Symptômes six mois après l’inclusion .....	78
▶ Qualité de vie six mois après l’inclusion.....	79
▶ Limitations d’activité six mois après l’inclusion .....	80
▶ Impact sur la situation financière six mois après l’inclusion .....	81
ÉVOLUTIONS.....	82
▶ Caractéristiques des personnes prises en compte pour les analyses d’évolutions.....	82
▶ Symptômes.....	82
▶ Qualité de vie.....	84
▶ Limitations d’activités.....	87
▶ Impact sur la situation financière.....	88
<b>5/ SYNTHÈSE.....</b>	<b>89</b>
<b>6/ TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>92</b>



# 1/ CONTEXTE

La pandémie de Covid-19 en lien avec l'infection par le virus Sars-Cov-2 a commencé à se propager en Asie au cours du dernier trimestre 2019 avant d'atteindre l'Europe et la France au cours des premières semaines de l'année 2020.

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé, plus de 775 millions de cas de Covid-19 ont été confirmés dans le monde entre le début de la pandémie et mi-août 2024<sup>1</sup> dont près de 186 millions dans l'Union européenne et près de 39 millions en France. Cette maladie a entraîné sur la même période plus de 7 millions de décès dans le monde, près de 1,3 dans l'Union européenne et plus de 168 000 en France.

Dans les suites de la 1<sup>re</sup> vague (mars-mai 2020), un certain nombre de personnes ont rapporté la persistance de signes de la Covid-19 plusieurs semaines après l'épisode initial : asthénie, douleurs et oppression thoracique, dyspnée, troubles sensoriels (anosmie, agueusie...), troubles cognitifs, céphalées... en dehors d'une autre pathologie. Les données de la littérature, en particulier britanniques<sup>2</sup>, relatent la persistance de ces signes au-delà de trois mois chez 10 % des personnes ayant fait un épisode de Covid-19, quel que soit son niveau de gravité. Rapporté à la dynamique de l'épidémie en Occitanie, ce sont potentiellement plusieurs dizaines de milliers de personnes qui ont été, sont ou seront concernées par un Covid long.

Dans ce contexte, la Haute autorité de santé (HAS) a publié en février 2021, puis mis à jour régulièrement depuis, un document « réponses rapides »<sup>3</sup> portant sur le diagnostic et la prise en charge des « *Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte* », assorti de 11 fiches pratiques au départ, 14 aujourd'hui, portant sur les différents symptômes et de 2 fiches sur les prises en charge en kinésithérapie. La dernière fiche ajoutée porte sur les troubles cognitifs.

Ce document reprend la définition proposée actuellement par l'OMS pour définir un « état post-Covid », notamment par la persistance de symptômes plus de trois mois après l'épisode aigu. Le caractère polysymptomatique et fluctuant des manifestations cliniques est souligné. Des facteurs de risques sont identifiés : l'hospitalisation au cours de l'épisode aigu d'une part, un nombre élevé de symptômes durant l'épisode initial d'autre part. Cependant, la HAS invite dans cette fiche à proposer une prise en charge dès 4 semaines en cas de persistance des symptômes afin d'éliminer les diagnostics différentiels et de proposer une prise en charge adaptée. La HAS souligne que : « *Une démarche pragmatique, rationnelle et scientifique de prise en charge de ces patients, dans le cadre d'une décision médicale partagée, pouvant être multidisciplinaire est nécessaire* ».

Il en ressort que, si la plupart des cas vont pouvoir être pris en charge en soins primaires, le recours à des avis spécialisés de deuxième ou troisième recours est parfois nécessaire face à l'importance de la symptomatologie : hypoxémie de repos ou désaturation à l'effort, troubles du rythme cardiaque,

<sup>1</sup> <https://data.who.int/dashboards/Covid19> (consulté le 3 septembre 2024)

<sup>2</sup> Office for National Statistics. The prevalence of long COVID symptoms and Covid-19 complications : ONS ; 2020. <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongCovidsymptomsandCovid19complications>

<sup>3</sup> Haute Autorité de santé, Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 : HAS ; 2021 (dernière mise à jour mars 2024) [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-Covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-Covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge)

signes d'insuffisance cardiaque, douleurs inexpliquées et intenses, symptômes neurologiques s'aggravant, fièvre inexpliquée ou syndrome inflammatoire persistant, atteinte cutanée inexpliquée, aggravation d'une pathologie préexistante, limitations ou restrictions dans les activités de la vie quotidienne et dans la participation sociale...

Face à cela, l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie a sollicité les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au travers d'un appel à projet pour organiser le parcours des personnes concernées en soins primaires. Les projets présentés par quinze CPTS ont été retenus, un par département et deux dans l'Aude et l'Hérault. Ces projets ont été, à l'exception d'un seul, mis en œuvre dès la fin 2021.

Pour répondre à la problématique des patients très complexes, des appels à manifestation d'intérêt ont également été lancés à la même époque par l'ARS. Il s'agissait de mettre en place des centres de recours régionaux dont la mission serait de diagnostiquer, d'établir un plan de soins personnalisé et d'orienter les patients au regard de leur état de santé et de s'assurer de la mise en œuvre effective du plan de soins.

Six établissements ont été retenus pour mettre en place ces centres en hospitalisation de jour (HDJHDJ) de médecine : deux à Toulouse, un à Perpignan, trois dans l'agglomération de Montpellier (dont deux fonctionnant en partenariat). La mise en œuvre de ces centres d'hospitalisation de jour devait se faire au début de l'année 2022.

En parallèle, un autre appel à manifestation d'intérêt a été lancé auprès des services de soins médicaux et de réadaptation (SMR – anciennement SMR) pour accompagner la prise en charge, en HDJ également, des patients les plus complexes. Les projets présentés par dix-huit établissements de SMR ont été retenus pour répondre aux besoins de prise en charge des patients identifiés comme les plus complexes principalement par les professionnels du premier recours, en proposant une évaluation, un programme de soins et une prise en charge pluridisciplinaire de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, personnalisés sur un temps défini. Initialement, au moins un centre HDJ SMR a été labellisé dans chaque département à l'exception des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne.

Ces centres ont été labellisés pour une période expérimentale de deux ans. Leur mise en œuvre effective s'est faite au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2022. Pendant cette période, un établissement montpelliérain n'a pas mis en œuvre le centre en hospitalisation de jour en médecine et un centre dans les Hautes-Pyrénées est venu renforcer le maillage territorial en offrant une prise en charge en hospitalisation de jour aussi bien en médecine qu'en SMR.

Il était prévu dès le départ que ces centres d'HDJ en médecine comme en SMR mettent en place des dispositifs de suivi, d'évaluation et de compte-rendu de leur activité afin d'en faire retour auprès de l'ARS.

Mais au-delà, l'ARS a identifié comme axe fort de travail, la possibilité de développer un dispositif d'observation permettant de caractériser le parcours de soins des personnes prises en charge, au-delà des seuls soins primaires, car présentant une situation complexe en lien avec des symptômes de Covid long. Elle a pour cela doté chaque centre d'HDJ de médecine du budget nécessaire au recrutement d'un attaché de recherche clinique (ARC) et sollicité le CREAI-ORS Occitanie pour assurer la mise en place de ce dispositif d'observation sur la durée de l'expérimentation en lien avec les autres dispositifs de coordination et de suivi mis en œuvre par l'ARS en Occitanie.

## 2/ OBJECTIFS

### OBJECTIF PRINCIPAL

Décrire le parcours de soins des personnes présentant des symptômes prolongés à la suite d'un Covid-19 et nécessitant une prise en charge au-delà des soins primaires.

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Décrire la symptomatologie de ces patients et la mettre en relation avec les données actualisées définissant les Covid-longs ;
- Documenter la durée de persistance de la symptomatologie ;
- Décrire les modalités d'accès, les différentes étapes de la prise en charge et les délais (épisode initial, première prise en charge médicale, autres recours aux soins en amont du centre de recours, adressage au centre de recours, prise en charge en centre de recours, prises en charge ultérieures, fin des symptômes...);
- Décrire les facteurs influençant le parcours (situations cliniques, situation sociale, caractéristiques démographiques, situation géographique...);
- Identifier des points critiques dans le parcours de prise en charge.

## 3/ MÉTHODOLOGIE

### POPULATION CIBLE

La population, cible est constituée des personnes :

- adultes de plus de 18 ans ;
- vues en centre de recours (MCO ou SMR) pour Covid long ;
- pour lesquelles un diagnostic de Covid long est posé en centre de recours ;
- ne s'étant pas opposé au recueil d'information mis en place dans le cadre de ce dispositif d'observation.

La population cible a été étendue aux personnes vues en consultation initiale en centre de recours MCO et pour lesquelles le diagnostic de Covid long n'était pas retenu.

### PÉRIODE DE RECUEIL D'INFORMATION

- Inclusion des personnes sur un an à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022 jusqu'au 30 avril 2023 ;
- Suivi des personnes jusqu'à 6 mois après la consultation initiale (au plus tard, fin octobre 2023).

10

### SEGMENTATION DE LA POPULATION INCLUSE EN GROUPES

Les personnes répondant aux critères d'inclusion et acceptant le recueil d'information forment quatre groupes distincts en termes de modalités de suivi :

Groupe A « Covid long simple » :

Personnes vues en consultation en centre de recours MCO, avec diagnostic de Covid long posé et orientées sur un suivi en soins primaires (sans HDJ de médecine ou SMR).

Groupe B « Covid long complexe MCO » :

Personnes bénéficiant d'une HDJ DE MÉDECINE, quel que soit le mode d'adressage ou d'une HDJ SMR après consultation initiale en centre de recours MCO.

Groupe C « Covid long complexe SMR » :

Personnes bénéficiant d'une HDJ SMR sans passage préalable en centre de recours MCO (consultation initiale ou HDJ de médecine).

Groupe D « Sans Covid long » :

Personnes vues en consultation initiale en centre de recours et ne présentant pas de Covid long (pas de suivi après cette consultation)

## PARCOURS ET TEMPS DE RECUEIL D'INFORMATION

Sept étapes ont pu être identifiées pour le parcours de soins des personnes au travers du dispositif des centres de recours (les délais courent à partir de la date de la consultation initiale T0).

1. La consultation initiale (T0) ;
2. L'hospitalisation de jour MCO (HDJ de médecine) ;
3. L'hospitalisation de jour SMR (HDJ SMR) ;
4. La consultation à 1 mois (T1) ;
5. La consultation à 2 mois (T2) ;
6. Le suivi à 3 mois (T3) ;
7. Le suivi à 6 mois (T6).

Selon les groupes et les situations, il était prévu que les personnes concernées passent par tout ou partie de ces étapes :

Groupe A « Covid long simple » :

- Consultation initiale ;
- Suivi à 3 mois ;
- Suivi à 6 mois.

Groupe B « Covid long complexe MCO » :

- Consultation initiale (si elle a lieu) ;
- Hospitalisation de jour MCO ;
- Hospitalisation de jours SMR (s'il y a lieu) ;
- Consultation à 1 mois ;
- et / ou Consultation à 2 mois ;
- Suivi à 3 mois ;
- Suivi à 6 mois.

Groupe C « Covid long complexe SMR » :

- Bilan initial d'hospitalisation de jour SMR  
à l'issue de ce bilan, les personnes concernées peuvent être réaffectées à d'autres groupes dans les circonstances suivantes :
  - absence de Covid long : groupe D
  - Covid long simple sans prise en charge en centre de recours : groupe A ;
- Bilan de fin d'HDJ SMR ;
- Suivi à 3 mois (sauf si encore en HDJ SMR) ;
- Suivi à 6 mois.

Groupe D « Sans Covid long » :

- Consultation initiale.

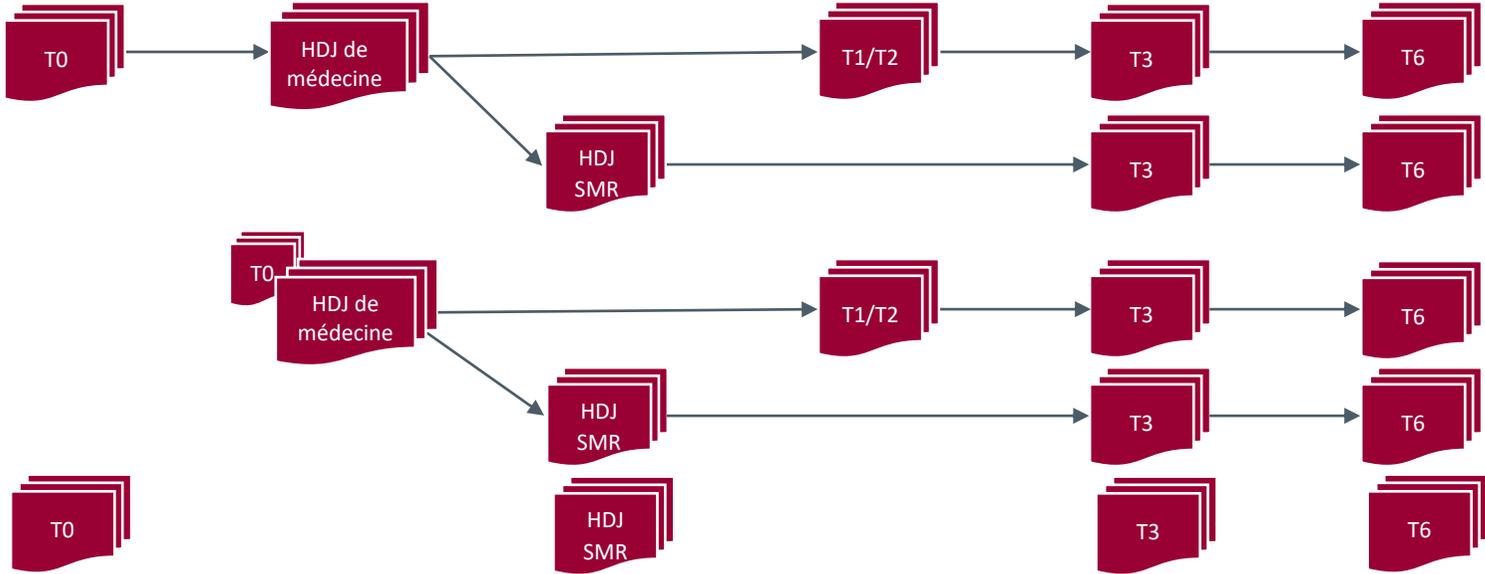
Le schéma de la page suivante illustre ces différents parcours suivant les groupes et indique les temps de recueil d'information.



**Groupe A**  
« Covid long simple »



**Groupe B**  
« Covid long complexe MCO »



**Groupe C**  
« Covid long complexe SMR »



**Groupe D**  
« Absence de Covid long »



# CONTENU DU RECUEIL D'INFORMATION

## T0 | Consultation initiale

*(ou en absence de consultation initiale, 1<sup>er</sup> temps de prise en charge en HDJ de médecine ou HDJ SMR)*

Données collectées auprès de la personne concernée :

- sexe, date de naissance, commune de domicile ;
- situation vis-à-vis de l'emploi, catégorie socioprofessionnelle, couverture maladie complémentaire, perception d'un des minima sociaux ;
- date de l'épisode de Covid-19 initial, modalités de confirmation du diagnostic, hospitalisation (lieu, type et durée), symptomatologie initiale ;
- arrêt de travail pour les actifs occupés (nombre et durée) ;
- symptômes persistants (liste proposée) et facteurs déclenchant ou modulant les symptômes ;
- recours aux soins pour symptômes persistants : nombre de consultations en médecine générale et dates, consultations spécialisées (type de spécialité) et dates ;
- restriction de participation sociale ;
- impact financier ;
- statut vaccinal (nombre d'injections et dates) ;
- qualité de vie liée à la santé (SF36).

Données collectées auprès du médecin réalisant la consultation :

- modalités d'adressage ;
- symptômes persistants ;
- comorbidités et facteurs de risques ;
- confirmation du diagnostic de Covid long ;
- orientation médicale proposée ;
- prises en charge en rééducation et soins paramédicaux proposés.

13

## HDJ de médecine | Hospitalisation de jour MCO

*Nb : si ce temps est celui du premier contact de la personne concernée avec le dispositif « centre de recours », le recueil T0 sera à faire à ce moment-là.*

Données collectées auprès du médecin réalisant le bilan :

- symptômes persistants ;
- comorbidités et facteurs de risques ;
- confirmation du diagnostic de Covid long ;
- orientation médicale proposée ;
- prises en charge en rééducation et soins paramédicaux proposés.

## HDJ SMR | Hospitalisation de jour SMR

*Nb : si ce temps est celui du premier contact de la personne concernée avec le dispositif « centre de recours », le recueil T0 sera à faire à ce moment-là.*

Données collectées auprès du médecin réalisant le bilan initial :

- symptômes persistants ;
- comorbidités et facteurs de risques ;
- données de l'examen clinique
- échelles cliniques (douleur, stress post traumatique...)
- comorbidités et facteurs de risques ;
- confirmation du diagnostic de Covid long ;
- prises en charge en rééducation proposées.

Données collectées auprès du médecin réalisant le bilan initial :

- symptômes persistants ;
- données de l'examen clinique ;
- échelles cliniques (douleur, stress post traumatique...) ;
- orientation et soins paramédicaux proposés.

## T1/T2 | Consultation à 1 mois et/ou 2mois

*(en centre de recours ou en téléconsultation)*

Données collectées auprès du médecin réalisant la consultation :

- prises en charges mises en place ;
- raison de non mise en place s'il y a lieu ;
- symptômes persistants ;
- données de l'examen clinique ;
- orientation proposée ;
- modalités de consultation (sur site ou en téléconsultation).

## T3 | Suivi à 3 mois

Données collectées auprès de la personne concernée :

- prises en charges mises en place ;
- persistance des symptômes ;
- participation sociale ;
- qualité de vie liée à la santé (SF36).

## T6 | Suivi à 6 mois

Données collectées auprès de la personne concernée :

- prises en charges mises en place ;
- persistance des symptômes ;
- participation sociale ;
- qualité de vie liée à la santé (SF36).

## MODALITÉS DE RECUEIL D'INFORMATION

Sur site MCO :	Support papier pour la personne concernée et le médecin puis saisie par l'ARC (LimeSurvey).
Sur site SMR :	Support papier pour la personne concernée et le médecin puis saisie par l'ARC du centre de recours MCO de référence (liste en annexe).
Au domicile de la personne (T3 et T6) :	Contact téléphonique et, selon le choix de la personnes, questionnaire administré au téléphone ou auto-questionnaire en ligne (Lime-Survey).

## CIRCUIT D'INFORMATION, PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES, CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DONNÉES

Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de l'enquête seront recueillies.

### ► Saisie des données

Les données recueillies sur les fiches papiers dans le cadre de cette enquête sont pseudoanonymisées.

Après information ([cf. chapitre correspondant](#)) et en absence d'opposition manifestée par la personne concernée, son nom et prénom assortis d'un numéro d'anonymat ont été enregistrés sur un fichier dédié dans chaque centre de recours lors du 1<sup>er</sup> contact avec le dispositif de suivi. Seuls les professionnels de santé et assistants de recherche clinique du centre de recours ont connaissance de la correspondance entre l'identité de la personne et le numéro d'anonymat.

Ce numéro d'anonymat est constitué d'un identifiant de trois caractères alphanumériques propre au centre où l'inclusion a lieu suivi d'un numéro séquentiel dans le centre.

Le numéro d'anonymat de la personne reste identique pendant toute la durée du parcours, notamment, dans le cas où une personne est vue en premier lieu dans un centre de recours MCO puis adressée en HDJ SMR, elle conserve le numéro d'anonymat attribué dans le centre de recours MCO.

Les données collectées sont ensuite enregistrées par l'ARC de chaque centre de recours MCO sur une plateforme sécurisée permettant une saisie à distance, avec sauvegarde régulière sur un serveur hébergé au niveau du CREAI-ORS. Cette plateforme est spécifiquement mise en œuvre pour l'enquête et a été active uniquement pendant la durée de celle-ci.

L'accès à cette plateforme est réservé uniquement à l'équipe du CREAI-ORS Occitanie. Le fichier informatisé des données anonymisées est généré par le CREAI ORS Occitanie pour exploitation dans ses systèmes d'analyse statistique (logiciel STATA 18.0).

## ► Conservation des documents et des données

Les fiches sous format papier seront détruites dans les deux ans après la rédaction du rapport d'enquête.

Les données de l'enquête sont hébergées sur un serveur sécurisé. Ce serveur est administré par le CREAI ORS.

Les principales mesures de sécurité des données sur ce serveur comprennent :

- contrôles logiques d'accès (droits utilisateurs) ;
- sécurité de connexion (authentification) ;
- échanges chiffrés (SSL) ;
- surveillance physique des locaux où sont hébergées les données ;
- sauvegardes quotidiennes des données.

Les données sont conservées jusqu'à l'édition du rapport de l'enquête, puis elles feront l'objet d'un archivage sur support informatique pour une durée de deux ans.

Conformément au Règlement général sur la protection des données et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi informatique et libertés), les personnes concernées par les traitements statistiques effectués par le CREAI-ORS à leur égard dans le cadre de cette enquête, peuvent exercer un droit d'accès à leurs données, un droit de rectification de leurs données et un droit à la limitation de leur traitement pour les données à caractère personnel les concernant.

## AUTORISATIONS

La méthodologie proposée correspond à une recherche « n'impliquant pas la personne humaine » au sens réglementaire. Les données recueillies entre dans le champ de celles listées dans le cadre de la méthodologie de référence MR-0004 à laquelle le CREAI-ORS Occitanie s'est engagé à se conformer, ne nécessitant ainsi pas de démarche d'autorisation supplémentaire.

## MODALITÉS D'INFORMATION DES PATIENTS

Les personnes pour lesquelles les informations sont recueillies font l'objet d'une collecte indirecte (article 14 du RGPD) : elles ont été informées de leurs droits par voie d'affichage dans chaque centre et étaient libres d'exprimer leur refus à participer à ce recueil de données.

Il a été demandé à chaque centre d'établir des affichages clairs et placés dans un lieu accessible à tous deux semaines au moins avant le début du recueil et de maintenir cet affichage pendant toute la durée de l'étude (jusqu'à fin 2023). Des affichettes plastifiées ont été fournies aux centres pour assurer la durabilité de cet affichage.

Une note d'information a été préparée et remise à chaque personne consultant dans un des centres labellisés.

## 4/ RÉSULTATS

### BILAN DES INCLUSIONS ET DU SUIVI

Sur la durée de l'étude, des questionnaires ont été complétés pour 872 personnes distinctes.

78 dossiers ont été exclus de l'analyse :

- 1 car seul le questionnaire T1 était disponible ;
- 23 car les personnes n'ont pas donné leur accord pour le traitement des données ;
- 54 car collectés dans un centre ayant commencé les inclusions après la date de fin d'inclusion.

#### ► Inclusions

Ainsi, les données collectées peuvent être analysées pour 793 personnes. Parmi celles-ci :

- 780 ont été incluses à T0 ;
- 6 ont été incluses lors de l'hospitalisation de jour en médecine sans questionnaires T0 ;
- 7 ont été incluses lors de l'hospitalisation de jour en médecine sans questionnaires T0.

780 questionnaires « T0 » sont donc analysables :

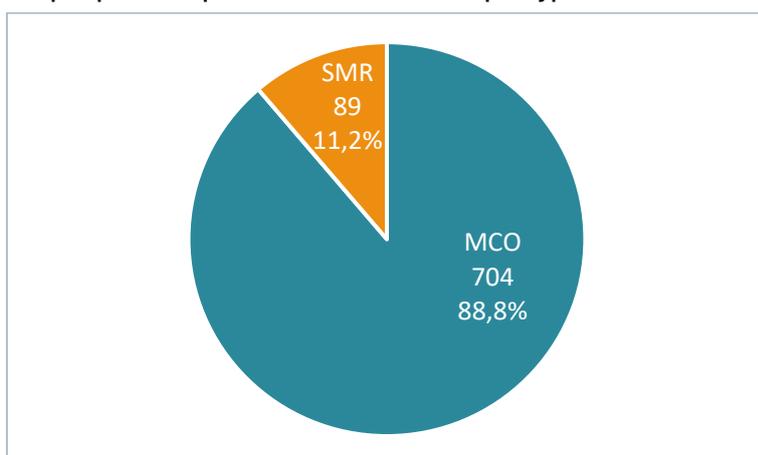
- 769 questionnaires « personne concernée » (98,6 %) ;
- 559 questionnaires « médecin » (71,7 %) ;

Pour 548 personnes pour lesquelles les deux questionnaires sont disponibles (70,3 %).

Les inclusions ont eu lieu principalement dans les centres MCO : cela concerne 704 personnes, soit 88,8 % des personnes incluses. 89 personnes ont été incluses par les centres SMR (11,2 %).

Le graphique et le tableau suivants présentent la répartition des inclusions par type de centre et entre les différents centres de recours Covid long.

Graphique 1 : Répartition des inclusions par type de centre



Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

**Tableau 1 : Répartition des inclusions par centre**

MCO	N	%
CHU Toulouse – Toulouse	115	14,5
Clinique St Exupéry – Toulouse	183	23,4
Clinique St Jean – Saint-Jean-de-Védas	93	11,7
Clinique du Parc – Castelnau-le-Lez	230	29,0
CH Perpignan – Perpignan	81	10,2
Clinique de l'Ormeau – Tarbes	2	0,3
SMR		
CH Saint Louis – Ax les thermes	1	0,1
CL du SUD – Carcassonne	15	1,9
Centre Rééducation Gard Rhodanien – Bagnols-sur-Cèze	1	0,1
CL DES CEDRES – Blagnac	24	3,0
CL VERDAICH – Gaillac-Toulza	7	0,9
CH COSTE FLORET – Lamalou-les-Bains	5	0,7
CI PROPARA – Montpellier	5	0,7
CL PIC ST LOUP – Saint-Clément-de-Rivière	2	0,3
Centre ANTRENAS – Antrenas	1	0,1
CL LE FLORIDE – Barcarès	6	0,8
CL LA PINEDE – Saint-Estève	18	2,4
CMRF ALBI – Albi	4	0,5

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Suivi

Au cours des six mois de suivi après l'inclusion :

- 375 personnes (47,3 %) ont bénéficié d'une l'hospitalisation de jour en médecine ;
- 105 personnes (13,2 %) ont bénéficié d'une hospitalisation de jour en SMR :
  - 105 avec un questionnaire initial ;
  - et 96 avec un final ;
- 134 personnes (16,9 %) ont eu une consultation médicale en centre de recours à 1 mois ;
- 29 personnes (3,7 %) ont eu une consultation médicale en centre de recours à 2 mois ;
- 324 personnes (40,9 %) ont complété un questionnaire patient à 3 mois ;
- 292 personnes (36,8 %) ont complété un questionnaire patient à 6 mois.

Au total, pour 261 personnes (32,9 %), les informations sont disponibles à l'inclusion, 3 mois et 6 mois.

## ► Répartition des patients selon quatre groupes

Comme indiqué dans la méthodologie quatre groupes de personnes ont pu être constitués selon leur situation par rapport au Covid long :

Groupe A « Covid long simple » :

287 personnes (36,2 % de la population incluse) ont été vues en consultation en centre de recours MCO, avec un diagnostic de Covid long posé, et orientées sur un suivi en soins primaires (sans HDJ de médecine ou SMR).

Groupe B « Covid long complexe MCO » :

375 personnes (47,3 %) ont bénéficié d'une HDJ de médecine, quel que soit le mode d'adressage ou d'une HDJ SMR après consultation initiale en centre de recours MCO.

Groupe C « Covid long complexe SMR » :

99 personnes (12,5 %) bénéficiant d'une HDJ SMR sans passage préalable en centre de recours MCO (consultation initiale ou HDJ de médecine).

Groupe D « Sans Covid long » :

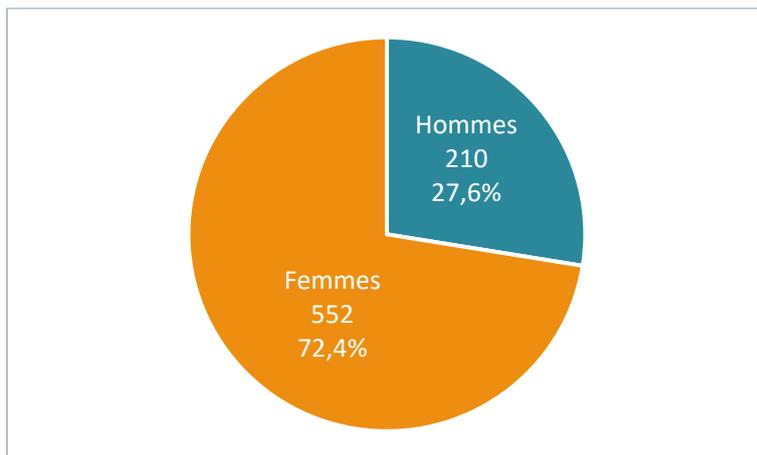
32 personnes (4,0 %) vues en consultation initiale en centre de recours et ne présentant pas de Covid long (pas de suivi après cette consultation).

## CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES

### ► Sexe et âge

La population de l'étude est majoritairement féminine, les femmes représentant près des trois quarts des personnes incluses.

Graphique 2 : Répartition des personnes incluses selon le sexe



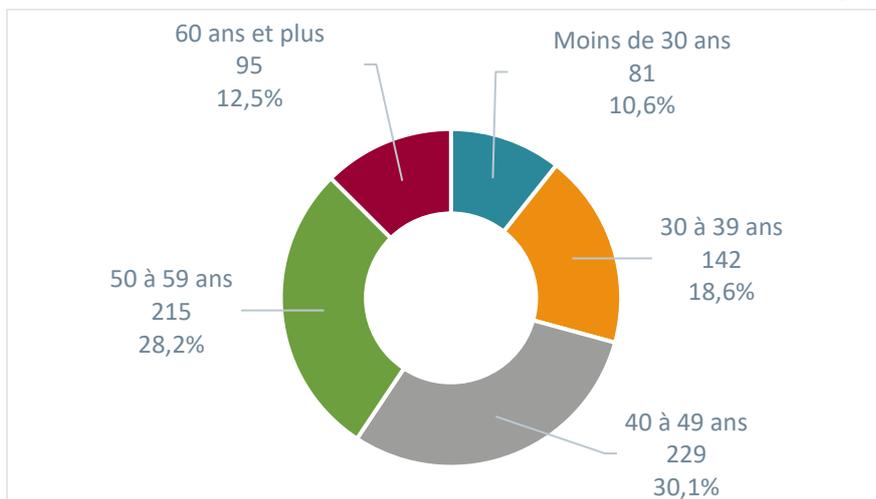
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

20

La moyenne d'âge est de 46,3 ans ( $\pm 12,7$ ). L'âge médian est de 47 ans avec un interquartile de 18 ans. La personne la plus jeune est âgée de 16 ans et la plus âgée de 86 ans.

Graphique 3 : Répartition des personnes incluses selon les classes d'âge



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les hommes sont significativement plus âgés que les femmes : 49,0 ans ( $\pm 13,4$ ) versus 45,3 ans ( $\pm 12,4$ ) –  $p < 0,001$ .

## ► Lieu de domicile

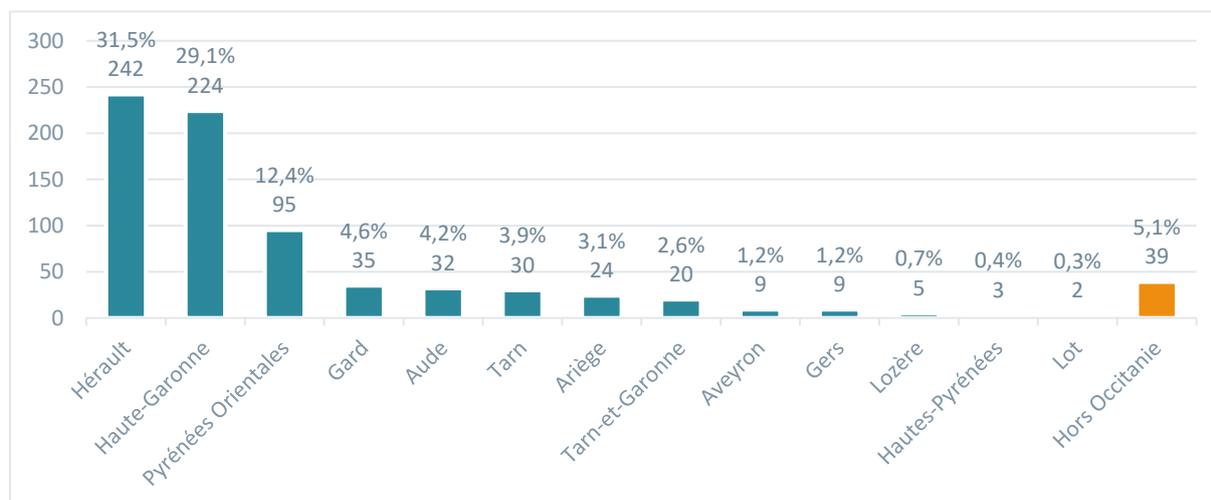
La population étudiée réside très majoritairement en Occitanie : c'est le cas de 94,9 % des personnes incluses.

Parmi les habitants d'Occitanie, on observe une nette surreprésentation des trois départements où étaient implantés des centres de recours en médecine dès le début de l'étude : la Haute-Garonne, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales. À eux seuls, ces trois départements regroupent plus des trois quarts des personnes incluses et résidant dans la région (76,8 %) alors qu'ils ne regroupent que 51,9 % de la population régionale. Certains départements apparaissent ainsi comme « sous représentés » comme le Gard (4,6 % des inclus pour 12,6 % de la population régionale) ou, dans une moindre mesure, l'Aveyron ou les Hautes-Pyrénées (respectivement 1,2 % et 0,4 % des inclus et 4,6 % et 3,8 % de la population régionale). Ainsi, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de personnes incluses résidant dans un département et l'importance de la population de ce même département.

Les 39 personnes résidant hors Occitanie viennent principalement des marges de la région :

- 26 résident dans un département limitrophe dont 11 dans le Vaucluse ;
- 3 en Île-de-France ;
- 8 dans d'autres départements de l'Hexagone ;
- 1 à la Réunion ;
- 1 à l'étranger.

Graphique 4 : Répartition des personnes incluses selon leur département de résidence



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

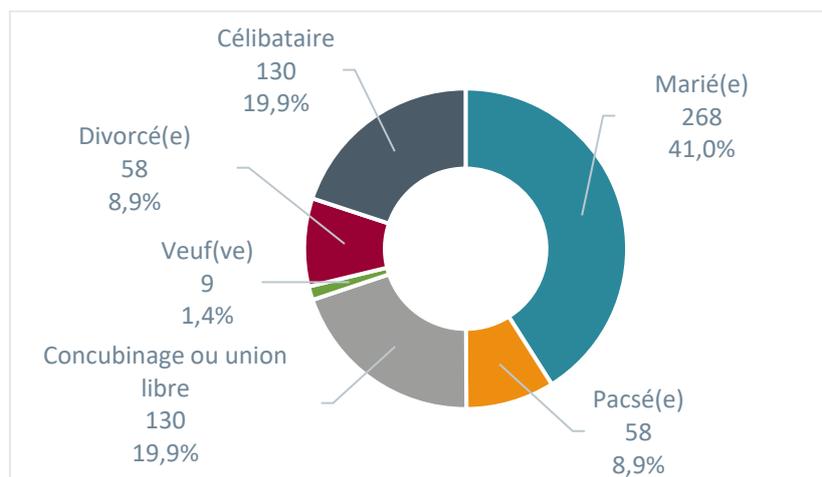
La majorité des personnes incluses (561 soit 73,0 %) réside dans le département d'implantation d'un des centres de recours en MCO.

Près des trois quarts des personnes incluses (73,1 %) l'ont été par un centre de recours (MCO ou SMR) implanté dans leur département de résidence.

## ► Situation familiale

Près des deux tiers des personnes ayant donné l'information vivent en couple : 65,2 % versus 34,8 % de personnes ne vivant pas en couple. Cette information n'est pas disponible dans 2,9 % des cas. Les personnes sont le plus souvent mariées (43,0 %). Les proportions de célibataires et de personnes en concubinage sont proches (respectivement 19,0 % et 19,3 %). Les autres situations matrimoniales concernent au total moins d'une personne sur cinq.

Graphique 5 : Répartition des personnes incluses selon leur statut matrimonial



Valeurs manquantes : 79 – 10,5 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Près des trois quarts des personnes (73,3 %) ont des enfants. Dans ce cas, elles en ont entre un et huit. En moyenne, elles en ont 2,0 ( $\pm 0,9$ ) avec une médiane à deux enfants. Dans 48,4 % des cas elles vivent avec tous leurs enfants, dans 16,3 % des cas elles vivent avec une partie d'entre eux et dans 35,2 % des cas avec aucun de leurs enfants.

## ► Situation vis-à-vis de l'emploi

Plus des trois quarts des personnes (76,0 %) travaillent, que ce soit comme salariées ou à leur compte. Les personnes en formation représentent 3,1 % des personnes incluses dans l'étude. Près d'une personne sur dix (9,5 %) déclare être au chômage, inscrite ou non à Pôle Emploi. Presque autant sont retraitées : 8,5 %.

Par rapport à la population de la région, on observe une sous-représentation des personnes à la retraite (8,5 % versus 29,1 % parmi les personnes de 15 ans et plus en Occitanie) et des personnes sans activité professionnelle (2,7 % versus 17,3 %).

Quand on se limite aux personnes de 15 à 64 ans, on constate une surreprésentation des actifs ayant un emploi dans la population de l'étude : 82,0 % de personnes en emploi versus 63,1 % parmi les 15-64 ans en Occitanie. On n'observe pas de différence quant à la proportion de chômeurs (10,3 % versus 10,2 %). Les personnes en formation sont moins nombreuses : 3,2 % versus 10,8 % en Occitanie. Les retraités et autres inactifs sont également moins représentés : respectivement 1,6 % et 2,8 % versus 6,4 % et 10,8 %.

**Tableau 2 : Répartition des personnes incluses selon leur situation vis-à-vis de l'emploi**

	N	%
En emploi	567	76,2
En apprentissage ou stage rémunéré	6	0,8
Élève, étudiant ou en stage non rémunéré	17	2,3
Au chômage	71	9,5
À la retraite ou en préretraite	63	8,5
Au foyer	9	1,2
En invalidité	6	0,8
Autre	5	0,7

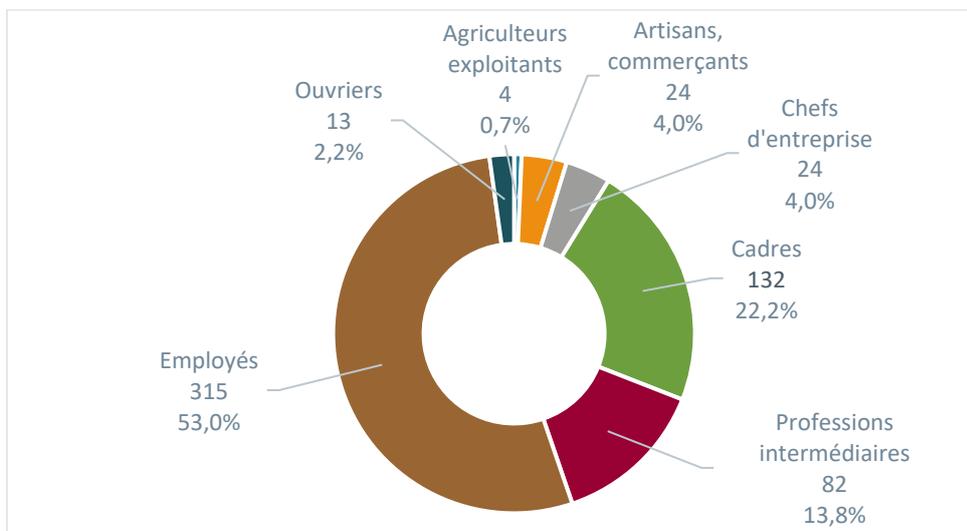
Valeurs manquantes : 79 – 10,5 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Catégories socioprofessionnelles des actifs

Les employés représentent plus de la moitié des personnes incluses dans l'étude avant les cadres et les professions intermédiaires. Ces trois catégories socioprofessionnelles représentent près de neuf personnes sur dix.

**Graphique 6 : Répartition des personnes incluses selon leur statut matrimonial**



Valeurs manquantes : 27 – 4,2 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

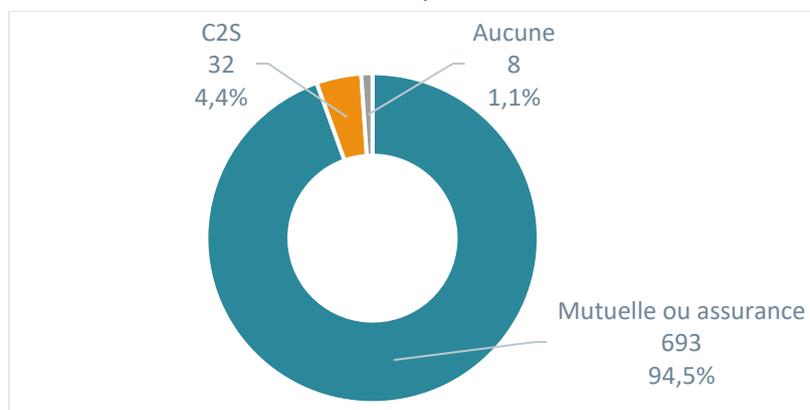
Par rapport à la population de la région, on observe :

- Une surreprésentation des employés (53,0 % versus 29,2 % parmi les actifs de 15 ans et plus en Occitanie) et des cadres (22,1 % versus 16,0 %) ;
- Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise sont en proportion relativement proche de la valeur régionale (8,0 % versus 7,9 %) ;
- Les ouvriers sont nettement sous représentés (2,2 % versus 19,0 %) ;
- Une sous-représentation des professions intermédiaires est également observée (13,8 % versus 25,9 %) ainsi que des agriculteurs (0,7 % versus 2,1 %).

## ► Couverture maladie complémentaire

La très grande majorité des personnes incluses (94,7 %) a une protection complémentaire via une mutuelle ou une assurance.

Graphique 7 : Répartition des personnes incluses selon leur couverture maladie complémentaire



Valeurs manquantes : 17 – 2,3 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont sous représentés dans la population étudiée : ils sont 4,3 % versus 13,1 % dans l'ensemble de l'Occitanie.

## ► Minima sociaux

37 personnes (4,8 %) déclarent percevoir une allocation en lien avec les minima sociaux :

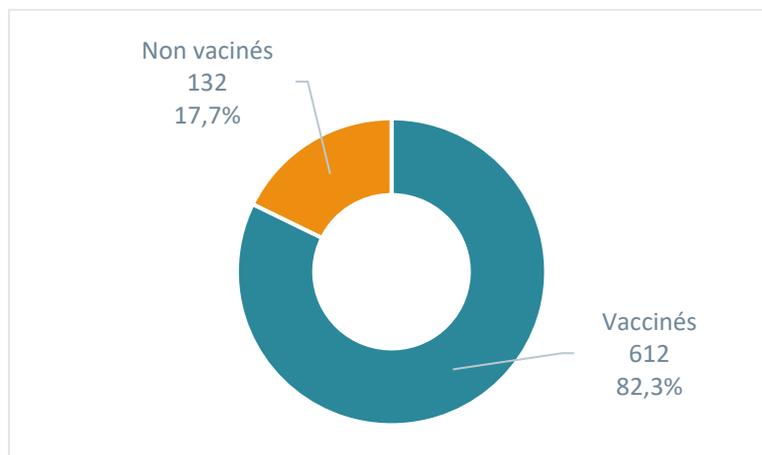
- 16 personnes, le revenu de solidarité active (RSA) (2,1 %) ;
- 13 personnes, l'allocation adulte handicapé (AAH) (1,7 %) ;
- 6 personnes, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (0,8 %).

À titre de référence, il faut noter que 8,3 % de la population est couverte par le RSA en Occitanie et 4,1 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH.

## VACCINATION CONTRE LA COVID

Un peu plus de huit personnes sur dix ont reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 avant leur inclusion dans l'étude.

Graphique 8 : Vaccination contre la Covid-19



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

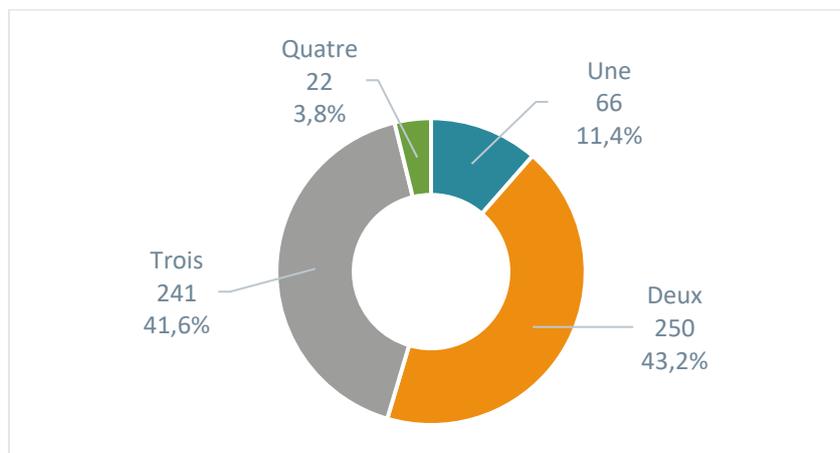
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les personnes non vaccinées, aucune ne rapporte une contre-indication médicale à la vaccination.

La majorité des personnes vaccinées (84,7 %) a reçu deux ou trois doses de vaccin. Les personnes ont reçu principalement :

- Leur 1<sup>re</sup> dose en 2021 (91,2 %) ;
- Leur 2<sup>de</sup> dose en 2021 (80,7 %) ;
- Leur 3<sup>e</sup> dose en 2021 (55,1 %) et 2022 (44,2 %) ;
- Leur 4<sup>e</sup> dose en 2022 (80,0 %).

Graphique 9 : Nombre de doses reçues de vaccin contre la Covid-19



Valeurs manquantes : 33 – 5,4 %

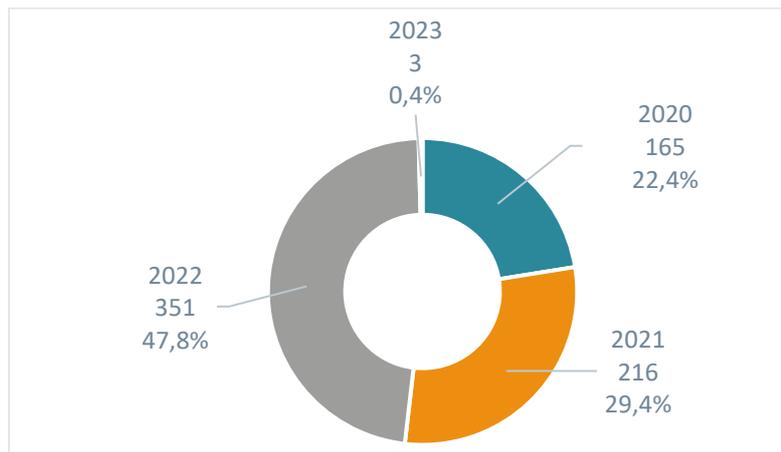
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ÉPISODE INITIAL DE COVID-19

### ► Date de survenue de l'épisode initial de Covid-19

Près de la moitié des personnes incluses dans l'étude a eu un épisode de Covid initial en 2022. Les personnes l'ayant eu en 2021 sont un peu plus nombreuses que celles l'ayant eu en 2020. Très peu de personnes incluses l'ont eu en 2023.

Graphique 10 : Année de survenue de l'épisode initial de Covid-19



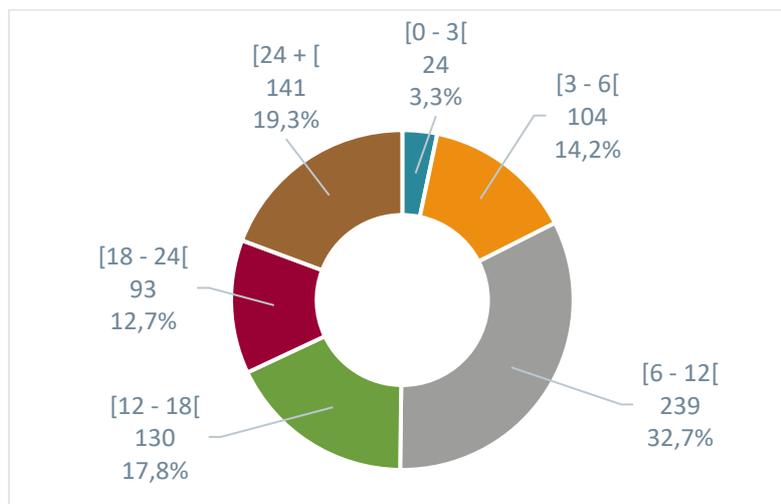
Valeurs manquantes : 20 – 2,6 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 -Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

26

En moyenne, il s'est écoulé 458 jours, soit 15,1 mois, entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion dans le dispositif Covid long. Cette durée est très variable d'un individu à l'autre : l'écart-type est de 294 jours (9,7 mois) et cette durée va de 18 jours à 1 348 jours (3,7 ans). La médiane est de 371 jours soit plus d'un an. Un quart des personnes ont été vues en centre de recours après moins de 227 jours (7,5 mois) et un quart après plus de 636 jours (20,9 mois).

Graphique 11 : Délai (en mois) entre l'épisode initial de Covid-19 et l'inclusion



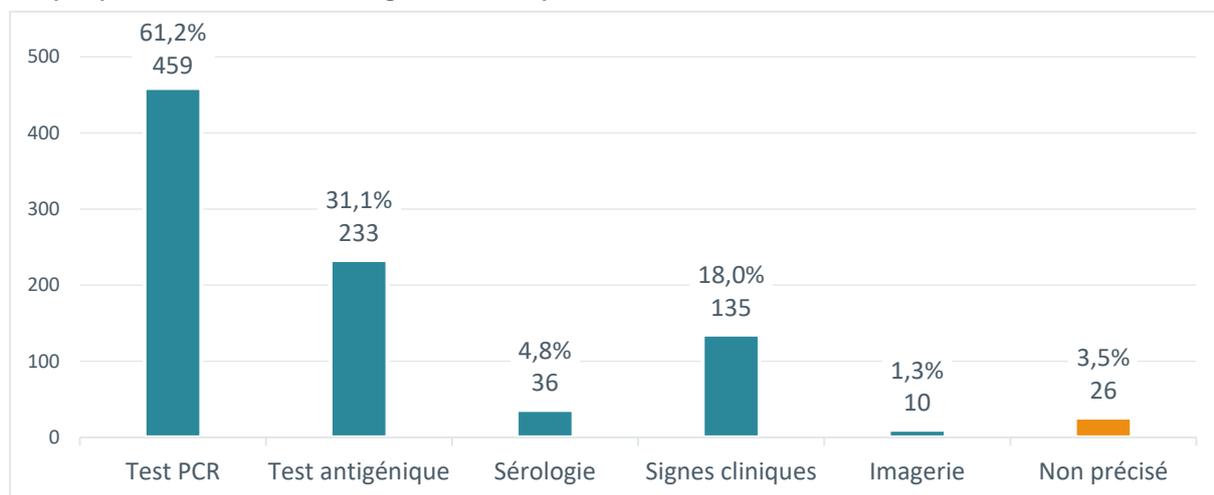
Valeurs manquantes : 20 – 2,6 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 -Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Modalités de diagnostic de l'épisode initial de Covid

Un test PCR est mentionné dans près des deux tiers des cas et un test antigénique dans près d'un tiers des cas pour poser le diagnostic de Covid. Les signes cliniques, associés ou non à un test, viennent ensuite pour moins d'un cas sur cinq. Les signes cliniques seuls ont permis de poser le diagnostic en l'absence de test PCR ou sérologique dans 87 cas, soit plus d'une fois sur dix (11,6 %).

Graphique 12 : Modalités de diagnostic de l'épisode initial de Covid-19



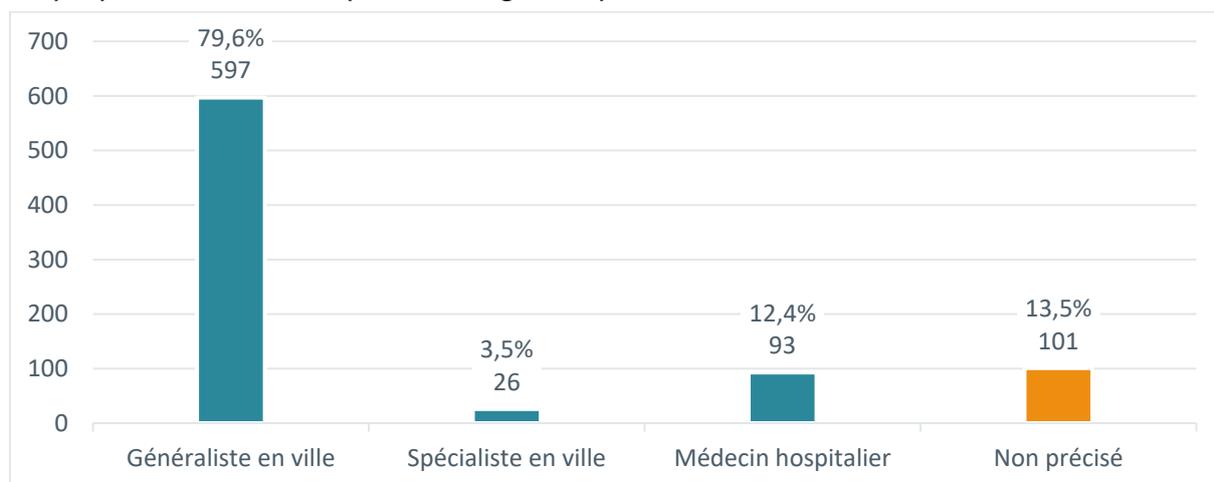
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Prise en charge initiale

La prise en charge initiale a été effectuée par un médecin généraliste dans près de quatre cas sur cinq (79,6 %). Une fois sur huit (12,4 %), cette prise en charge a été effectuée par un médecin hospitalier. La place des spécialistes de ville est limitée à ce stade (3,5 %).

Graphique 13 : Modalités de prise en charge de l'épisode initial de Covid-19



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

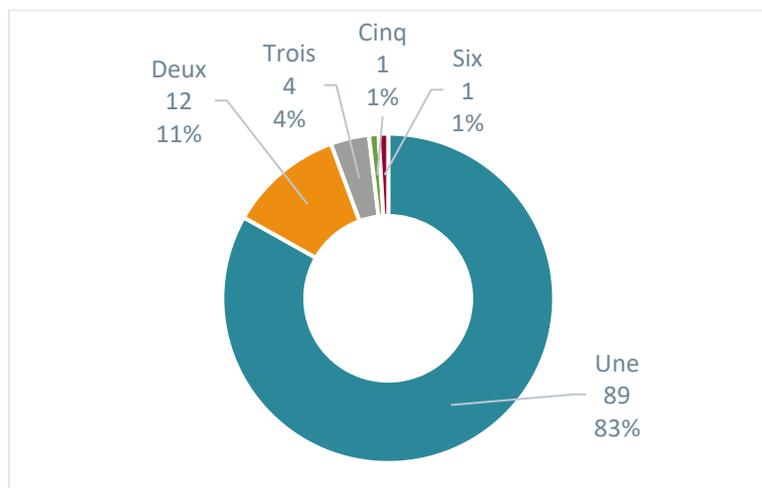
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Hospitalisation lors de l'épisode initial de Covid

Une personne sur sept (15,1 %) a été hospitalisée lors de l'épisode initial de Covid. Parmi elles, 30,6 % l'ont été en réanimation ou en soins intensifs.

Ces hospitalisations ont été majoritairement uniques (82,4 %) mais dans quelques cas, elles ont été multiples : 3 ou plus dans 5,5 % des cas.

Graphique 14 : Nombre d'hospitalisations lors de l'épisode initial de Covid-19



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

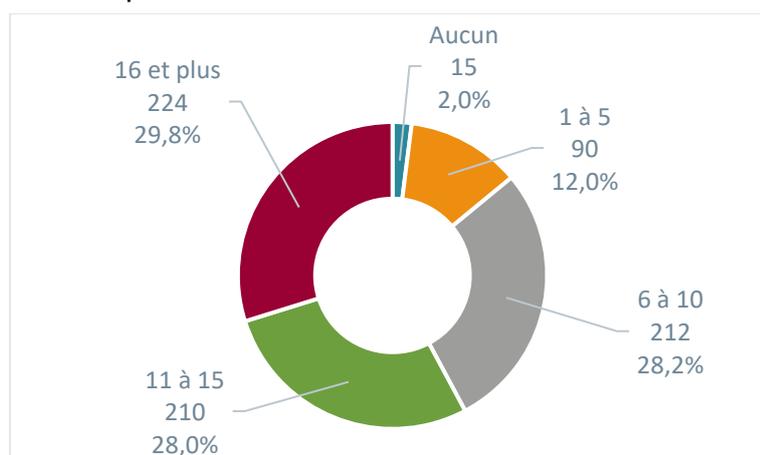
En moyenne, la durée cumulée d'hospitalisation lors de l'épisode de Covid initial a été de 21,6 jours mais avec une grande variabilité selon les personnes : elle varie entre 1 et 400 jours et l'écart-type est de 49,2 jours. La médiane est de 6 jours avec un quart des personnes hospitalisées 1 jour et un autre quart plus de 15 jours.

Pour les personnes ayant fait un séjour en réanimation ou en soins intensifs, la durée cumulée moyenne d'hospitalisation est de 54,9 jours avec un écart-type de 76,9 jours. La médiane est de 24 jours avec un quart des personnes hospitalisées moins de 13 jours et un quart plus de 70 jours.

## ► Symptômes lors de l'épisode initial de Covid

Seules 3,6 % des personnes ne rapportent pas de symptômes lors de l'épisode de Covid initial. Dans la plupart des cas, ces symptômes sont nombreux : a minima 5 symptômes sont présents chez 84,8 % des personnes et 29,5 % en rapportent 15 ou plus.

**Graphique 15 : Nombre de symptômes différents lors de l'épisode initial de Covid-19**



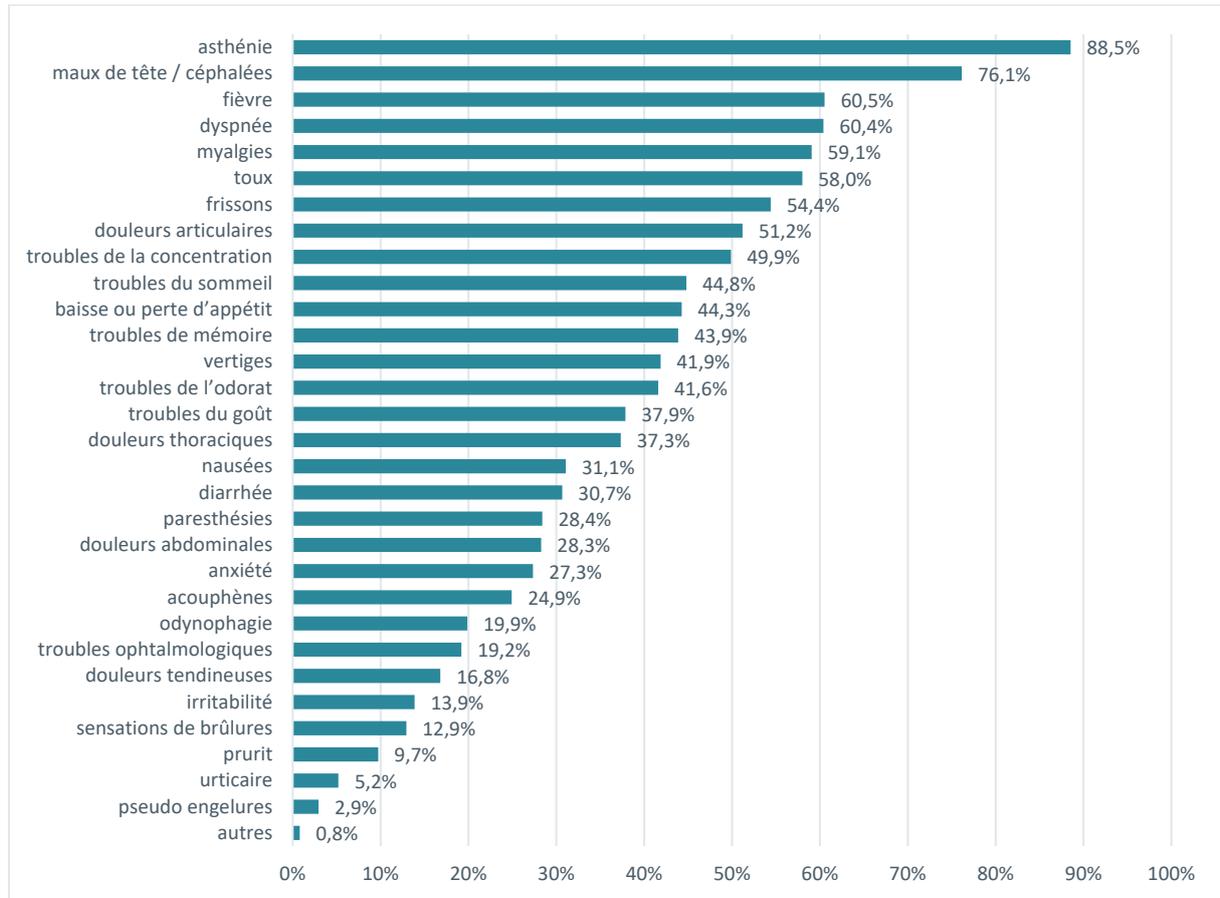
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 11,0 ( $\pm$  6,1). La médiane est similaire à la moyenne : 11 symptômes. Un quart des personnes en rapportent moins de 6 et un quart plus de 15, jusqu'à 29.

Comme le montre le graphique suivant, les quatre symptômes les plus fréquemment retrouvés, touchant plus de 60 % des personnes, sont l'asthénie, les céphalées, la fièvre et la dyspnée. Quatre autres symptômes touchent au moins une personne sur deux : les myalgies, la toux, les frissons et les douleurs articulaires. D'autres symptômes sont moins fréquents mais touchent a minima une personne sur trois : les troubles de la concentration, les troubles du sommeil, les troubles de la mémoire, la baisse ou la perte d'appétit, les vertiges, les troubles de l'odorat, les douleurs thoraciques et les troubles du goût.

**Graphique 16 : Fréquence des symptômes lors de l'épisode initial de Covid-19**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

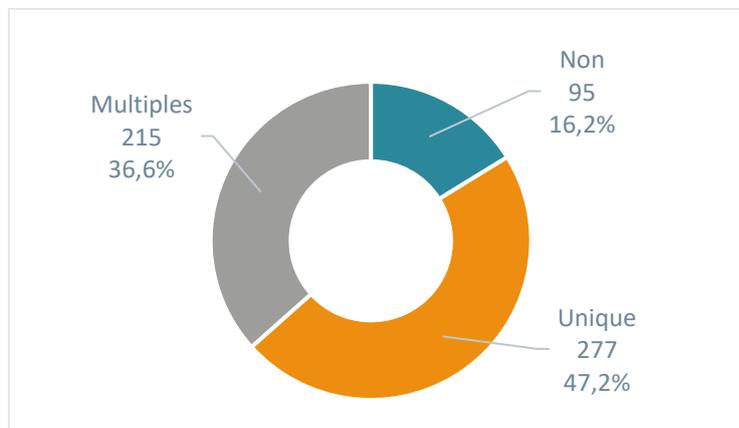
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Arrêt de travail (ou d'études) lors de l'épisode initial de Covid 19

Parmi les personnes en emploi et celles en formation, la majorité a arrêté son activité (88,1 %) et plus du tiers a été arrêté plus d'une fois.

Plus du tiers des personnes avec arrêt (34,2 %) n'a pas repris son activité.

**Graphique 17 : Arrêts de travail (ou d'études) lors de l'épisode initial de Covid-19**



Valeurs manquantes : 25 – 4,2 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre d'arrêts de travail a été de 2,0 ( $\pm$  2,3). Plus des trois quarts des personnes (80,1 %) ont été arrêtées une ou deux fois mais le nombre d'arrêts peut aller jusqu'à 30.

La durée cumulée moyenne des arrêts est de 133 jours (4,4 mois) avec une grande variabilité : de 1 à 960 jours avec un écart-type de 171 jours. La médiane est de 62 jours. Un quart des personnes a été arrêté moins de 17 jours et un autre quart plus de 180 jours.

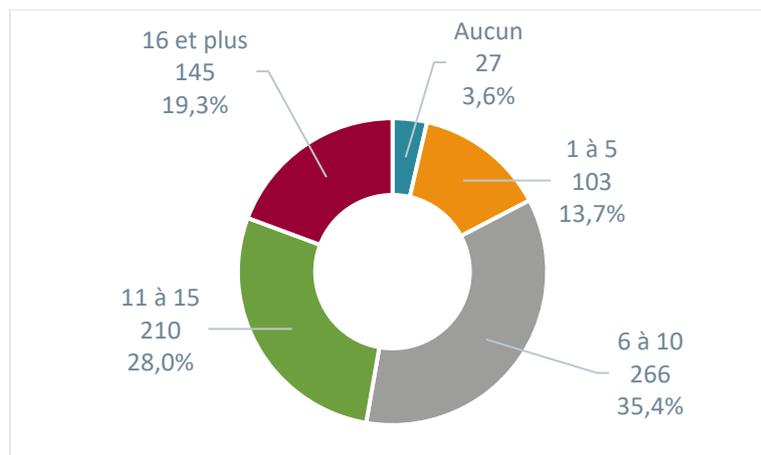
Quand les personnes ont pu reprendre leurs activités, ces durées sont plus courtes mais restent élevées : une moyenne de 77,9 jours (deux mois et demi) avec un écart-type de 119 jours. La médiane est de 30 jours. Un quart des personnes a été arrêté moins de 11 jours et un quart plus de 97 jours.

## UN MOIS APRÈS L'ÉPISODE INITIAL DE COVID 19

### ► Symptômes un mois après l'épisode initial de Covid 19

5,0 % des personnes ne rapportent pas de symptômes un mois après l'épisode initial de Covid. Les symptômes qui persistent sont nombreux : 81,3 % des personnes en rapportent cinq ou plus et 19,2 % au moins 15.

Graphique 18 : Nombre de symptômes différents un mois après l'épisode initial de Covid-19



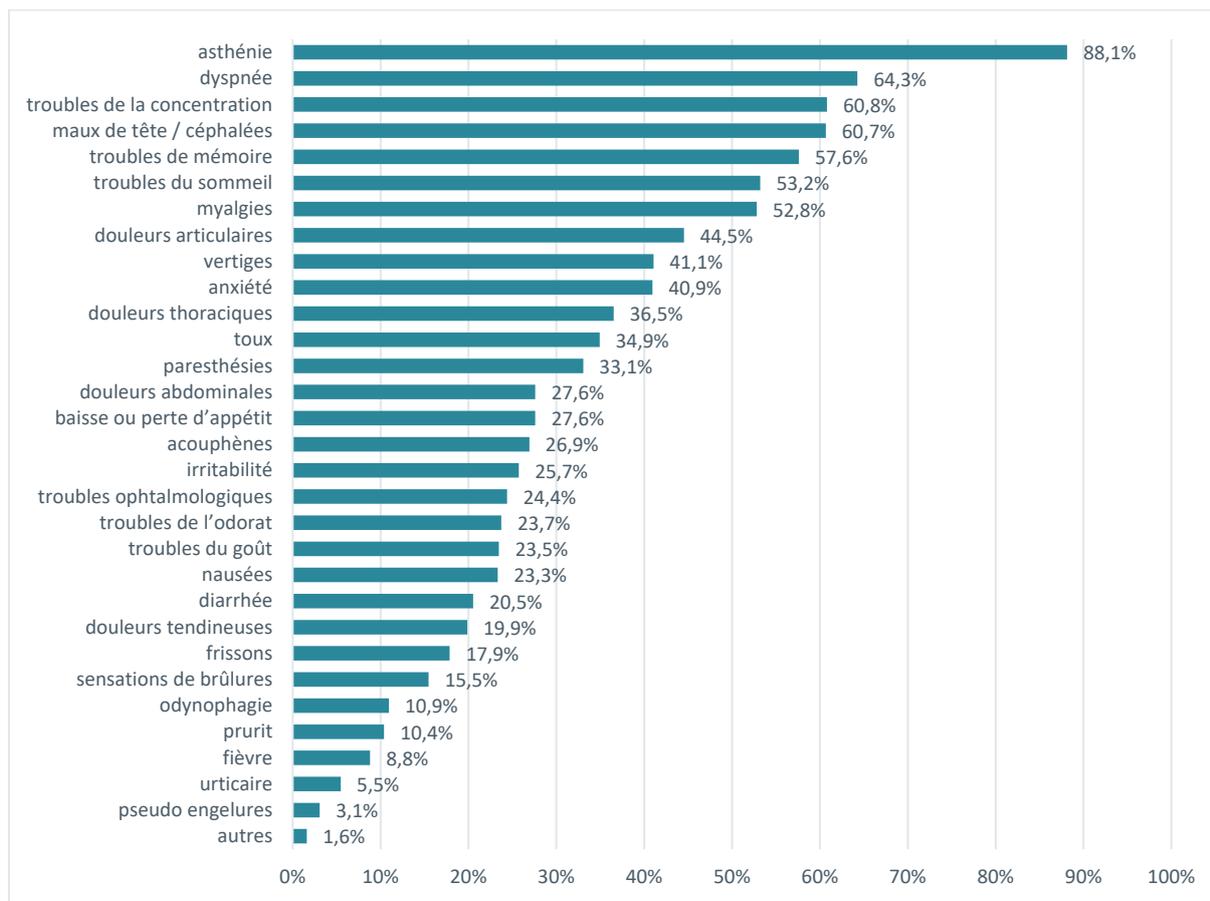
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 9,7 ( $\pm$  5,6) soit à peine moins que lors de l'épisode initial. La médiane est similaire à la moyenne : 9 symptômes. Un quart des personnes en rapportent moins de 6 et un quart plus de 13, jusqu'à 30.

L'asthénie est le symptôme retrouvé le plus fréquemment un mois après l'épisode initial : elle est retrouvée près de neuf fois sur dix. Quatre autres symptômes concernent au moins 60 % des personnes : la dyspnée, les troubles de la concentration, les céphalées et les troubles de la mémoire. Deux symptômes concernent au moins une personne sur deux : les troubles du sommeil et les myalgies alors que six symptômes sont retrouvés dans au moins un tiers des cas : les douleurs articulaires, les vertiges, l'anxiété, les douleurs thoraciques, la toux et les paresthésies. Ainsi, on constate que les signes d'un épisode infectieux respiratoire (fièvre, toux, frissons) laissent la place à des troubles neuropsychologiques.

**Graphique 19 : Fréquence des symptômes un mois après l'épisode initial de Covid-19**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Consultations médicales

À la suite de l'épisode initial, près de la totalité des personnes ont consulté un médecin généraliste : elles sont 94,1 % à l'avoir fait.

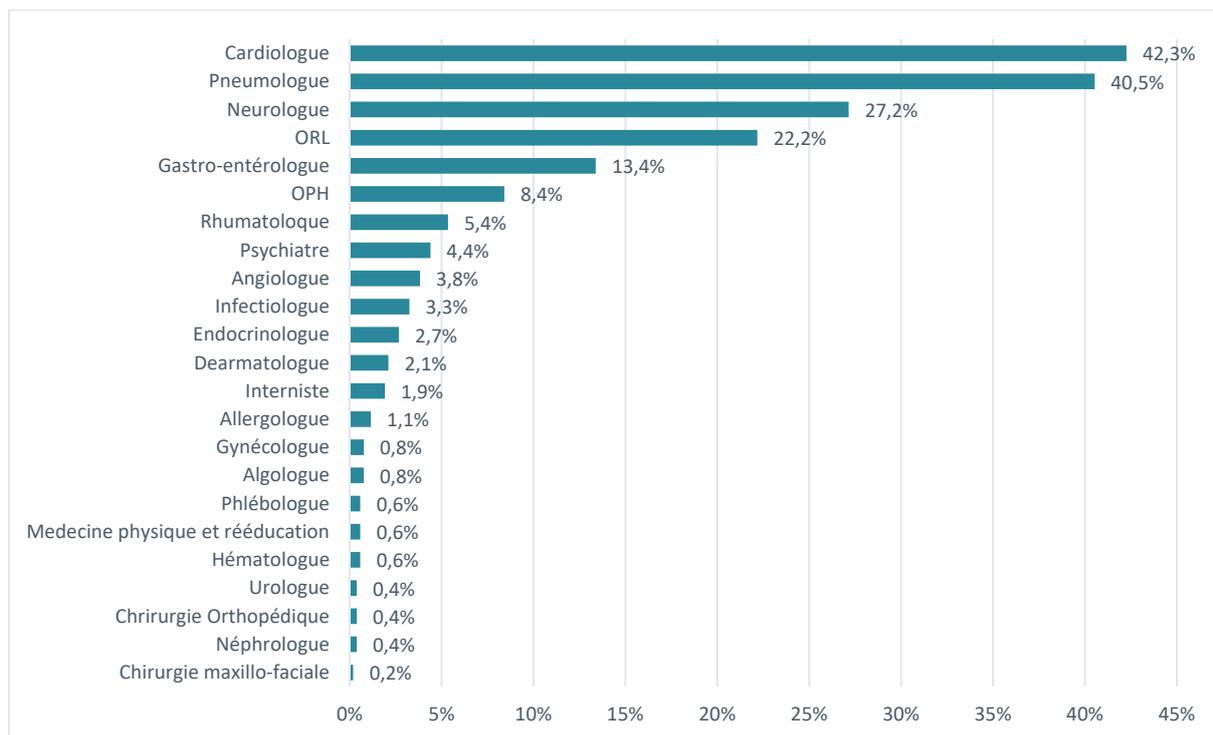
En moyenne, 6,7 consultations auprès du médecin généraliste sont rapportées ( $\pm 6,1$ ). Ce nombre varie entre une seule (9,3 % des cas) et 50. Un quart des personnes a consulté un généraliste au plus trois fois, la moitié au plus cinq fois et un quart au moins 10 fois.

Près des trois quarts des personnes (72,9 %) ont consulté un spécialiste, une seule fois dans 24,8 % des cas et jusqu'à 50 fois.

En moyenne, les personnes qui ont consulté un spécialiste l'ont fait 4,5 fois ( $\pm 5,7$ ). Un quart l'a fait au plus 2 fois, la moitié au plus trois fois et un quart au moins 5 fois.

Ce sont les cardiologues vers qui les personnes se sont le plus souvent tournées : près d'une sur deux en a consulté un. La consultation de pneumologue est presque aussi fréquente. Les neurologues sont en 3<sup>e</sup> position avec plus du quart des personnes ayant consulté un spécialiste qui y ont eu recours avant les ORL (21,7 %). Les gastro-entérologues viennent ensuite (13,4 %). Les autres spécialités sont mentionnées moins d'une fois sur dix par les personnes ayant consulté un spécialiste et le plus souvent très rarement.

**Graphique 20 : Spécialistes consultés**



\* Part calculée sur les femmes uniquement

Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Hospitalisations

117 personnes (15,7 %) font état d'hospitalisations au-delà de l'épisode initial. Ces hospitalisations ont été le plus souvent uniques (69,4 %) mais jusqu'à 6 hospitalisations sont rapportées. En moyenne, on dénombre 1,5 hospitalisation ( $\pm 1,0$ ). Ces hospitalisations ont duré, en cumulé, entre 1 et 365 jours. En moyenne, la durée d'hospitalisation est de 24,3 jours ( $\pm 53,5$ ) avec une médiane à 4 jours, un premier quartile à un jour et un troisième quartile à 21 jours.

### ► Durée de la recherche d'une réponse

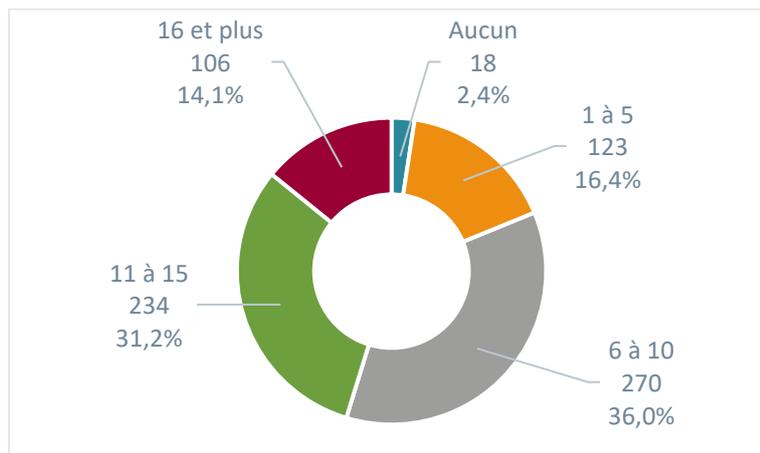
600 des 769 personnes pour lesquelles le questionnaire « T0 personne concernée » est disponible (78,0 %) indiquent le temps mis à trouver une réponse médicale aux symptômes qu'elles avaient. En moyenne, elles ont cherché cette réponse pendant 10,0 mois ( $\pm 8,3$ ). La durée de cette recherche varie entre 1 mois et trois ans. Pour un quart des personnes, la durée de cette recherche a été de 4 mois au plus, pour la moitié de 7 mois au plus et pour un quart, cela a duré un an ou plus.

## SITUATION À L'INCLUSION

### ► Symptômes un mois après l'épisode initial de Covid 19

3,7 % des personnes ne rapportent pas de symptômes au moment de l'inclusion. Les symptômes restent nombreux, presque autant qu'un mois après l'épisode initial : 79,7 % des personnes en rapportent au moins cinq et 13,8 % au moins 15.

Graphique 21 : Nombre de symptômes différents lors de l'inclusion



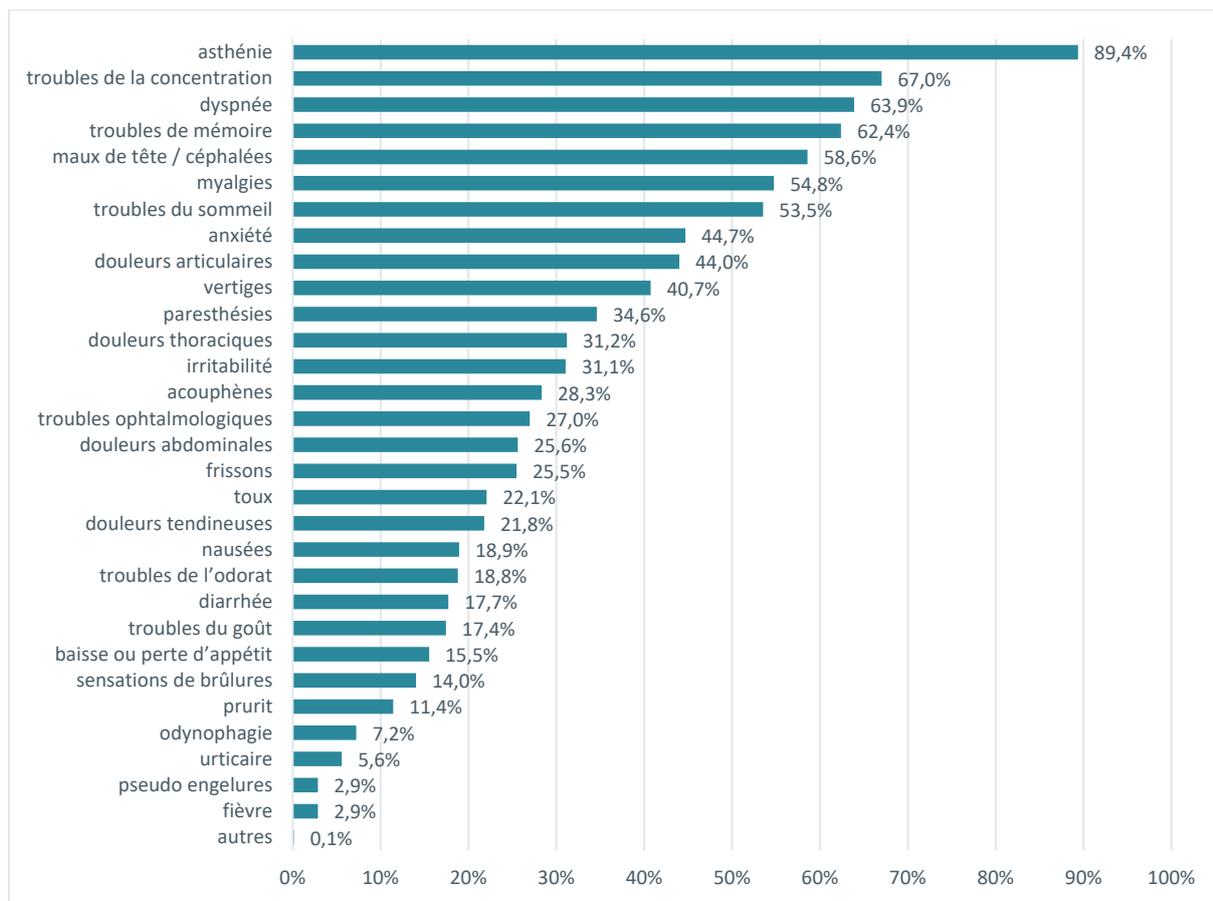
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 9,1 ( $\pm$  5,2) soit presque autant qu'un mois après l'épisode initial. La médiane est similaire à la moyenne : 9 symptômes. Un quart des personnes en rapportent 5 ou moins et un quart plus de 12, jusqu'à 30.

L'asthénie reste le symptôme retrouvé le plus fréquemment lors de l'inclusion : elle est mentionnée comme précédemment autour de neuf fois sur dix. Trois autres symptômes concernent au moins 60 % des personnes : les troubles de la concentration, la dyspnée et les troubles de la mémoire. Trois symptômes concernent au moins une personne sur deux : les céphalées, les myalgies et les troubles du sommeil. Les symptômes les plus fréquemment mentionnés restent les mêmes qu'un mois après l'épisode initial avec quelques variations d'ordre. Seuls quatre autres symptômes (six auparavant) sont retrouvés entre un tiers et la moitié des cas : l'anxiété, les douleurs articulaires, les vertiges et les paresthésies.

Graphique 22 : Fréquence des symptômes lors de l'inclusion



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Qualité de vie

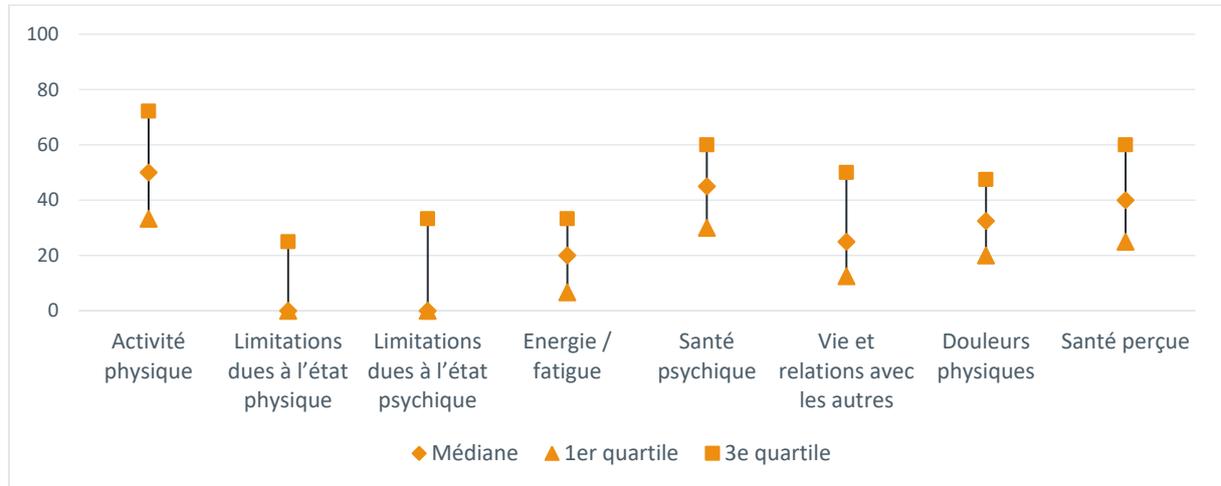
Les personnes concernées ont complété l'échelle de qualité de vie SF36. Elle permet de calculer huit scores qui vont de 0 (moins bonne qualité de vie) à 100 (meilleure qualité de vie).

La quasi-totalité des personnes a complété la totalité de cette échelle, permettant ainsi le calcul des scores pour 733 à 751 des 769 personnes incluses.

Le graphique suivant présente les scores obtenus : la valeur médiane ainsi que les premiers et troisièmes quartiles.

Trois dimensions sont particulièrement impactées : les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique et l'énergie/fatigue. Les relations avec autrui, les douleurs physiques et la santé perçue sont un peu moins impactées que ces trois premières dimensions. La santé psychique et l'activité physique sont les dimensions sur lesquelles l'impact du Covid long est moindre bien que restant important.

**Graphique 23 : Score médian, 1<sup>er</sup> et dernier quartile à l'échelle de qualité de vie lors de l'inclusion**



Valeurs manquantes : 18 à 36 – 2,3 % à 4,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

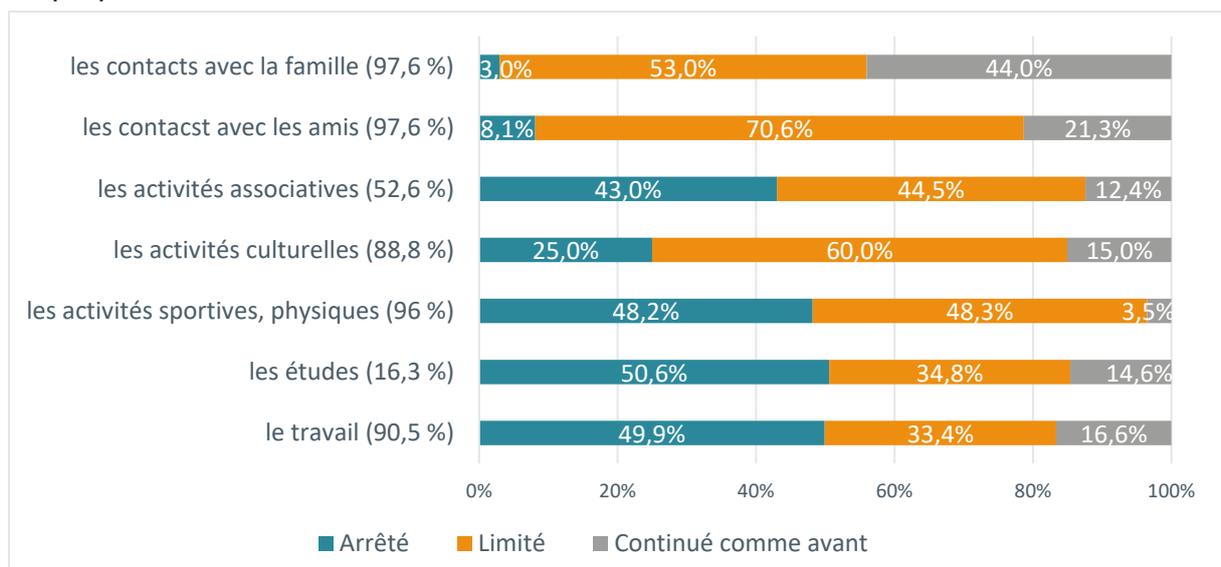
### ► Limitations d'activité

Les limitations d'activité au moment de l'inclusion sont importantes :

- plus de la moitié des personnes ont limité les contacts avec la famille et certaines les ont arrêtés ;
- près de quatre personnes sur cinq ont limité ou arrêté les contacts avec les amis ;
- elles sont encore plus nombreuses pour les activités associatives, culturelles, physiques ou sportives ;
- la moitié a arrêté les études ou le travail et un tiers a limité ces activités.

37

**Graphique 24 : Limitations d'activité lors de l'inclusion**



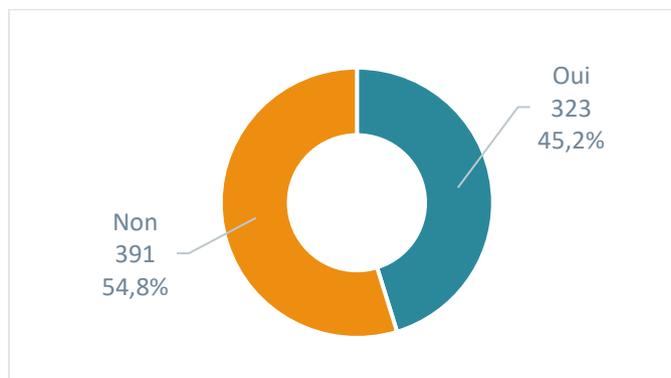
Valeurs manquantes : 90 à 124 – 11,7 % à 16,1 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Impact sur la situation financière

Près d'une personne sur deux (45,2 %) indique que les limitations d'activité ont un impact sur leur situation financière.

Graphique 25 : Impact sur la situation financière lors de l'inclusion



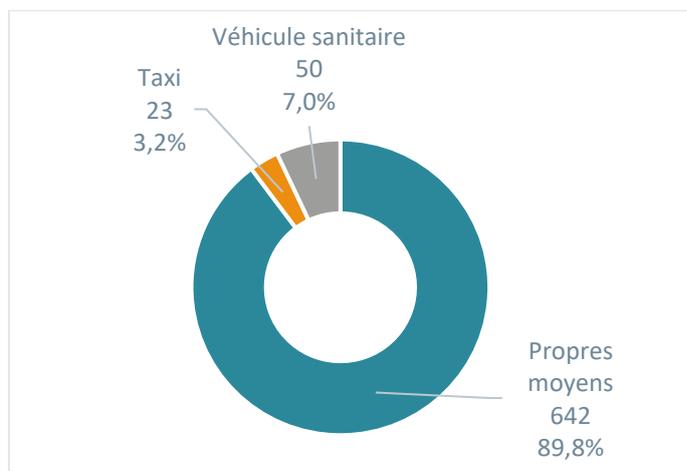
Valeurs manquantes : 36 – 4,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Mode de venue au centre de référence

Au moment de l'inclusion, la très grande majorité des personnes est venue par ses propres moyens.

Graphique 26 : Mode de venue au centre de référence lors de l'inclusion



Valeurs manquantes : 36 – 4,7 %

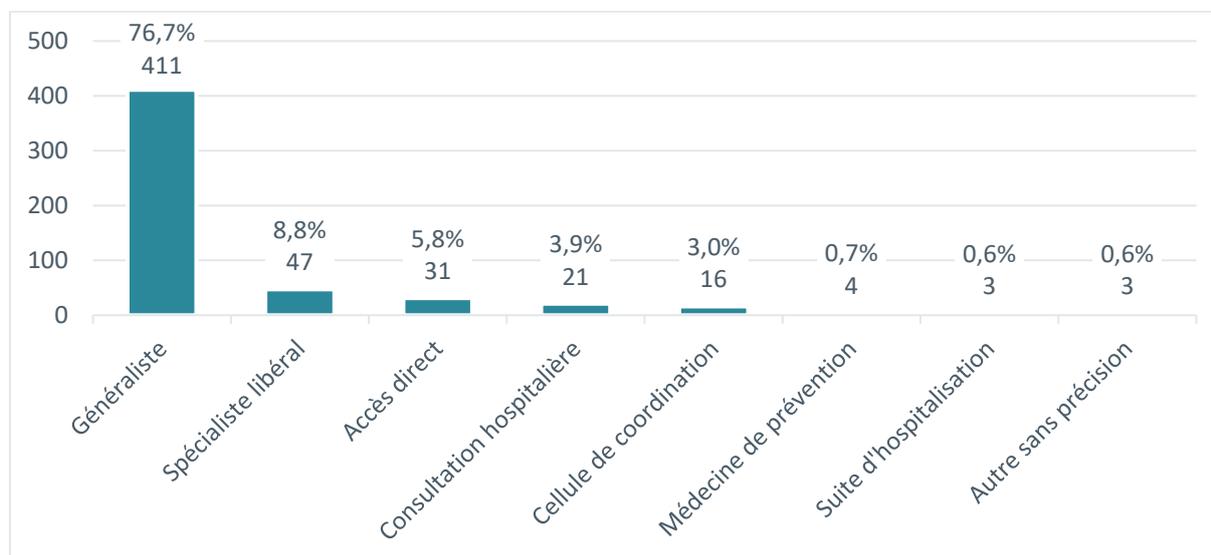
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

7,1 % des personnes sont venues en véhicule sanitaire et 3,3 % en taxi avec une prise en charge par l'assurance maladie dans 82,4 % des cas.

## ► Modalités d'adressage au centre de référence

Dans près des trois quarts des cas, c'est un médecin généraliste qui a adressé la personne au centre de recours. À noter que l'adressage par un spécialiste libéral concerne 10,9 % des personnes et l'accès direct par la personne est relevé dans 5,6 % des cas.

Graphique 27 : Adressage au centre de référence lors de l'inclusion



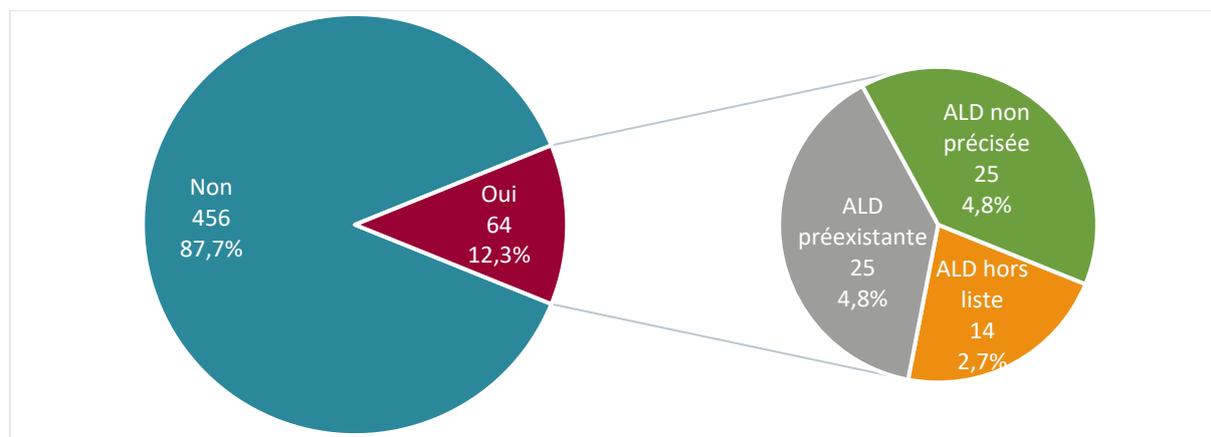
Valeurs manquantes : 9 – 1,6 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Affection de longue durée

12,2 % des personnes incluses sont en affection de longue durée (ALD). Pour les personnes en ALD, une fois sur cinq, il s'agit d'une ALD hors liste, deux fois sur cinq d'une ALD préexistante à l'épisode de Covid et dans deux fois sur cinq, cela n'est pas précisé.

Graphique 28 : Affection de longue durée lors de l'inclusion



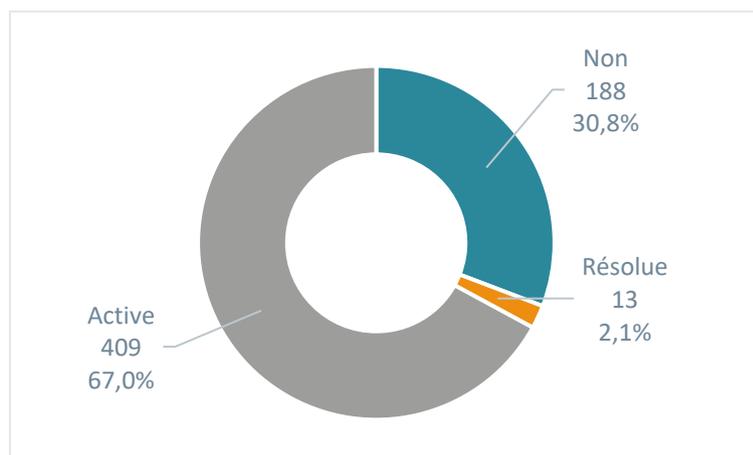
Valeurs manquantes : 25 – 4,6 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Complications lors de l'épisode initial de Covid 19 et persistance à l'inclusion

Les quatre cinquièmes (80,1 %) des personnes incluses ont présenté des complications lors de l'épisode initial de Covid. Ces complications sont majoritairement actives car plus des trois-quarts (77,8 %) des personnes les présentent encore lors de l'inclusion.

Graphique 29 : Présences de complications lors de l'épisode initial de Covid



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le détail de ces complications est présenté dans les graphiques suivants.

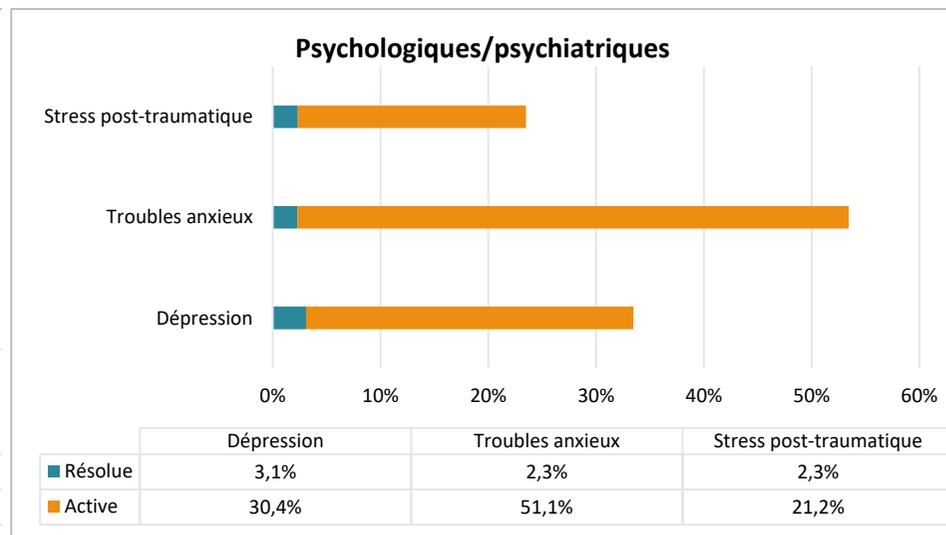
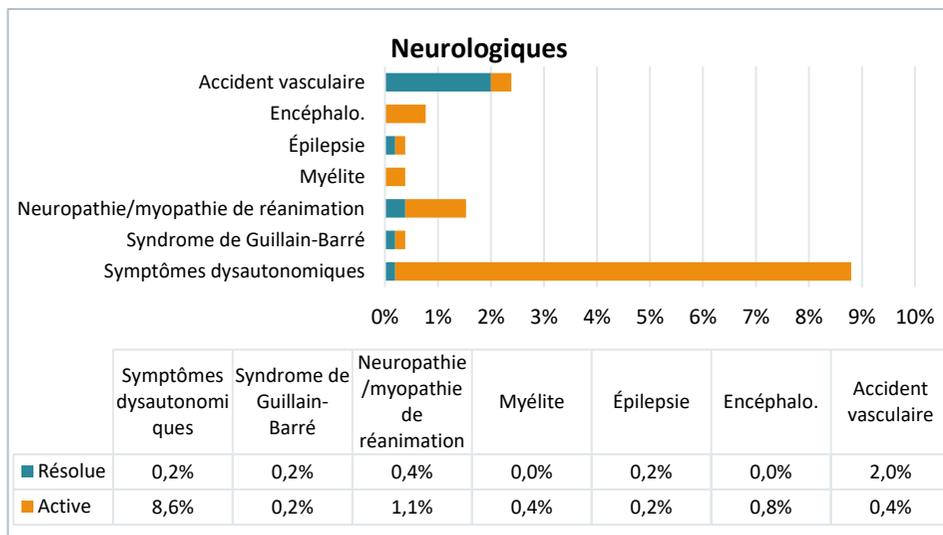
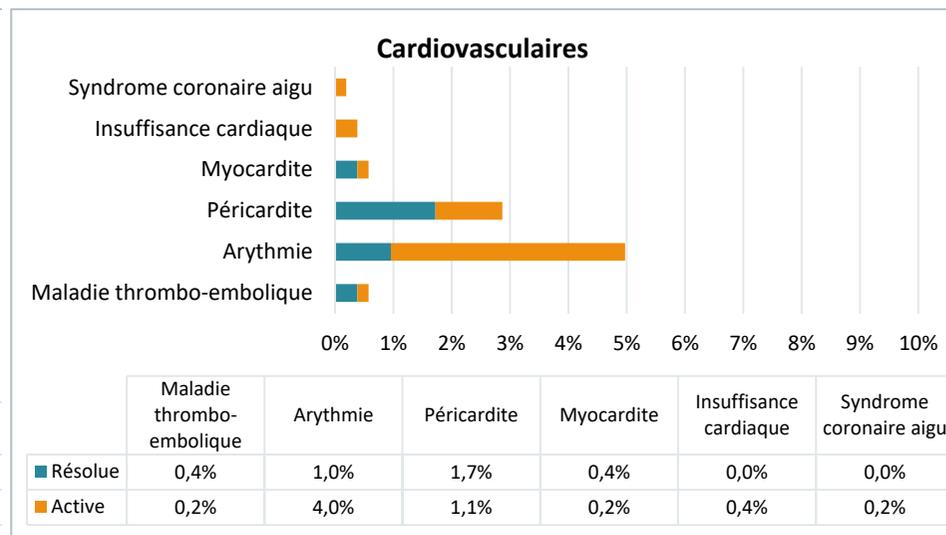
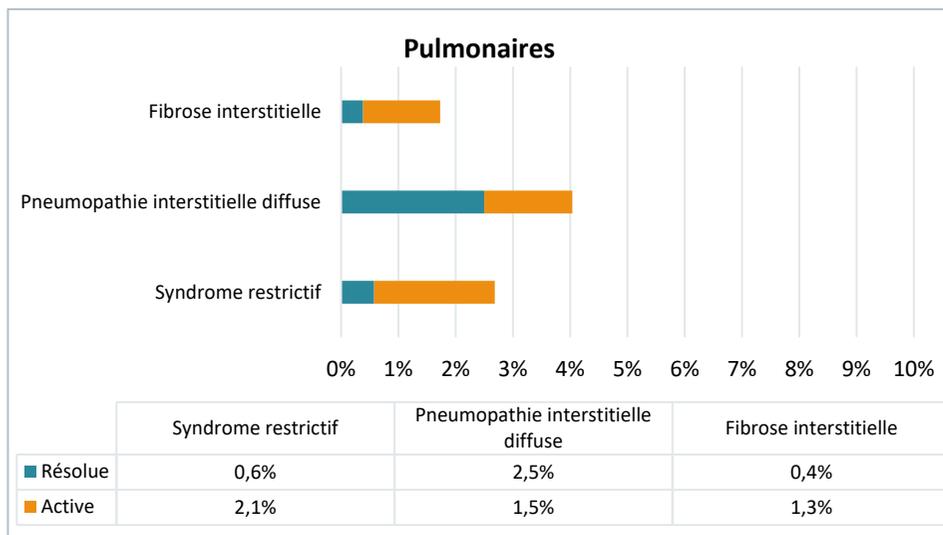
Les complications les plus fréquentes sont du domaine psychiatrique : plus de la moitié des personnes ont eu des troubles anxieux et près d'un tiers des troubles dépressifs ; dans la très grande majorité des cas, ces troubles sont toujours présents au moment de leur inclusion dans l'étude.

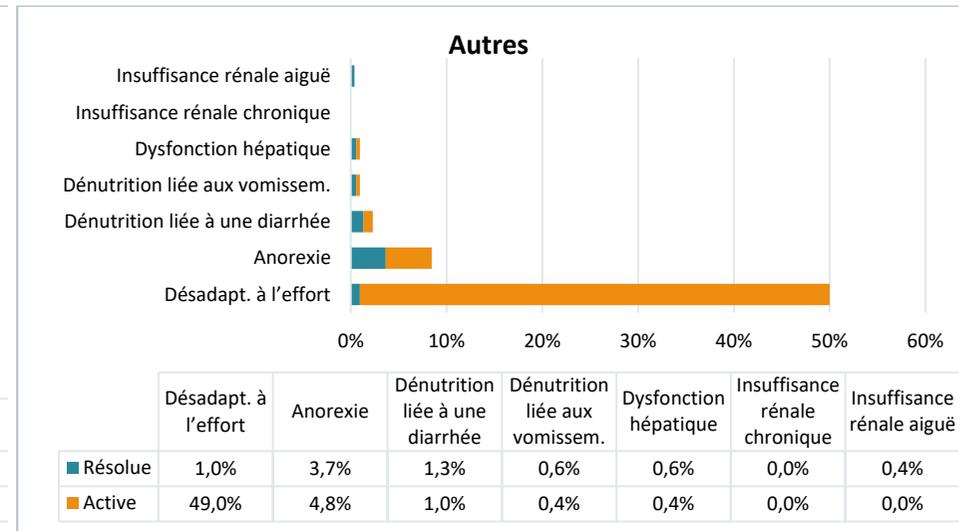
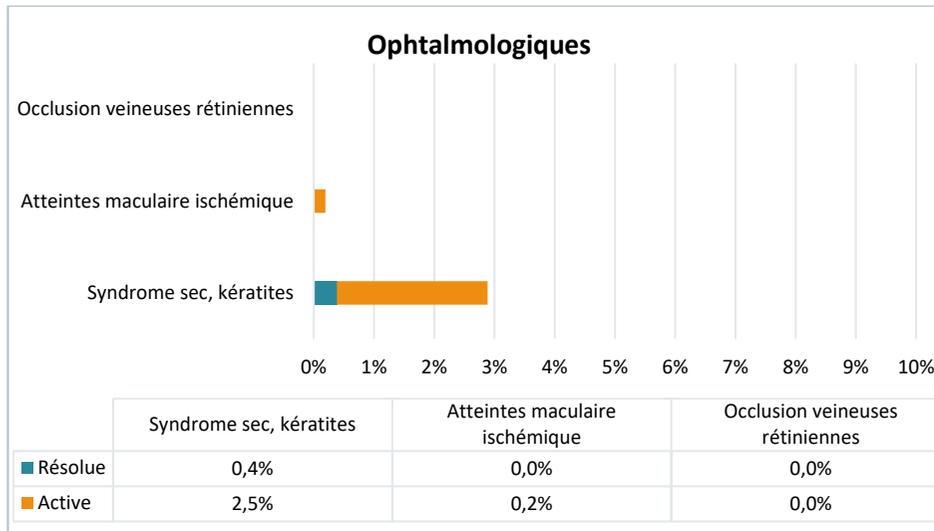
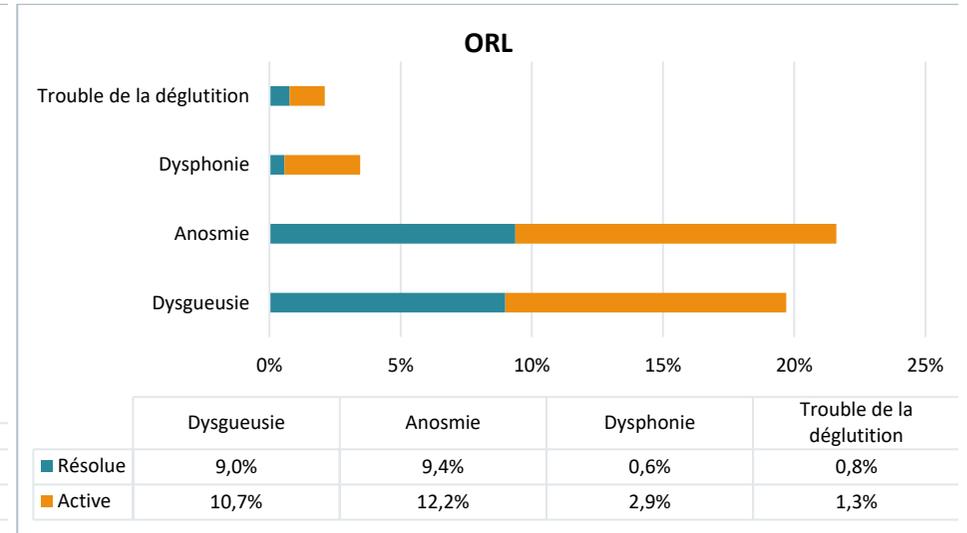
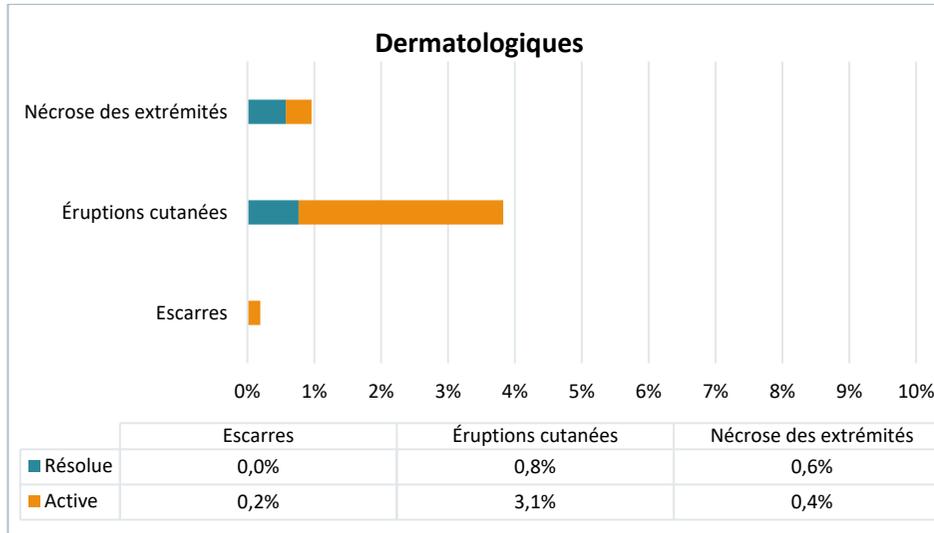
Une désadaptation à l'effort est également retrouvée chez une personne sur deux, encore présente dans la quasi-totalité des cas.

Les complications ORL sont également fréquemment présentes : plus d'une personne sur cinq a présenté une anosmie et presque autant une agueusie. Dans l'un et l'autre cas, ces symptômes persistent une fois sur deux.

### Graphique 30 : Fréquence des différentes complications lors de l'épisode initial de Covid

Attention : échelles de fréquences différentes pour « Psychologiques/psychiatriques, « ORL » et « Autres »





Valeurs manquantes : 21 à 30-3,8 % à 5,4 %

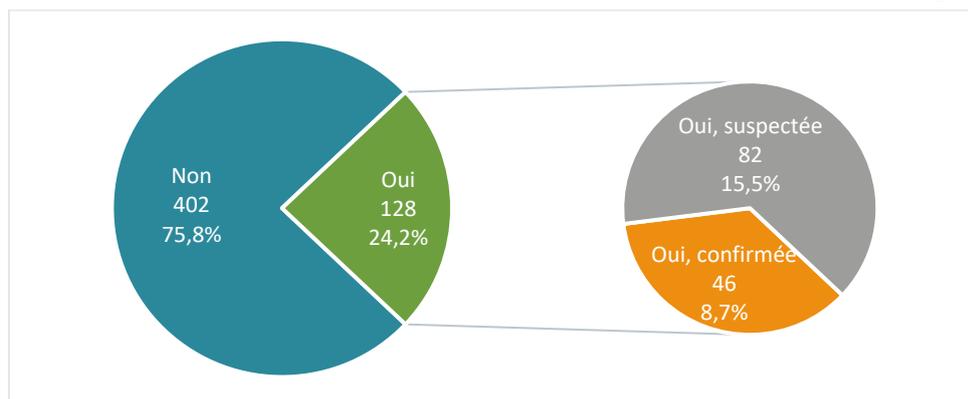
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Existence d'une pathologie autre que la Covid pouvant expliquer la symptomatologie

Dans plus des trois quarts des cas (76,5 %), les personnes ne présentent pas d'autre pathologie pouvant expliquer la symptomatologie.

Dans 15,1 % des cas, une pathologie expliquant la symptomatologie est suspectée et dans moins d'un cas sur dix (8,5 %), une pathologie confirmée est présente.

Graphique 31 : Existence d'une pathologie pouvant expliquer la symptomatologie



Valeurs manquantes : 15 – 2,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le détail de ces différentes pathologies est présenté dans le tableau suivant (il s'agit des pathologies confirmées et non suspectées). Le groupe de pathologies qui revient le plus souvent est celui des troubles mentaux, avant les problèmes ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif. Ces deux groupes de pathologies représentent plus de la moitié des pathologies pouvant expliquer la symptomatologie persistante après l'épisode initial de Covid.

Tableau 3 : Pathologies confirmées pouvant expliquer la symptomatologie

Pathologie	N	%
Troubles mentaux	13	28,3
Pathologies du système ostéo articulaire, musculaires ou du tissu conjonctif	11	23,9
Maladie du système nerveux	4	8,7
Tumeur maligne	3	6,5
Maladie de l'appareil circulatoire	3	6,5
Maladie endocrinienne, nutritionnelle ou métabolique	3	6,5
Maladie de l'appareil digestif	1	2,2
Maladie de l'appareil respiratoire	1	2,2

Valeurs manquantes : 7 – 15,2 %

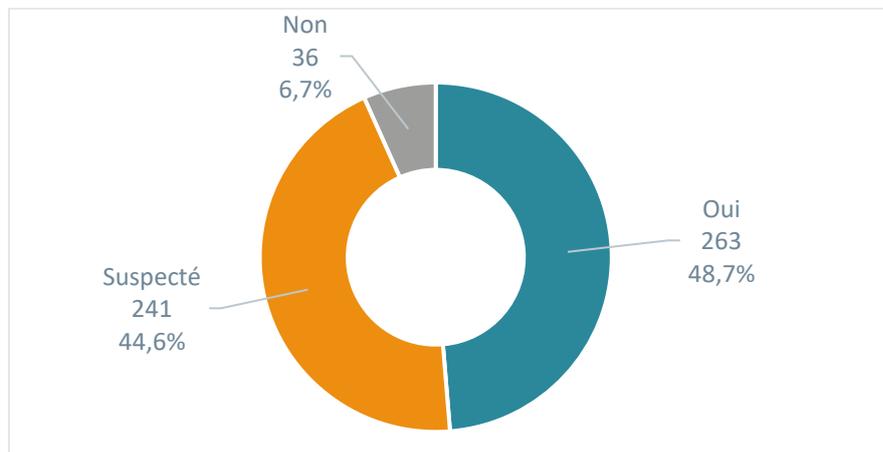
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Confirmation de diagnostic de Covid long

Dans la moitié des cas (50,0 %), le diagnostic de Covid long est confirmé dès cette première consultation ; il est suspecté presque aussi souvent (43,5 %).

Il n’y a que dans 6,5 % des cas où le diagnostic de Covid long est écarté dès ce temps de prise en charge.

Graphique 32 : Confirmation du diagnostic de Covid long lors de l’inclusion



Valeurs manquantes : 5 – 0,9 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

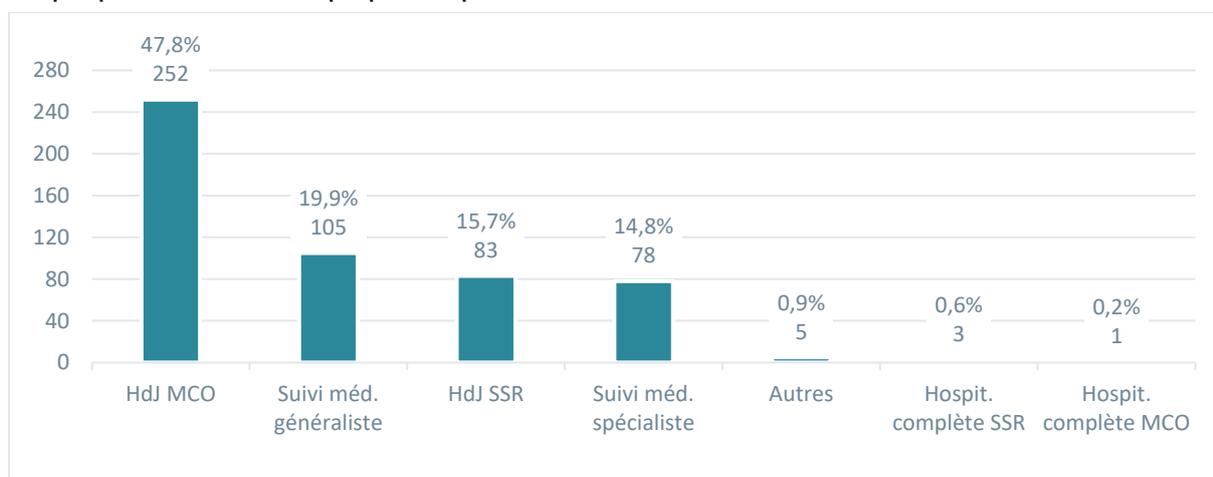
## ► Orientation proposée à l’issue de l’inclusion

Dans près de la moitié des cas (46,6 %), les personnes sont orientées vers une hospitalisation de jour en médecine et dans 17,9 % vers une hospitalisation de jour en SSR.

Un suivi en médecine générale est proposé une fois sur cinq (19,9 %) et en médecine spécialisée dans 14,8 % des cas.

Les orientations « autres » sont principalement constituées par des bilans complémentaires à réaliser en ambulatoire.

Graphique 33 : Orientation proposée après le 1<sup>er</sup> contact



Valeurs manquantes : 18 – 3,2 %

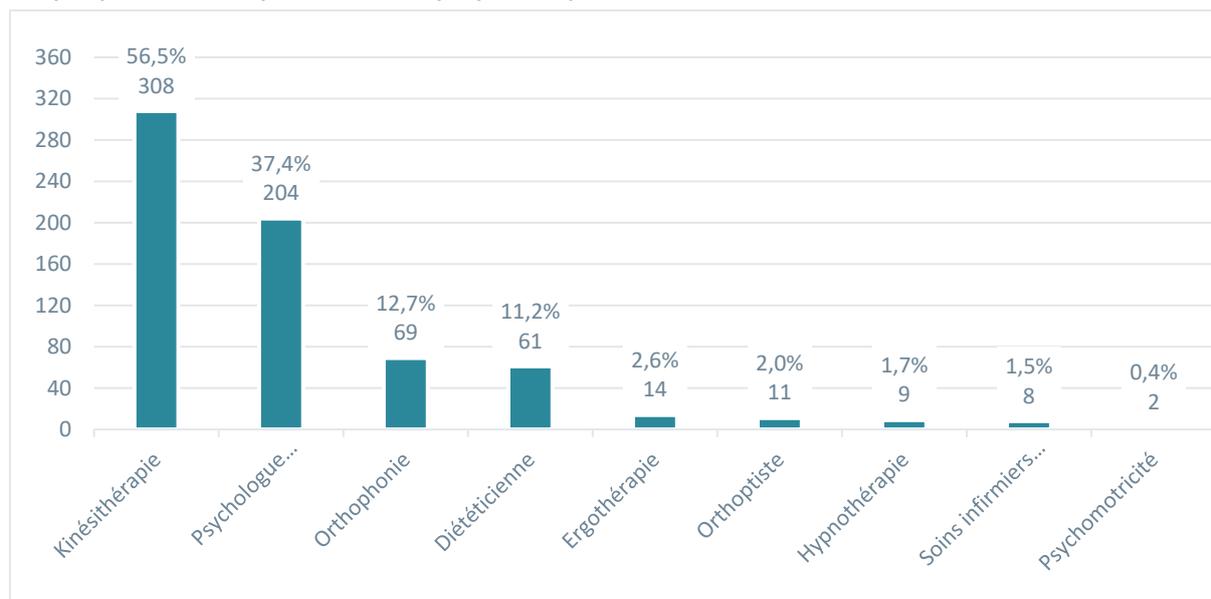
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'inclusion

Dans près des deux tiers des cas (65,8 %) une prise en charge paramédicale est proposée après le 1<sup>er</sup> contact.

Pour 59,1 % des personnes, de la kinésithérapie est proposée et dans les deux cinquièmes des cas (40,0 %), la personne est orientée vers un psychologue ou un neuropsychologue. Orthophonie et prise en charge diététique viennent ensuite pour moins d'une personne sur huit ; les autres orientations paramédicales sont beaucoup plus rares (3 % des cas ou moins).

Graphique 34 : Soins paramédicaux proposés après le 1<sup>er</sup> contact



Valeurs manquantes : 18 – 3,3 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## HOSPITALISATION DE JOUR EN MÉDECINE

### ► **Caractéristiques des personnes vues lors de l'hospitalisation de jour en médecine**

Cette partie de l'analyse porte sur les 375 personnes vues en hospitalisation de jour en centre de recours de médecine.

Les personnes qui ont bénéficié d'une hospitalisation de jour en médecine sont en moyenne plus jeunes de 2 ans et demi que celles qui n'en ont pas bénéficié : 45,1 ans ( $\pm 12,5$ ) versus 47,5 ( $\pm 12,9$ ) d'âge moyen.

Il n'y a pas de différence de répartition par sexe.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion ne diffère pas entre celles qui ont eu et celles qui n'ont pas eu une hospitalisation de jour en médecine.

Les personnes hospitalisées de jour en médecine ont cherché un peu moins longtemps une solution que celles qui ne l'ont pas été : 9,4 mois ( $\pm 7,8$ ) versus 10,6 mois ( $\pm 8,8$ ).

Ces personnes ne présentaient pas plus de symptômes lors de l'épisode de Covid initial. De même, il n'y avait pas de différence de nombre de symptômes lors de l'inclusion.

Ces personnes ne différaient pas du reste de la population selon la présence de complications.

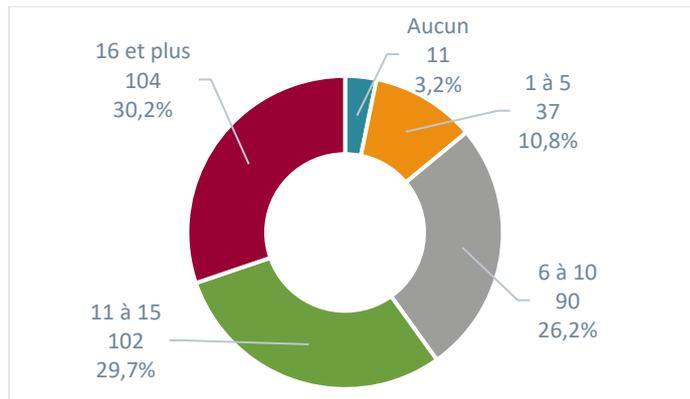
Les personnes ayant eu une hospitalisation de jour en médecine sont plus nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long confirmé dès la consultation initiale (56,4 % versus 46,5 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long écarté (1,5 % versus 9,2 %). Elles sont à peu près aussi nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long suspecté (42,1 % et 44,3 %).

Les personnes hospitalisées de jour en médecine ont une qualité de vie moins dégradée que celles qui ne l'ont pas été dans cinq des huit dimensions de l'échelle SF36 : « Activité physique », « Limitations dues à l'état physique », « Énergie/fatigue », « Santé psychique » et « Douleurs physiques ». Il n'y a pas de différences significatives pour les dimensions « Limitations dues à l'état psychique », « Les relations avec autrui » et « Santé perçue ».

### ► **Symptômes lors de l'hospitalisation de jour en médecine**

4,6 % des personnes ne rapportent pas de symptômes au moment de l'hospitalisation de jour en médecine. Les symptômes restent nombreux, comme lors des temps précédents : 84,5 % des personnes en rapportent au moins cinq et 29,3 % 15 ou plus.

**Graphique 35 : Nombre de symptômes différents lors de l'hospitalisation de jour en médecine**



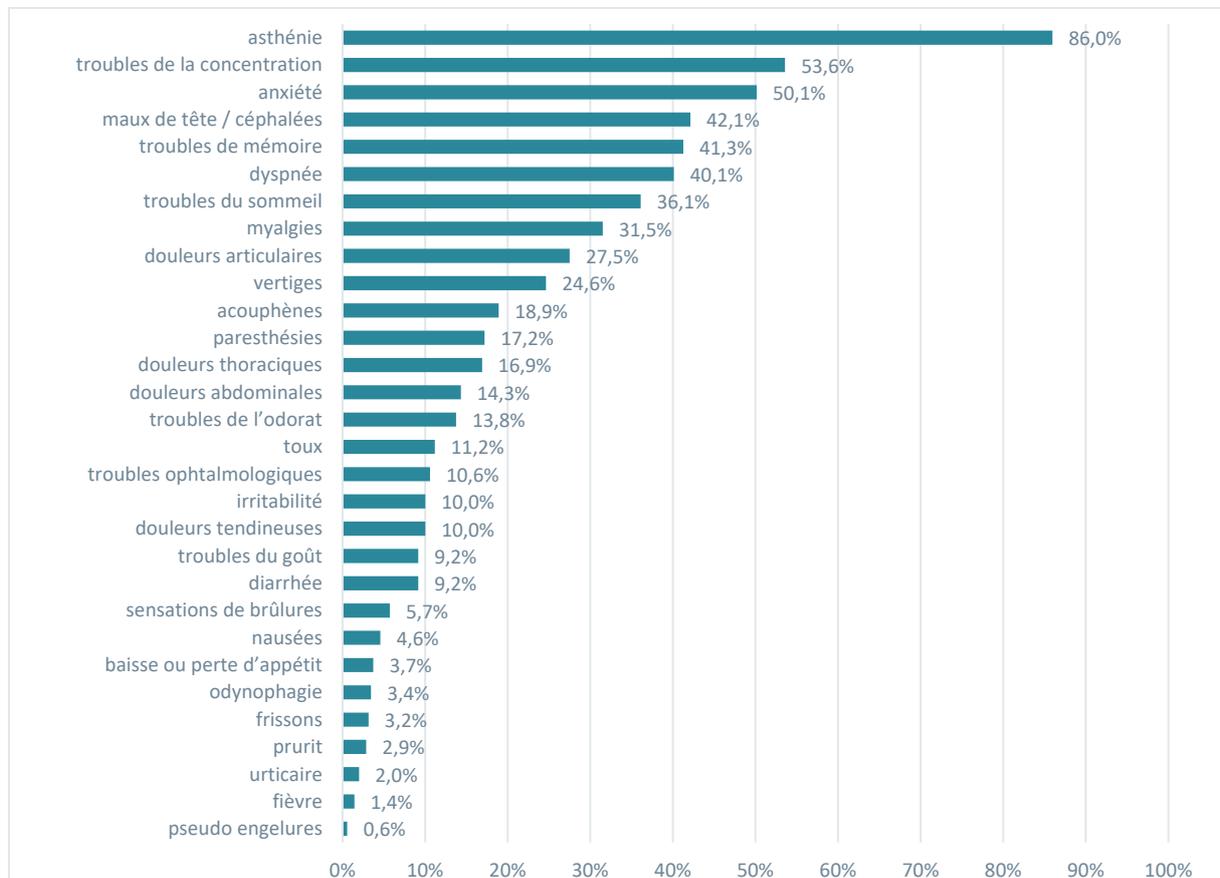
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 5,9 ( $\pm 3,4$ ), soit moins que lors de l'inclusion (9,1). La médiane est inférieure à la moyenne : 5 symptômes. Un quart des personnes en rapportent moins de 4 et un quart plus de 7, jusqu'à 22.

L'asthénie est toujours fortement présente à ce moment-là de l'accompagnement : elle est mentionnée plus de huit fois sur dix. Deux autres symptômes concernent au moins une personne sur deux : les troubles de la concentration et l'anxiété. Quatre symptômes concernent au moins un tiers des personnes : les troubles de la mémoire, les céphalées, la dyspnée et les troubles du sommeil.

**Graphique 36 : Fréquence des symptômes lors de l'hospitalisation de jour en médecine**



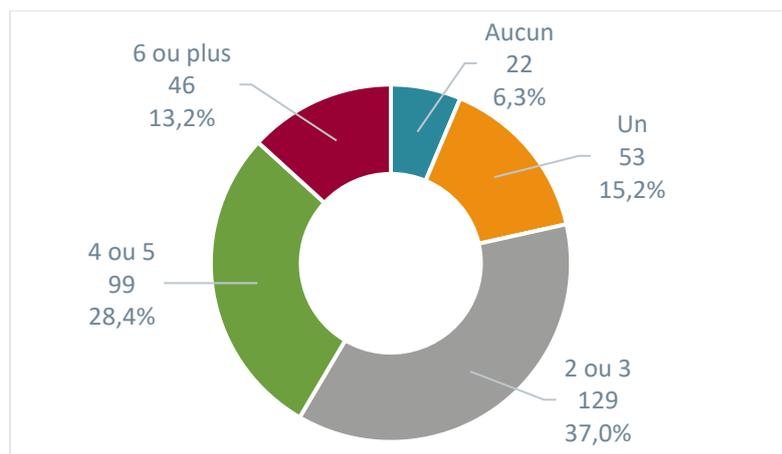
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine

Seules 6,3 % des personnes vues en l'hospitalisation de jour en médecine ne présentent pas de diagnostic ou de symptômes de Covid long. Plus du tiers en présentent 2 ou 3, et plus du quart en présentent 4 ou 5. Les personnes qui en ont six ou plus sont moins nombreuses (13,2 %) que celles qui en présentent un seul (15,2 %).

Graphique 37 : Nombre de diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le détail de ces diagnostics et symptômes est présenté dans les graphiques suivants.

La désadaptation à l'effort est le diagnostic ou symptôme le plus souvent rencontré, concernant autour huit personnes sur dix.

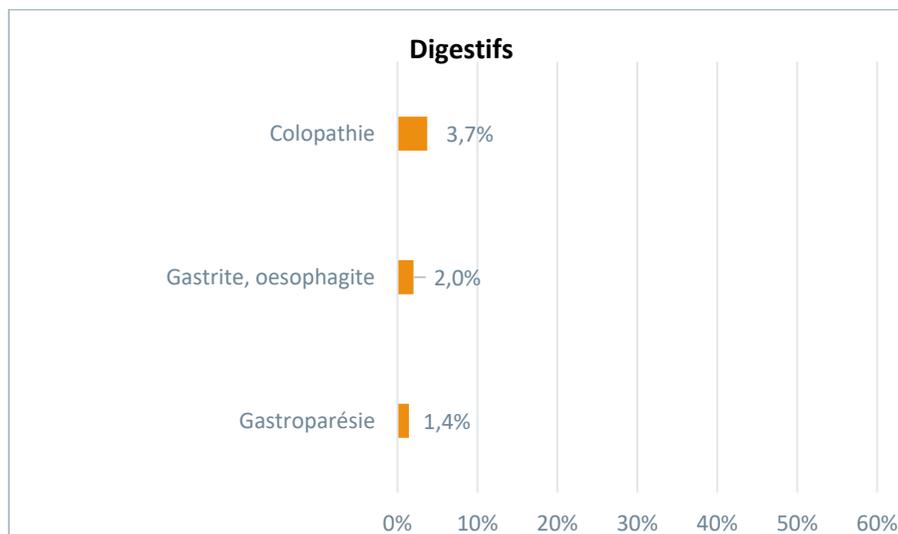
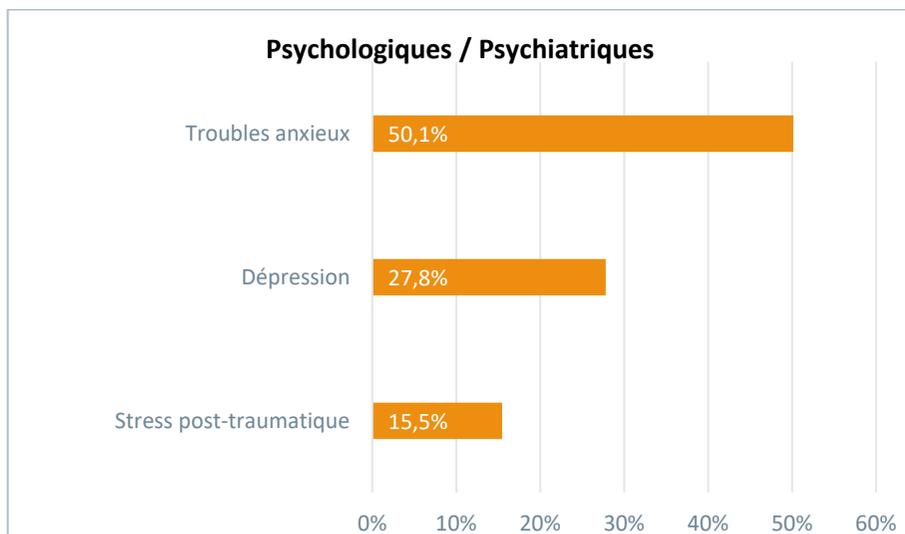
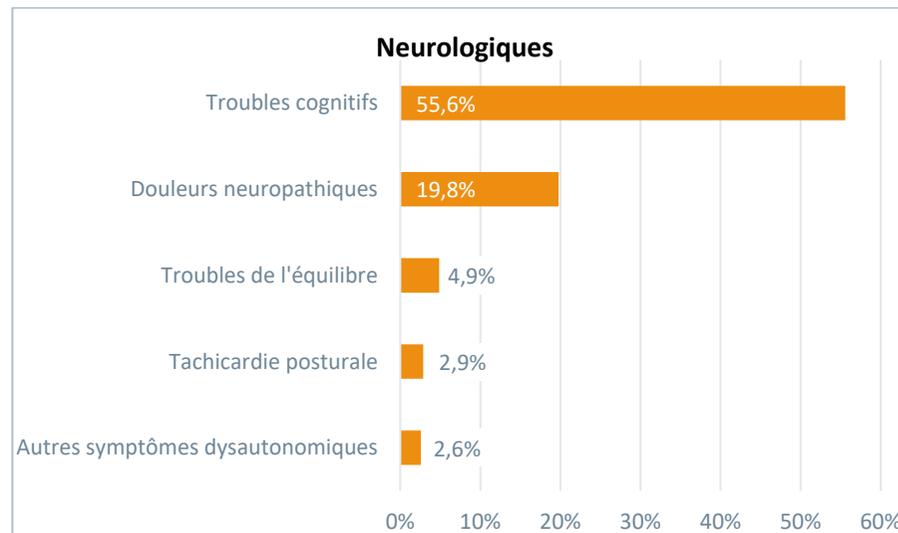
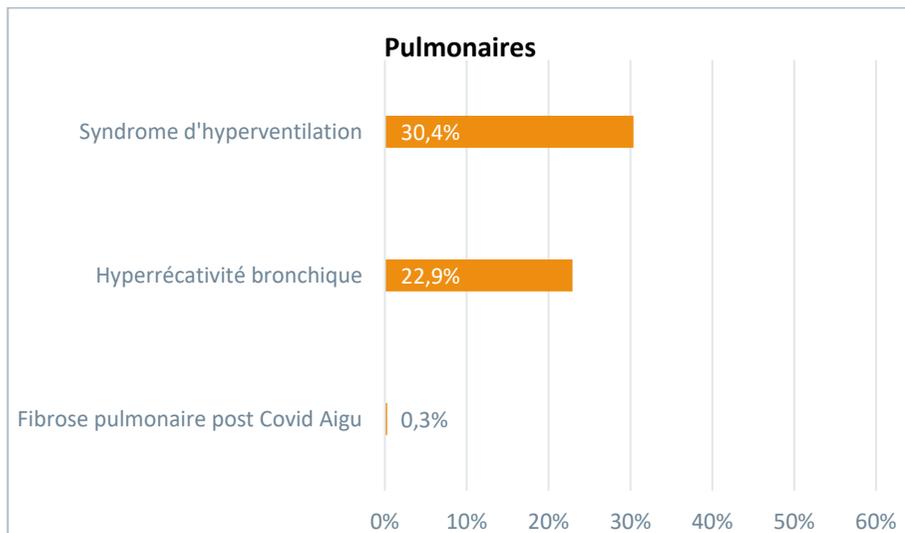
Les troubles cognitifs et les troubles anxieux viennent ensuite, concernant respectivement les deux tiers des personnes et près de la moitié.

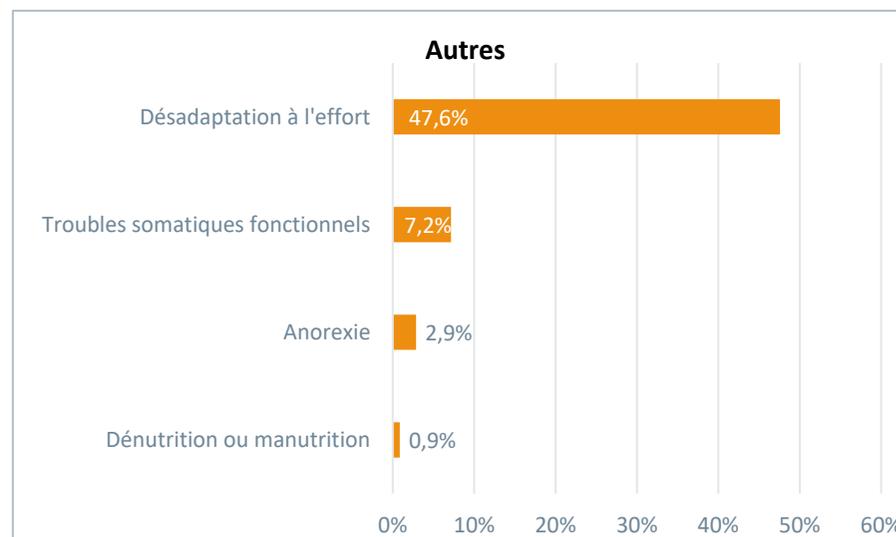
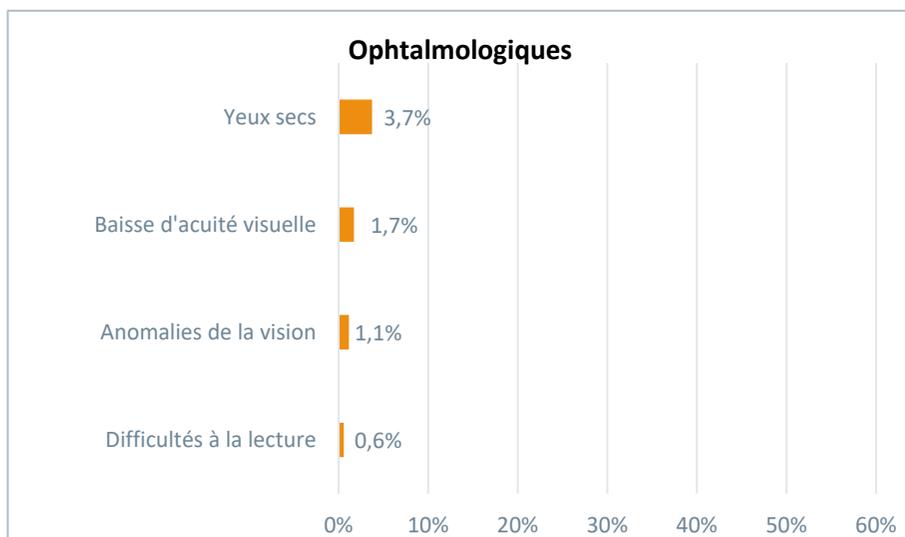
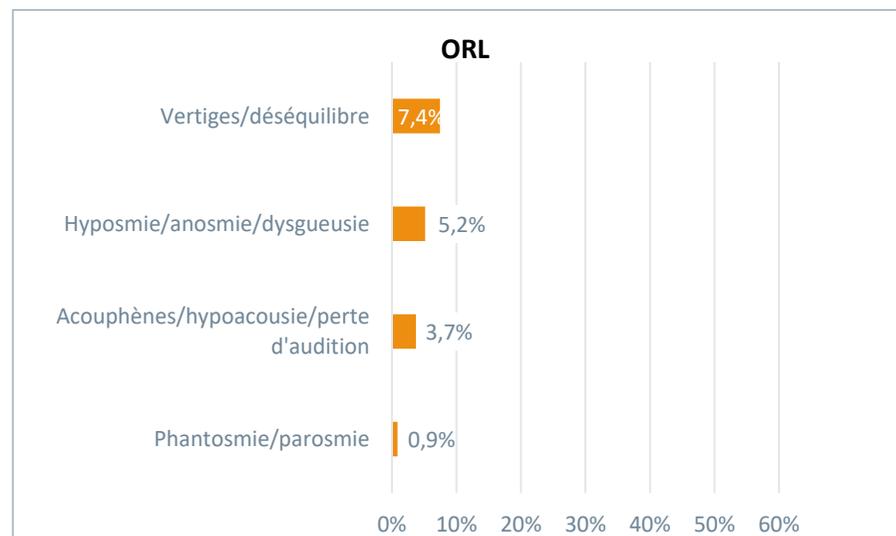
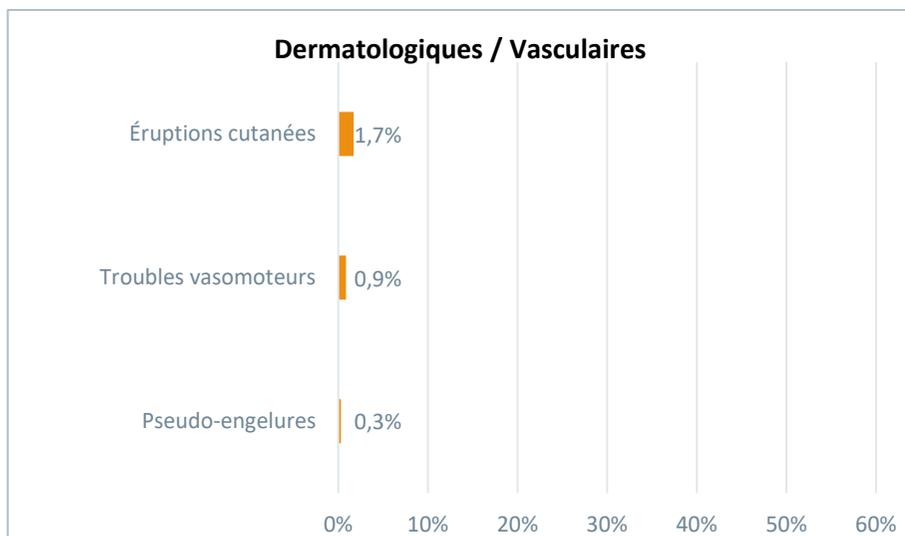
Viennent ensuite, concernant entre 31 % et 23 % des personnes et en fréquence décroissante, les vertiges/déséquilibres, le syndrome d'hyperventilation, les troubles de l'équilibre, le stress post-traumatique, la dépression et l'hyposmie/anosmie/dysgueusie.

Les autres diagnostics et symptômes concernent moins d'une personne sur dix.

À noter que des diagnostics ou symptômes cardiovasculaires sont relevés dans la population étudiée alors que ce n'était pas le cas pour les personnes hospitalisées de jour en médecine : une maladie thromboembolique pour deux personnes (1,9 %) et une péricardite pour 4 personnes (3,8 %)

Graphique 38 : Fréquence des différents diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine





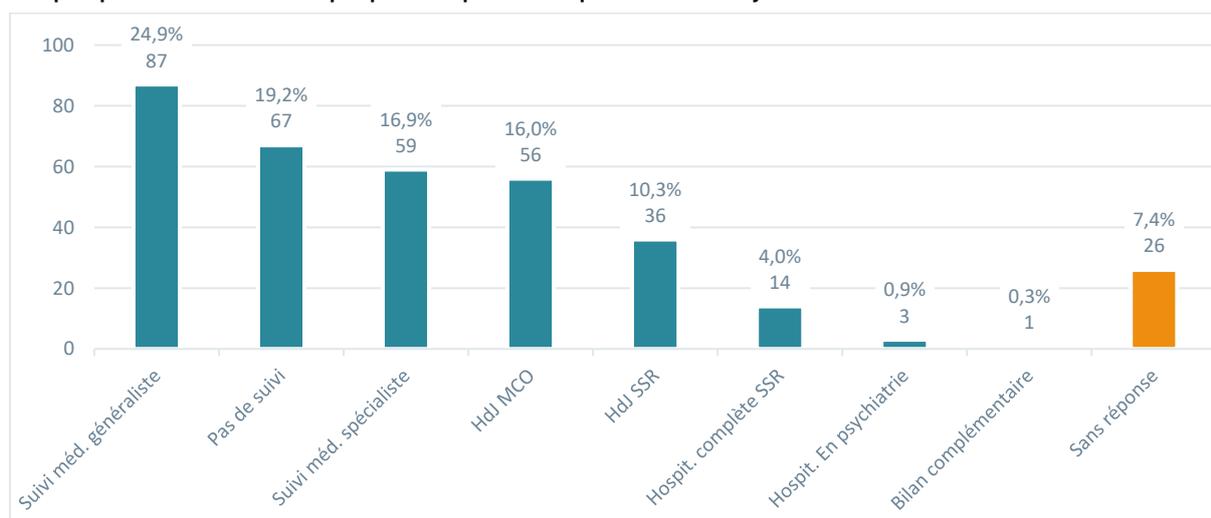
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Orientation proposée à l'issue de l'hospitalisation de jour en médecine

Dans plus du quart des cas, les personnes sont orientées vers leur médecin généraliste et dans 16,5 % des cas vers un spécialiste. Une nouvelle l'hospitalisation de jour en médecine (14,9 %) ou une orientation vers une hospitalisation de jour en SSR sont également fréquentes.

Dans près d'un cas sur cinq (17,9 %) aucun suivi n'est requis après cette prise en charge.

Graphique 39 : Orientation proposée après l'hospitalisation de jour en médecine



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

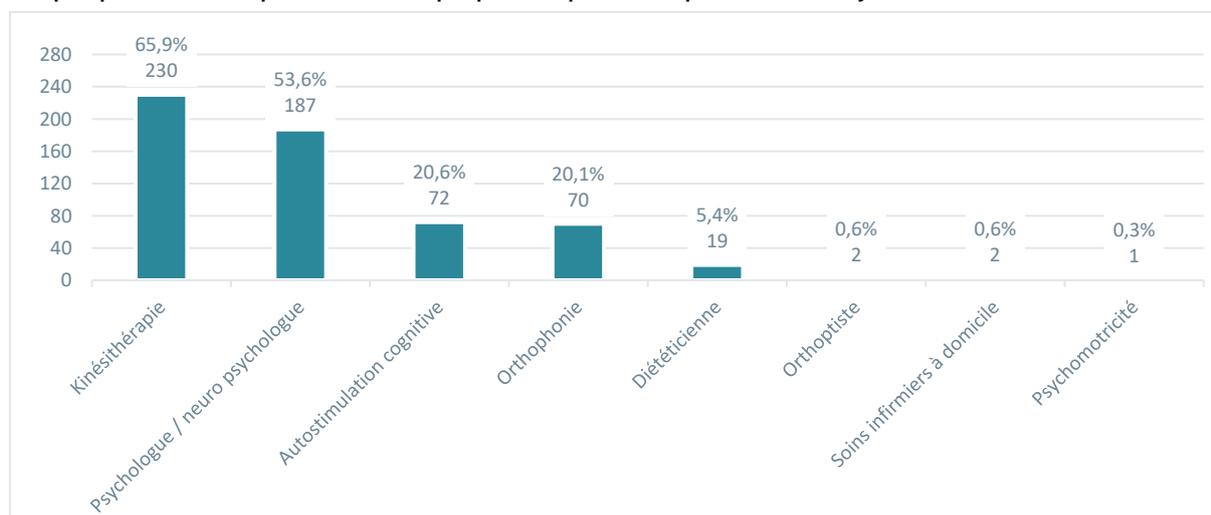
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'hospitalisation de jour en médecine

Dans les deux tiers des cas (65,1 %) de la kinésithérapie est proposée et dans plus d'un cas sur deux (52,8 %) la personne est orientée vers un psychologue ou un neuropsychologue. L'autostimulation cognitive et l'orthophonie sont proposées à une personne sur cinq.

En outre, de l'activité physique adaptée est proposée dans 59,2 % des cas.

Graphique 40 : Soins paramédicaux proposés après l'hospitalisation de jour en médecine



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## HOSPITALISATION DE JOUR EN SMR

### ► Caractéristiques des personnes vues lors de l'hospitalisation de jour en SMR

Cette partie de l'analyse porte sur les 105 personnes vues en hospitalisation de jour dans les centres SMR (HDJ SMR). Parmi elles, 6 (5,7 %) ont bénéficié auparavant d'une prise en charge en hospitalisation de jour en médecine.

Les personnes qui ont bénéficié d'une hospitalisation de jour en SMR sont en moyenne plus âgées de 4 ans et demi que celles qui n'en ont pas bénéficié : 50,2 ans ( $\pm 11,4$ ) versus 45,8 ( $\pm 12,8$ ) d'âge moyen. Il n'y a pas de différence de répartition par sexe.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion ne diffère pas entre celles qui ont eu et celles qui n'ont pas eu une hospitalisation de jour en SMR.

Le délai de recherche de solution ne varie pas non plus entre ces deux groupes.

Ces personnes présentaient plus de symptômes lors de l'épisode de Covid initial : 11,6 ( $\pm 6,8$ ) versus 11,0 ( $\pm 6,0$ ). De même, elles présentaient un nombre plus élevé de symptômes lors de l'inclusion : 9,9 ( $\pm 5,6$ ) versus 9,0 ( $\pm 5,1$ ).

Elles sont plus nombreuses à présenter des complications actives de la Covid : 94,5 % versus 74,4 %.

Les personnes ayant eu une hospitalisation de jour en SMR sont plus nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long confirmé dès la consultation initiale (78,0 % versus 44,5 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long suspecté (20,9 % versus 48,0 %) ou écarté (1,1 % versus 7,6 %).

Les personnes hospitalisées de jour en SMR ont une qualité de vie plus dégradée que celles qui ne l'ont pas été dans une seule dimension de l'échelle SF36 : « Activité physique » (43,7  $\pm$  21,1 versus 52,7  $\pm$  43,7). Il n'y a pas de différence significative concernant les autres dimensions de l'échelle SF36.

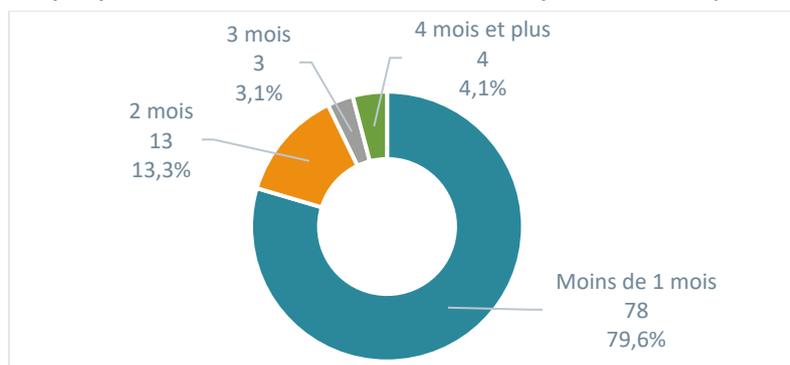
### ► Délais et modalités d'adressage

Pour 74 personnes (70,5 % des personnes vues en hospitalisation de jour en SMR), l'inclusion s'est faite en même temps que l'admission en HDJ SMR.

Pour les 31 autres personnes, il s'est écoulé en moyenne 61,3 jours entre leur inclusion dans l'étude et leur admission en HDJ SMR ( $\pm 56,4$ ). Ce délai va de 1 jour à 246 jours avec une médiane à 41,5 jours.

Ainsi, la plupart des personnes ont été hospitalisées de jour en SMR dans le mois suivant leur inclusion.

Graphique 41 : Délai entre l'inclusion et l'hospitalisation de jour en SMR

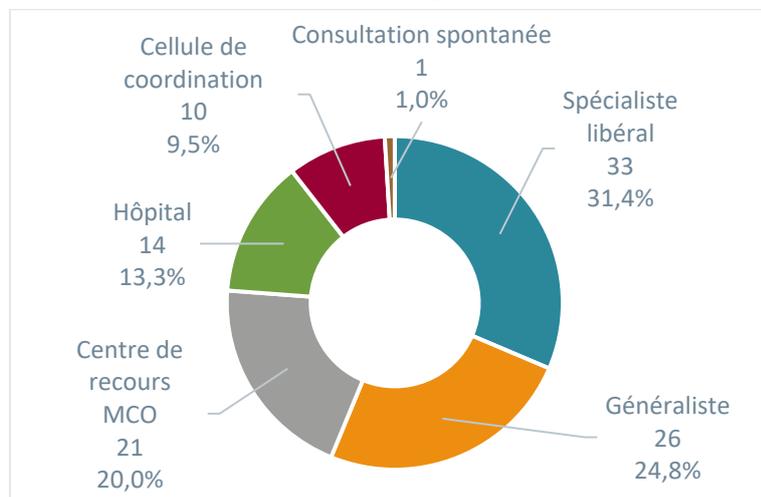


Valeurs manquantes : 7 – 6,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les personnes ont été adressées en HDJ SMR d'abord par un spécialiste libéral avant les généralistes. Ces deux catégories de médecins de ville assurent à elles seules plus de la moitié des orientations vers une HDJ SMR. Les centres de recours MCO viennent ensuite avant l'hôpital (consultation hospitalière ou site d'hospitalisation à parts égales) et les cellules de coordination.

**Graphique 42 : Modalités d'adressage en hospitalisation de jour en SMR**



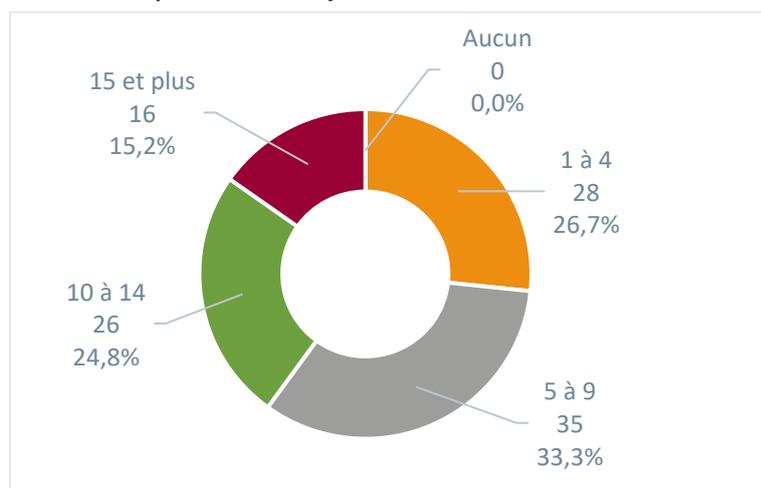
Valeurs manquantes : 7 – 6,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Symptômes lors de l'hospitalisation de jour en SMR

Parmi les personnes vues lors d'une hospitalisation de jour en SMR, aucune ne rapporte aucun symptôme. Les symptômes restent nombreux, comme lors des temps précédents : 73,3 % des personnes en rapportent cinq ou plus et 15,2 % présentent 15 symptômes ou plus.

**Graphique 43 : Nombre de symptômes différents lors de l'hospitalisation de jour en SMR**



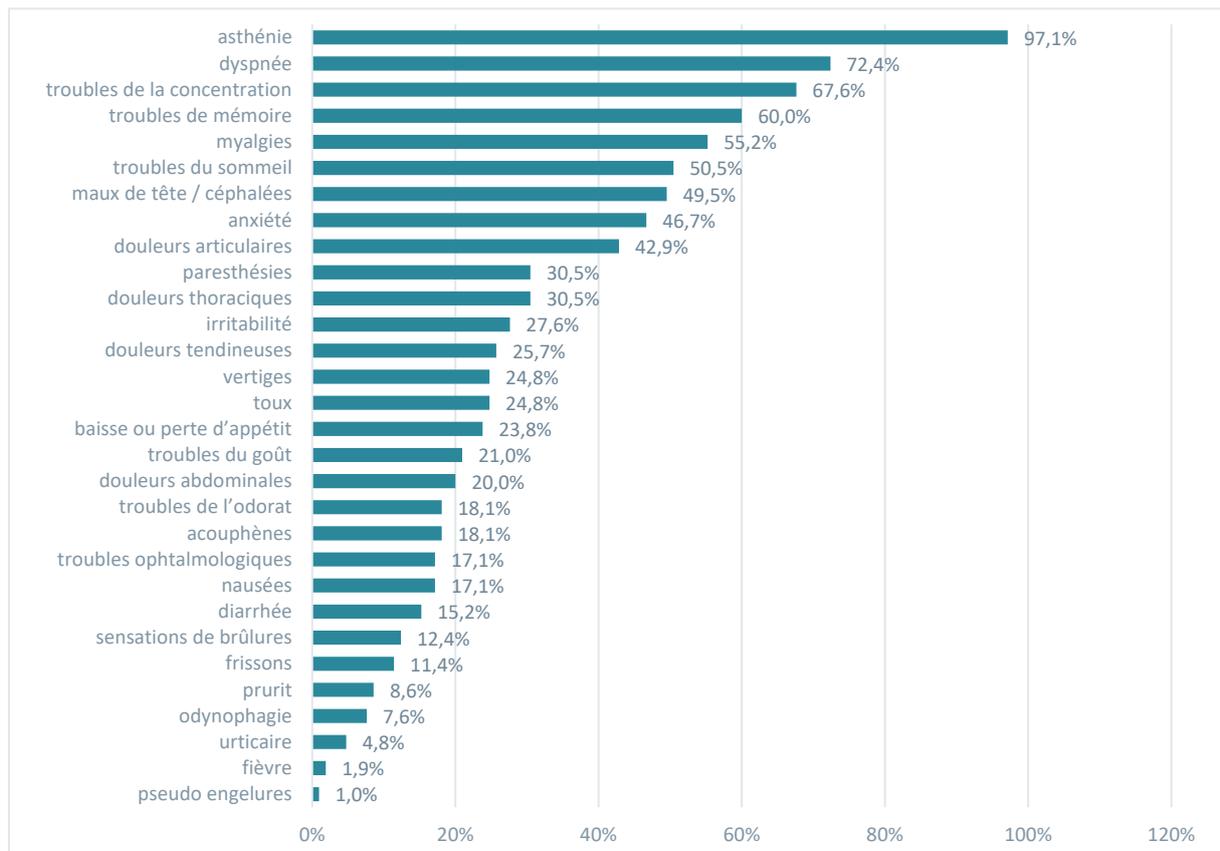
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 9,0 ( $\pm$  5,5), soit autant que lors de l'inclusion (9,1) et plus que pour les personnes vues en HDJ de médecine (5,9). La médiane est identique à la moyenne : 9 symptômes. Un quart des personnes en rapportent moins de 4 et un quart plus de 12, jusqu'à 27.

L'asthénie est toujours fortement présente à ce moment-là de l'accompagnement : elle est mentionnée dans presque tous les cas. Deux autres symptômes concernent au moins les deux tiers des personnes : la dyspnée et les troubles de la concentration. Trois autres symptômes concernent au moins la moitié des personnes : les troubles de la mémoire, les myalgies et les troubles du sommeil. Enfin trois autres symptômes sont retrouvés chez au moins une personne sur trois : les céphalées, l'anxiété et les douleurs articulaires.

**Graphique 44 : Fréquence des symptômes lors de l'hospitalisation de jour en SMR**



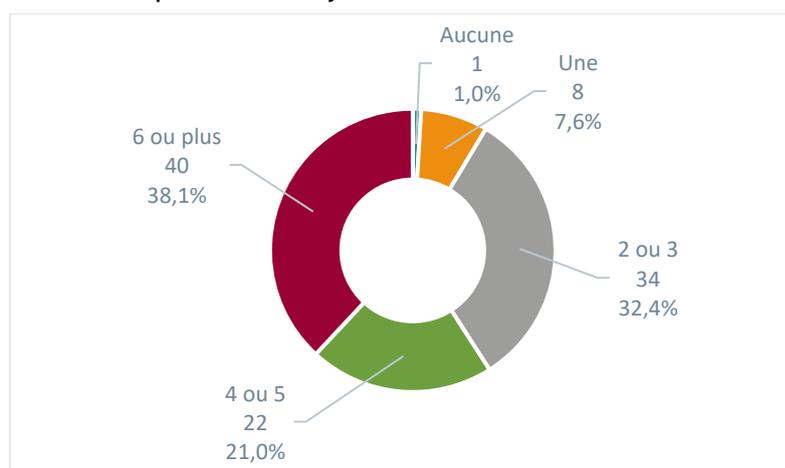
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► **Diagnostiques et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR**

Seule une personne vue en hospitalisation de jour en SMR ne présente pas de diagnostic ou de symptômes de Covid long. Près des deux cinquièmes en présentent 6 ou plus et un tiers en présente 2 ou 3. Les personnes qui en ont 4 ou 5 sont moins nombreuses (21,0 %) ainsi que celles qui en présentent un seul (7,6 %).

**Graphique 45 : Nombre de diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le détail de ces diagnostics et symptômes est présenté dans les graphiques suivants.

La désadaptation à l'effort est le diagnostic ou symptôme le plus souvent rencontré, concernant autour de huit personnes sur dix.

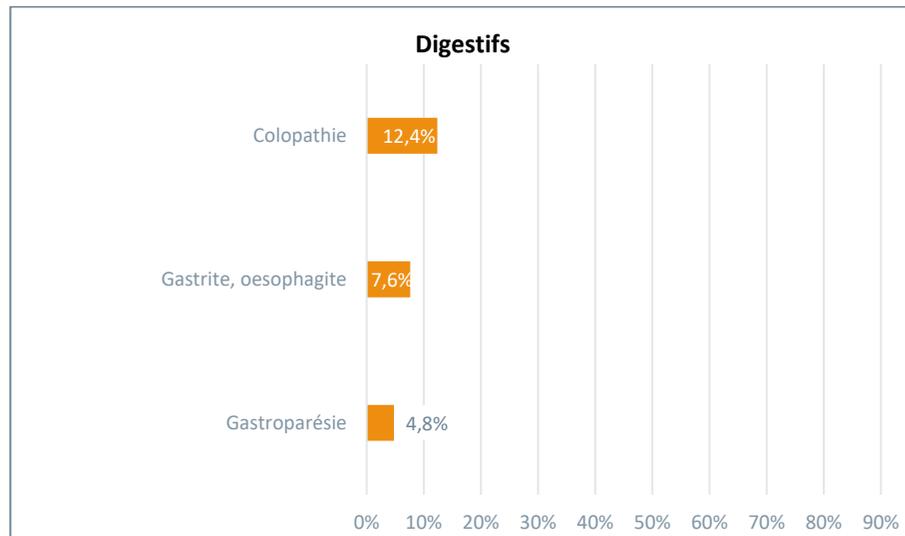
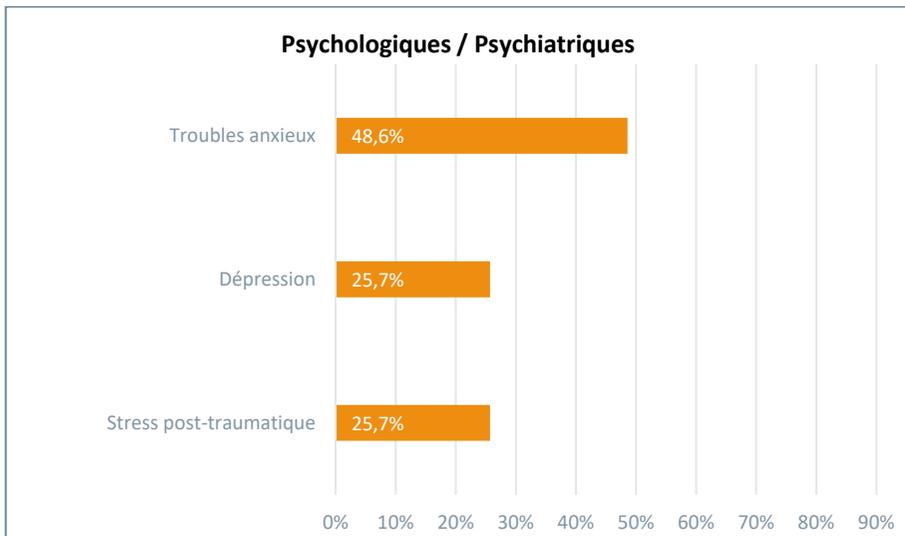
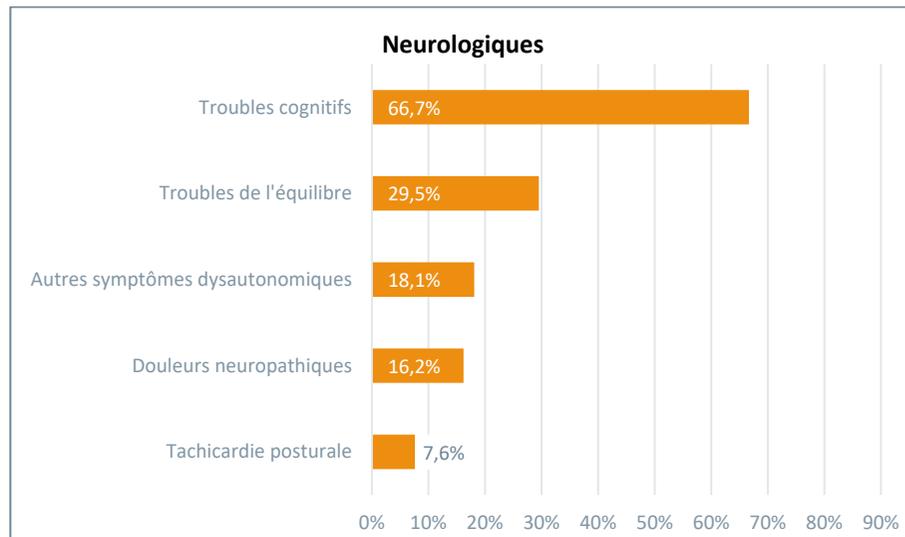
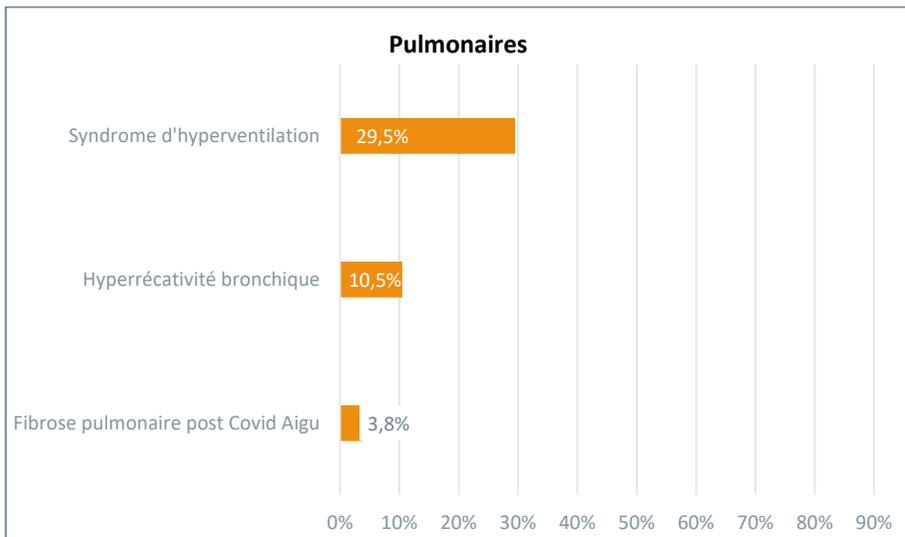
Les troubles cognitifs et des troubles anxieux viennent ensuite, concernant respectivement les deux tiers des personnes et près de la moitié.

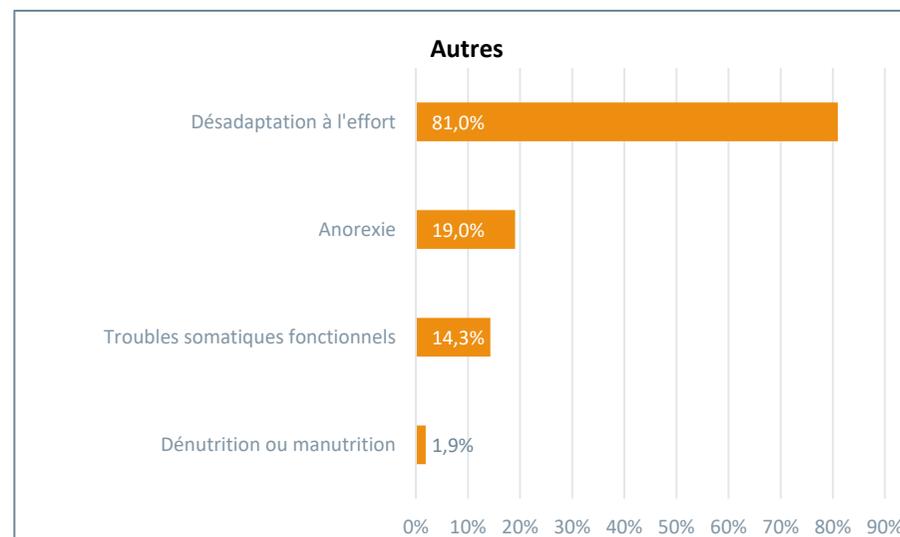
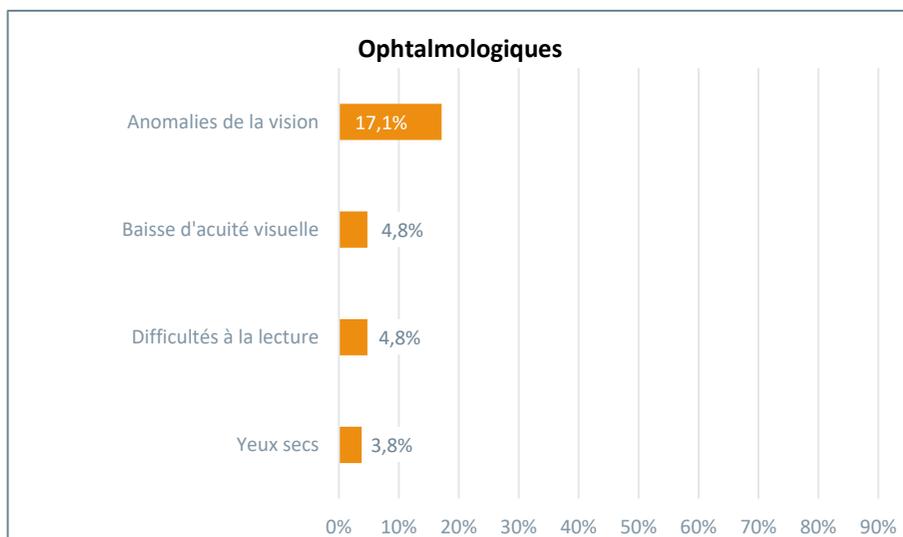
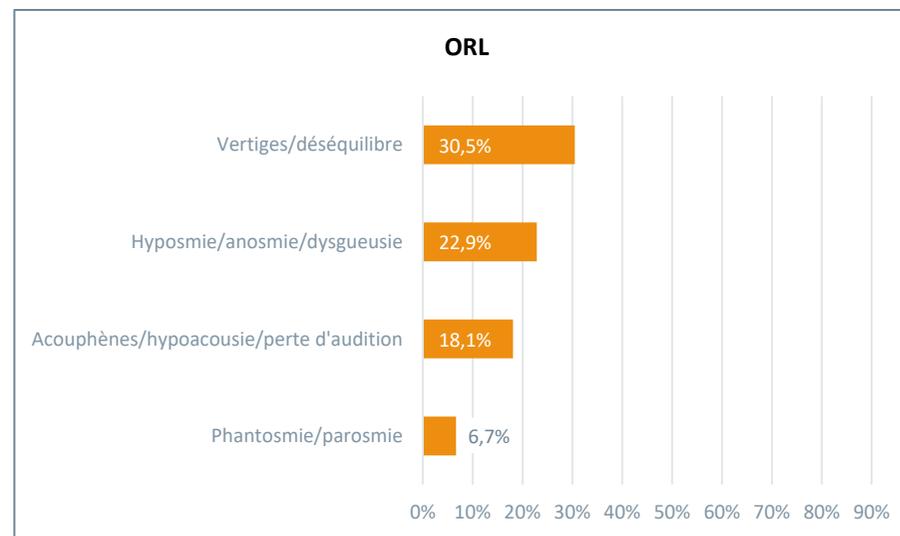
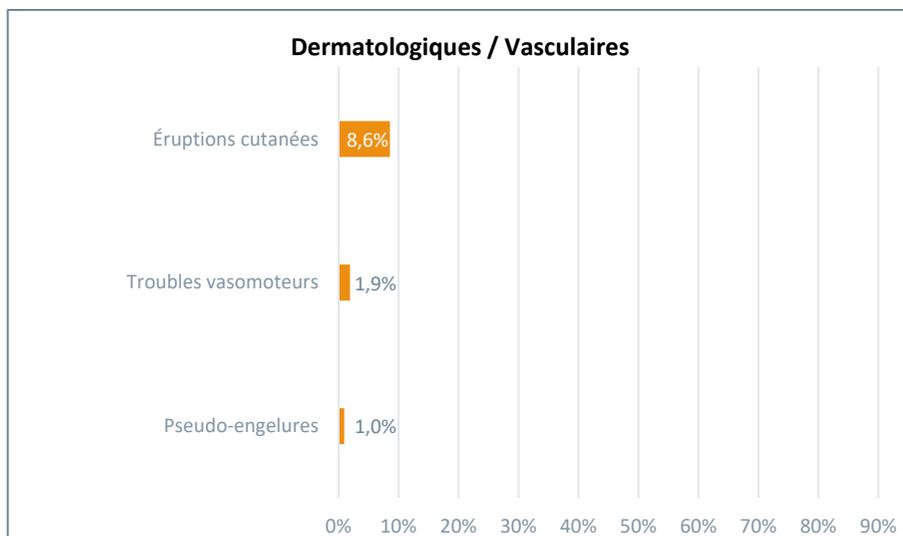
Viennent ensuite, concernant entre 31 % et 23 % des personnes et en fréquence décroissante, les vertiges/déséquilibres, le syndrome d'hyperventilation, les troubles de l'équilibre, le stress post-traumatique, la dépression et l'hyposmie/anosmie/dysgueusie.

Les autres diagnostics et symptômes concernent moins d'une personne sur dix.

À noter que des diagnostics ou symptômes cardiovasculaires sont relevés dans la population étudiée alors que ce n'était pas le cas pour les personnes hospitalisées de jour en médecine : une maladie thromboembolique pour deux personnes (1,9 %) et une péricardite pour 4 personnes (3,8 %).

**Graphique 46 : Fréquence des différents diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR**





Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

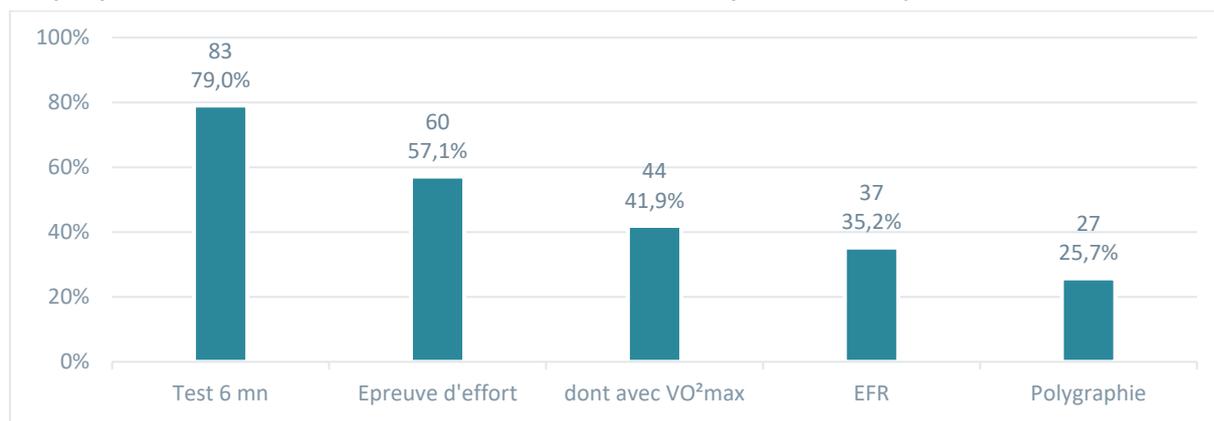
## ► Évaluation initiale recommandée en SMR

Dans la plupart des cas (79,0 %), un test de marche de 6 minutes est prévu en évaluation initiale lors de l'hospitalisation de jour.

Pour plus de la moitié des personnes (57,1 %), un test d'effort est également prévu, le plus souvent avec mesure de la VO<sup>2</sup> maximale.

Des épreuves fonctionnelles respiratoires concernent un tiers des personnes et un enregistrement polygraphique du sommeil un quart.

Graphique 47 : Évaluation initiale recommandée lors de l'hospitalisation de jour en SMR



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

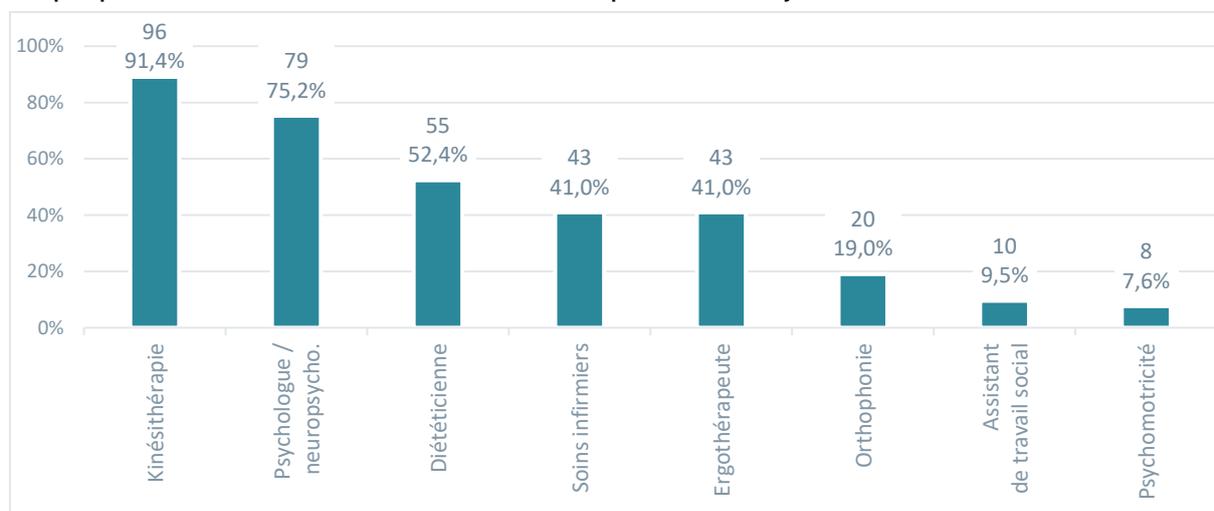
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Intervenants mobilisés en SMR

En moyenne, il est prévu de mobiliser 3,4 catégories de professionnels différents auprès des personnes en HDJ SMR ( $\pm 1,7$ ).

Il s'agit, dans presque tous les cas, de kinésithérapeutes (91,4 %) avant les psychologues ou neuropsychologues (75,2 %). Pour 41 % à 52 % des personnes, diététicienne, ergothérapie ou soins infirmiers sont prévus. L'orthophonie concerne moins d'une personne sur cinq.

Graphique 48 : Intervenants mobilisés lors de l'hospitalisation de jour en SMR



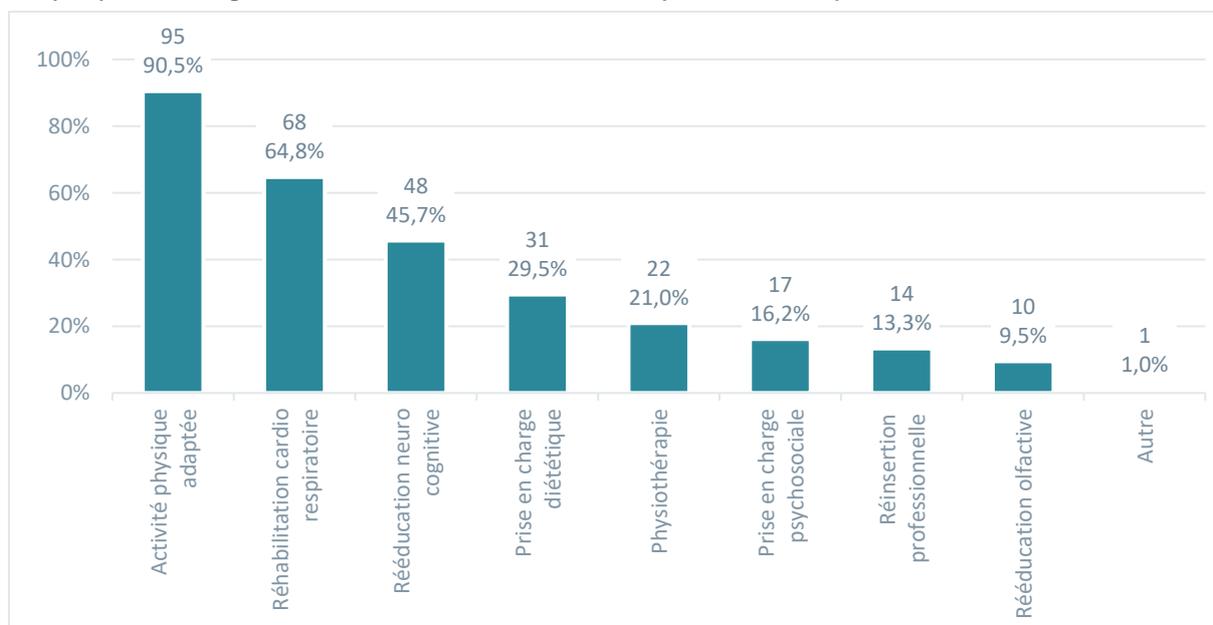
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Programme de rééducation en SMR

Le programme de rééducation comprend en premier lieu de l'activité physique adaptée (91 % des cas) avant de la réhabilitation cardiorespiratoire (65 %) et de la rééducation neurocognitive (46 %). Les autres activités de rééducation sont moins fréquemment mentionnées, au plus dans trois cas sur dix. La prise en charge diététique est alors la plus fréquente.

Graphique 49 : Programme de rééducation lors de l'hospitalisation de jour en SMR



Valeurs manquantes : 18 – 3,3 %

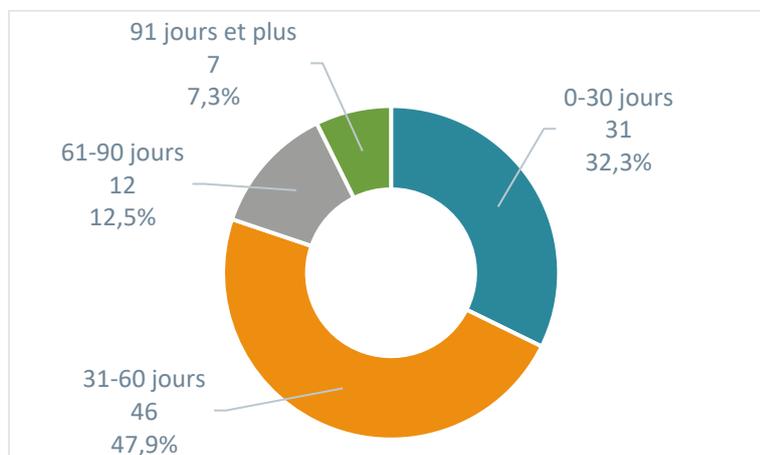
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

59

## ► Durée d'hospitalisation en hospitalisation de jour en SMR

Pour 96 personnes, un questionnaire a été complété en fin de séjour d'HDJ SMR. Ces informations ne sont donc pas disponibles pour 9 des 105 personnes (8,6 %) bénéficiant de ce type de prise en charge. La plupart des séjours ont duré moins de 60 jours : 80,2 %. La durée est alors le plus souvent comprise entre 30 et 60 jours, soit entre un et deux mois.

Graphique 50 : Durée de l'hospitalisation de jour en SMR



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

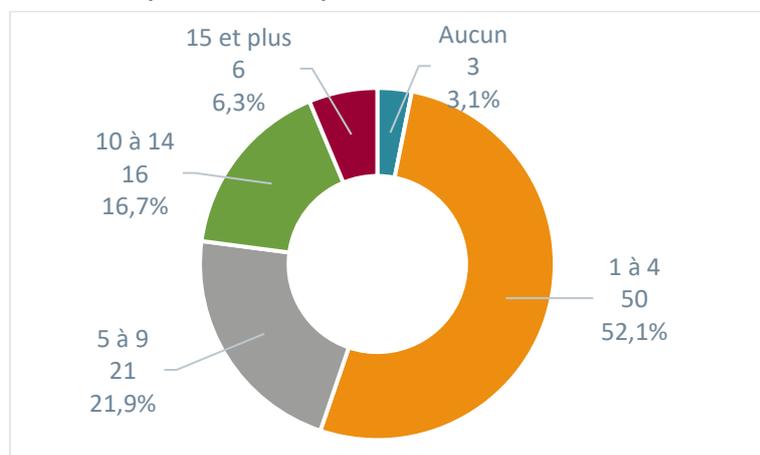
Quelques personnes ont eu des durées de prise en charge longues, supérieures à 3 mois, pouvant aller jusqu'à 8 mois et demi.

En moyenne la durée de prise en charge en HDJ SMR est de 46,4 jours ( $\pm 34,3$ ). Un quart des personnes ont eu une durée de prise en charge inférieure à 29 jours, la moitié inférieure à 41 jours et pour un quart des personnes, cette durée est d'au moins 53 jours.

### ► Symptômes en fin d'hospitalisation de jour en SMR

En fin de séjour en HDJ SMR, le nombre de symptômes a significativement diminué : il y a alors 3 personnes sans aucun symptôme. Plus de la moitié des personnes (52,1 %) ont entre 1 et 4 symptômes alors qu'elles étaient 26,6 % à l'admission en SMR ; 23,0 % en ont 10 ou plus alors qu'elles étaient 40,0 % à l'admission.

Graphique 51 : Nombre de symptômes différents en fin d'hospitalisation de jour en SMR



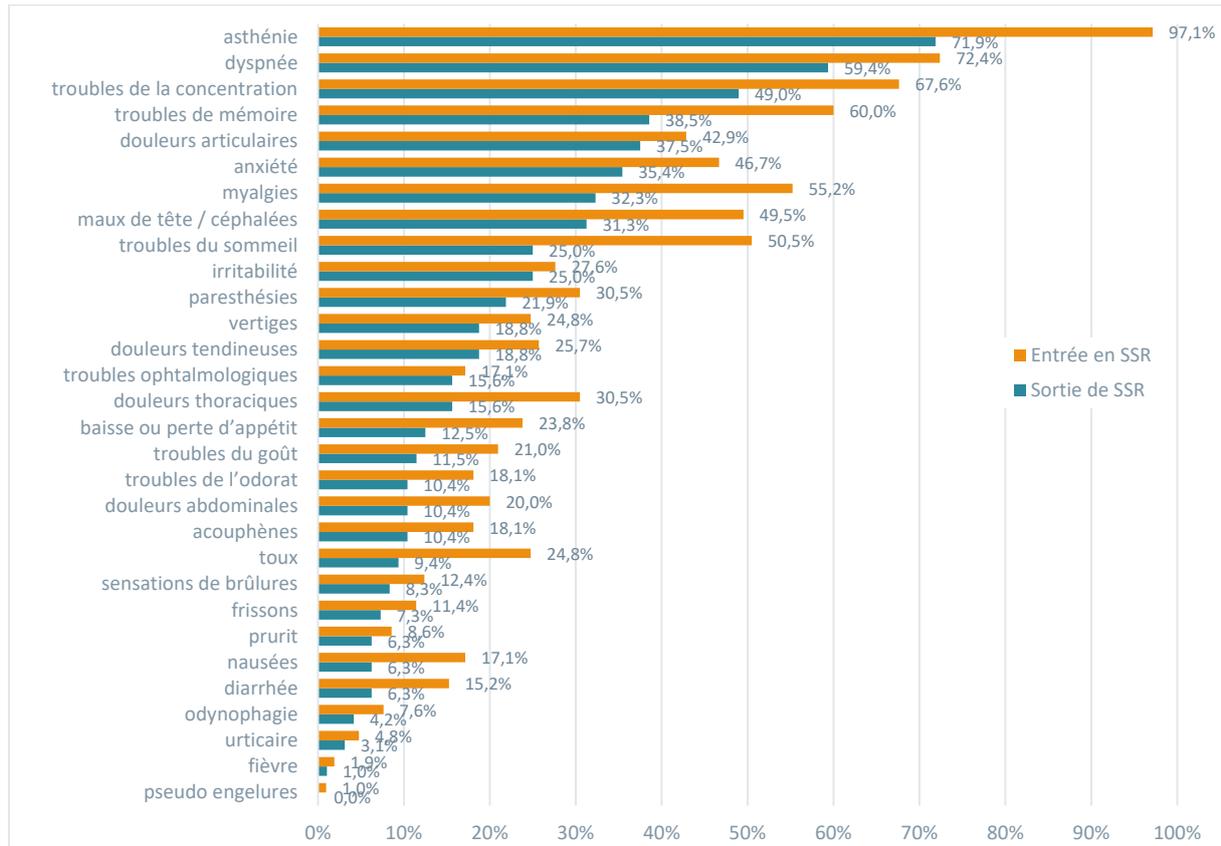
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est passé de 9,0 ( $\pm 5,5$ ) à 5,9 ( $\pm 5,1$ ). La moitié des personnes ont moins de 3,5 symptômes (9,0 à l'admission).

La prévalence de chacun des symptômes étudiés a reculé. Les trois symptômes les plus fréquents restent les mêmes mais leur fréquence baisse nettement : de 97 % à 72 % pour l'asthénie, de 72 % à 59 % pour la dyspnée, de 68 % à 49 % pour les troubles de la concentration. Six autres symptômes qui touchaient entre 43 % et 60 % des personnes à l'admission n'en touchent plus que 25 % à 39 % : les troubles de mémoire, les douleurs articulaires, l'anxiété, les myalgies, les maux de tête / céphalées et les troubles du sommeil.

**Graphique 52 : Fréquence des symptômes en fin d'hospitalisation de jour en SMR**



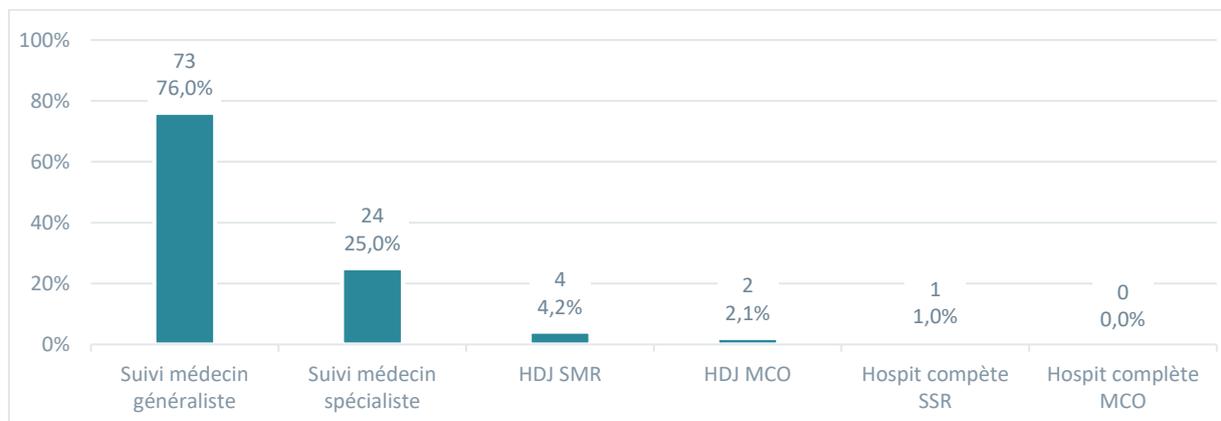
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

► **Orientation proposée à l'issue de l'hospitalisation de jour en SMR**

Le plus souvent (76,0 %), les personnes sont orientées vers leur médecin généraliste à la suite de l'HDJ SMR et dans un quart des cas (25,0 %) vers un spécialiste. De nouvelles hospitalisations sont prévues dans 6 cas : de jour en SMR, de jour en médecine ou complète en SMR.

**Graphique 53 : Orientation proposée après l'hospitalisation de jour en SMR**



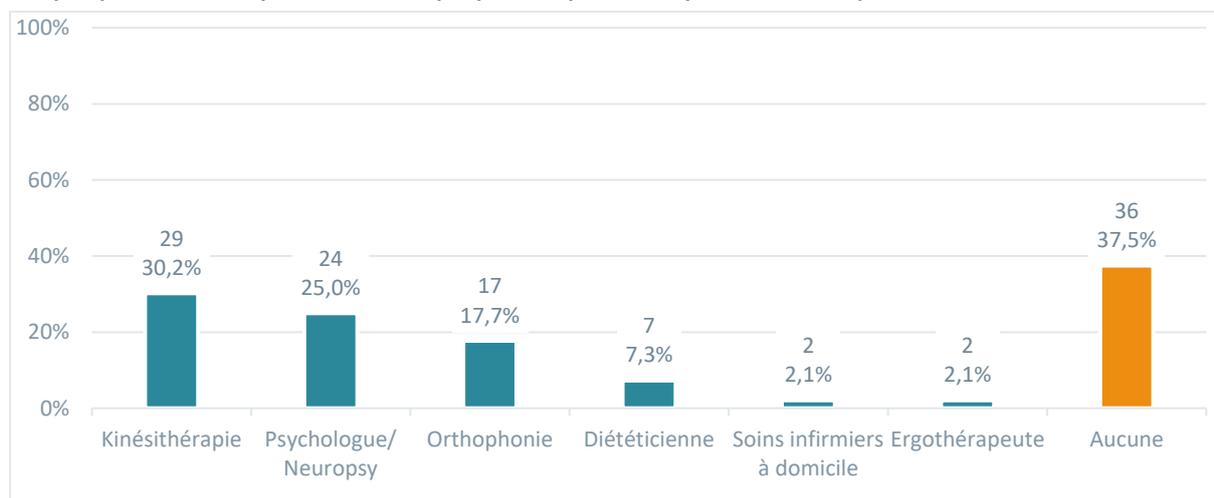
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Soins paramédicaux proposés à l'issue de l'hospitalisation de jour en SMR

À l'issue de l'HDJ SMR, dans plus du tiers des cas (37,5 %) aucun soin paramédical n'est prescrit. Dans les cas où un soin paramédical est proposé, il s'agit principalement de kinésithérapie et d'un suivi par un psychologue ou neuropsychologue avant un suivi orthophoniste (respectivement 30,2 %, 25,0 % et 17,7 %).

Graphique 54 : Soins paramédicaux proposés après l'hospitalisation de jour en SMR



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

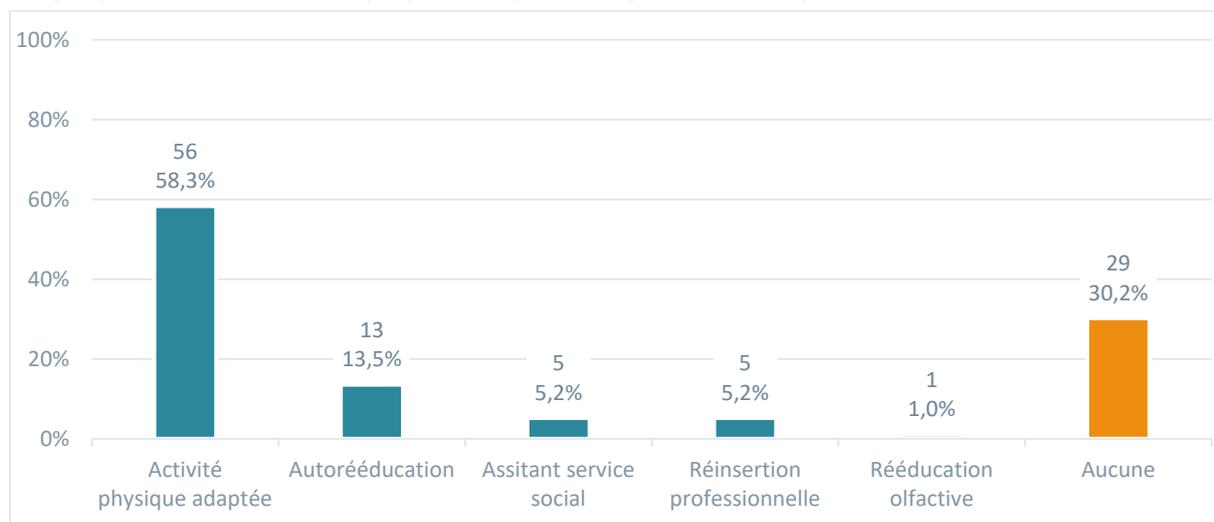
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Autres actions proposées après l'hospitalisation de jour en SMR

De l'activité physique adaptée est prescrite dans 58,3 % des cas et des exercices d'auto-rééducation dans 13,5 % des cas.

Un suivi par un assistant de travail social au décours de l'hospitalisation est proposé dans 5,2 % des cas.

Graphique 55 : Autres actions proposées après l'hospitalisation de jour en SMR



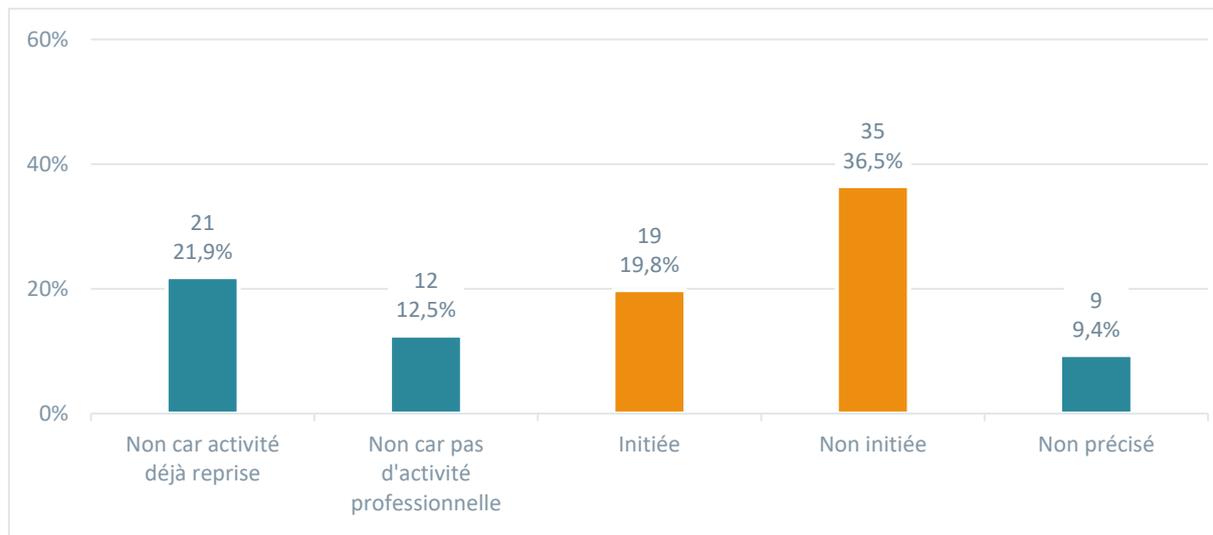
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Réinsertion professionnelle

Parmi les personnes en HDJ SMR, 75 étaient potentiellement concernées par des actions de réinsertion professionnelle. Parmi elles, 21 n'ont pas fait l'objet d'accompagnement en ce sens car l'activité avait déjà été reprise. Pour les 54 personnes restantes, seules 19 ont fait l'objet d'actions de réinsertion professionnelle pendant leur séjour. Pour 35, ces actions non pas été initiées.

Graphique 56 : Réinsertion professionnelle lors de l'hospitalisation de jour en SMR



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## CONSULTATION DE SUIVI

### ► **Caractéristiques des personnes vues lors des consultations à 1 ou 2 mois**

Cette partie de l'analyse porte sur les 134 personnes (16,9 %) ayant bénéficié d'une consultation après la consultation initiale, voire l'hospitalisation de jour en médecine ou SMR. Parmi elles, 29 (21,6 %) ont bénéficié d'une seconde consultation. Les résultats présentés portent essentiellement sur les données collectées lors de la 1<sup>re</sup> consultation.

Ces personnes ont bénéficié préalablement à cette consultation d'une l'hospitalisation de jour en médecine dans 72,4 % des cas et en SMR dans 11,2 % des cas. Six personnes (4,5 %) ont bénéficié de ces deux types d'hospitalisation de jour.

La répartition par sexe et l'âge moyen des personnes qui ont bénéficié d'une consultation de suivi ne diffèrent pas significativement de ceux des autres personnes.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion est significativement plus court pour ces personnes : 352 jours ( $\pm 239$ ) soit 11 mois et demi versus 480 jours ( $\pm 300$ ) soit près de 16 mois.

Le délai de recherche de solution ne varie pas entre les personnes ayant eu cette consultation et celles ne l'ayant pas eue.

Ces personnes présentaient plus de symptômes lors de l'épisode de Covid initial : 12,3 ( $\pm 6,1$ ) versus 10,8 ( $\pm 6,1$ ). En revanche, il n'y a pas de différence significative concernant le nombre de symptômes lors de l'inclusion.

Il n'y a pas de différence sur la présence de complications actives de la Covid.

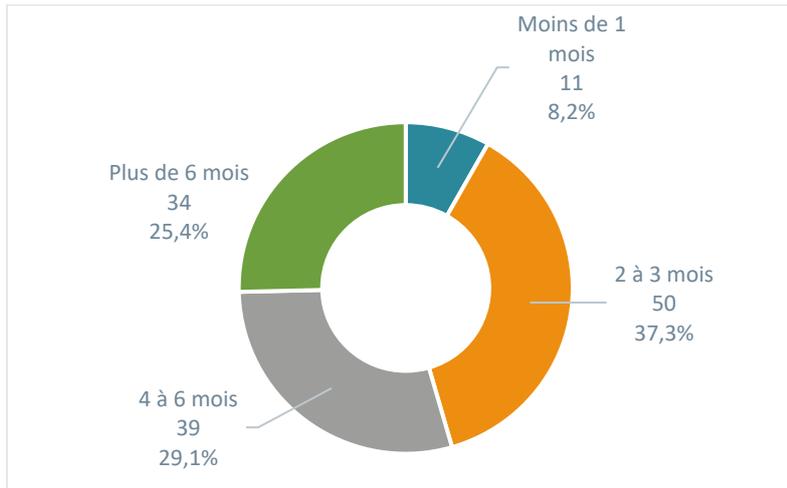
Les personnes vues lors de cette consultation de suivi sont plus nombreuses à voir un diagnostic de Covid long suspecté lors de la consultation initiale (60,9 % versus 38,5 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long confirmé (30,4 % versus 54,5 %). Le diagnostic écarté est aussi fréquent dans les deux groupes : 6,1 % et 6,5 %.

Ces personnes ont également une qualité de vie plus dégradée à l'inclusion que celles qui ne l'ont pas été dans quatre des huit dimensions de l'échelle SF36 : activité physique, limitations physiques, vie sociale et douleurs physiques. Il n'y a pas de différence significative pour les autres dimensions.

### ► **Délai écoulé depuis l'inclusion**

En moyenne, il s'est écoulé 126 jours ( $\pm 96,2$ ), soit 4,1 mois ( $\pm 3,2$ ), entre l'inclusion dans le dispositif Covid long et cette consultation de suivi. La médiane est de 96 jours soit plus de trois mois. Un quart des personnes ont été vues en consultation de suivi moins de 53 jours (1,7 mois) après l'inclusion et un quart après plus de 182 jours (6,0 mois)

**Graphique 57 : Délai entre l'inclusion et la consultation de suivi**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

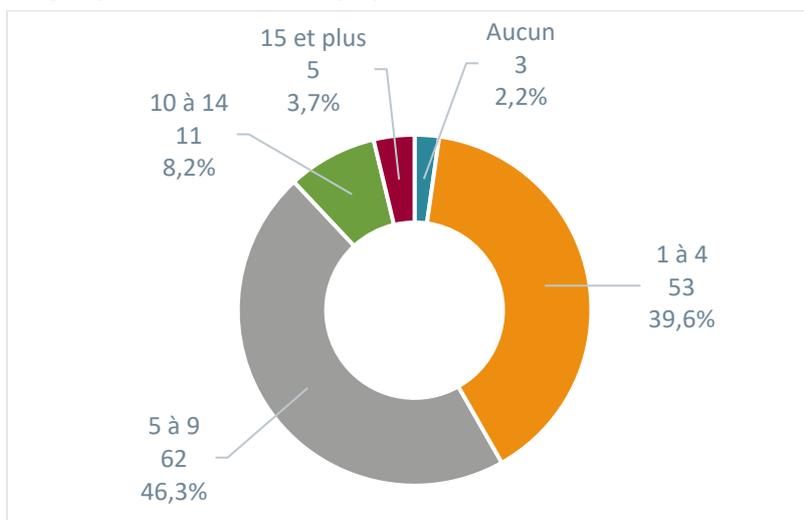
Quand il y a eu une hospitalisation de jour en médecine, dans 85 cas la consultation de suivi a eu lieu après cette hospitalisation et dans 11 cas avant. Quand elle a eu lieu après, le délai écoulé depuis l'hospitalisation de jour en médecine était de 55,0 jours en moyenne ( $\pm 30,8$ ). Il allait de 5 jours à 147 jours avec une médiane à 43 jours.

Pour 8 personnes, la consultation de suivi a eu lieu après la fin de l'accompagnement en SSR. Le délai écoulé depuis cette fin d'accompagnement allait de 30 à 135 jours avec une médiane à 92 jours.

### ► Symptômes lors de la consultation de suivi

Lors de la consultation de suivi, le nombre de symptômes est en retrait par rapport à ce qui était observé lors de l'inclusion. Il y a alors 3 personnes sans aucun symptôme. Les deux cinquièmes des personnes (39,6 %) ont entre 1 et 4 symptômes alors qu'elles étaient 26,6 % à l'inclusion ; 11,9 % en ont dix ou plus alors qu'elles étaient 40,0 % à l'inclusion.

**Graphique 58 : Nombre de symptômes différents lors de la consultation de suivi**



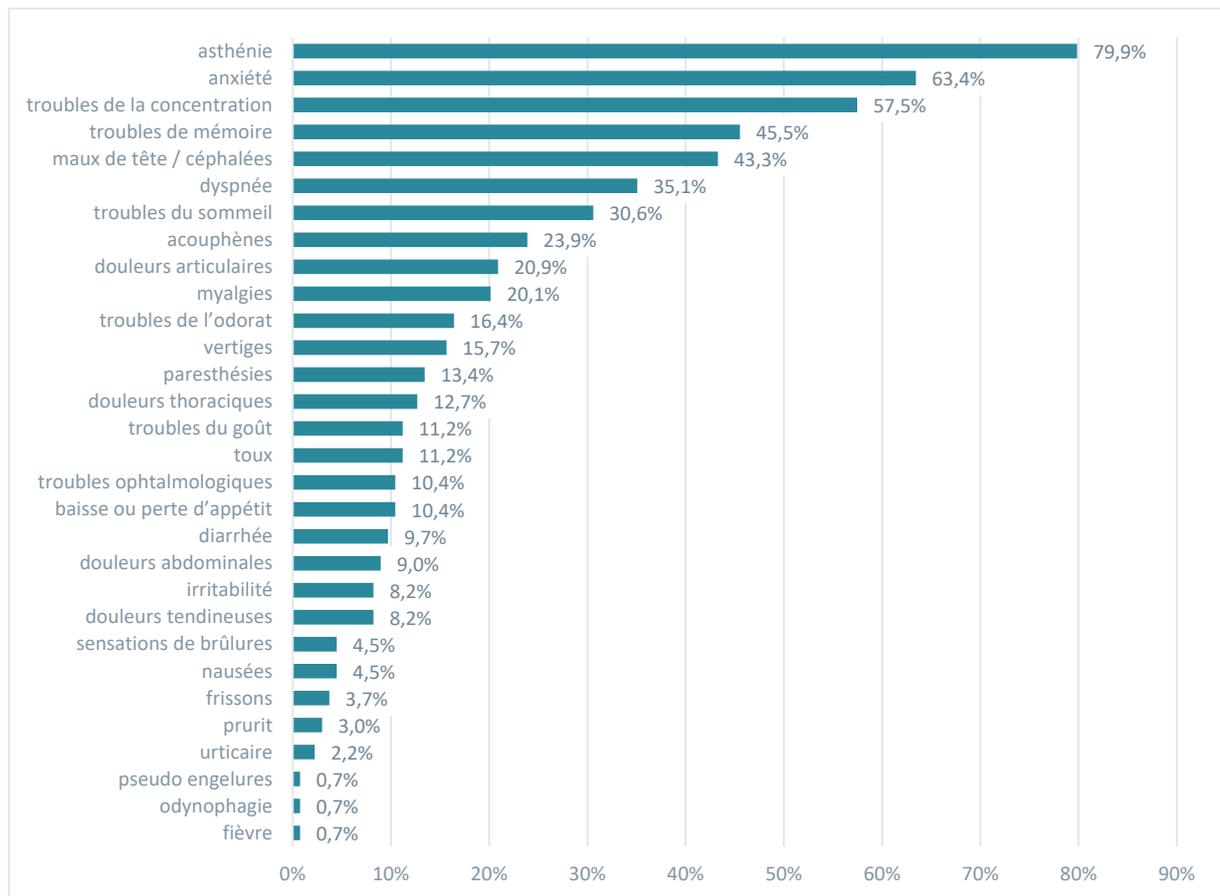
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes est alors de 5,8 (± 3,7). Il était de 9,0 (± 5,5) lors de l'inclusion. La moitié des personnes ont moins de 5 symptômes (9,0 à l'admission).

L'asthénie, bien qu'en recul, reste très fréquente, retrouvée chez 80 % des personnes vues lors de la consultation de suivi. Deux autres symptômes restent présents chez au moins la moitié de personnes : l'anxiété et les troubles de la concentration. Trois symptômes sont présents en outre chez au moins un tiers des personnes : les troubles de la mémoire, les maux de tête et céphalées ainsi que la dyspnée.

**Graphique 59 : Fréquence des symptômes lors de la consultation de suivi**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

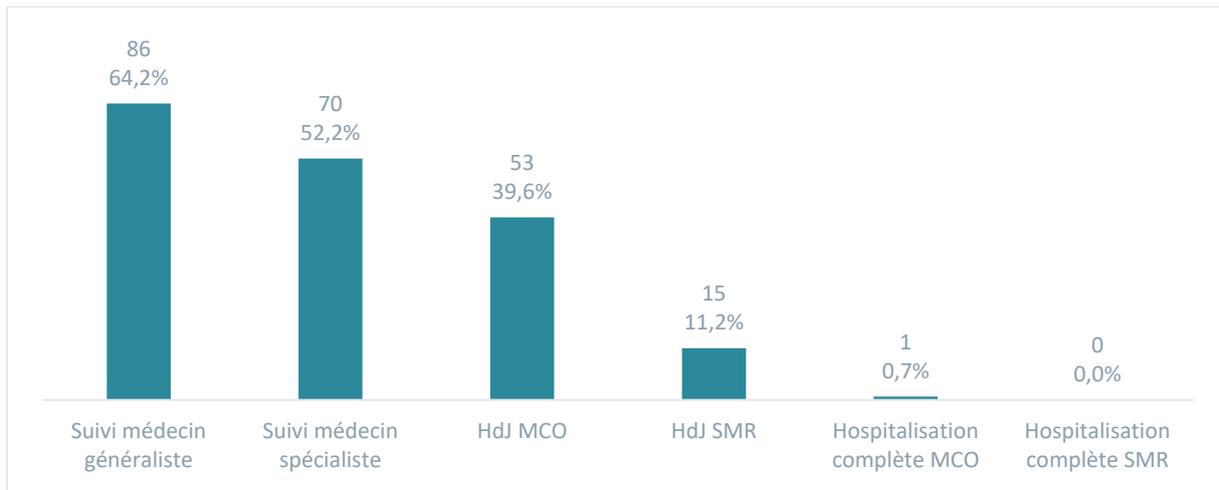
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Orientations mises en œuvre

Depuis le dernier contact (consultation ou hospitalisation), les personnes vues en consultation de suivi ont bénéficié dans près des deux tiers des cas d'un suivi par un médecin généraliste et dans plus de la moitié des cas d'un suivi par un médecin spécialiste.

Des hospitalisations de jour sont également rapportées, principalement en médecine, plus rarement en SMR. Une hospitalisation complète en médecine est relevée.

**Graphique 60 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors de la consultation de suivi)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

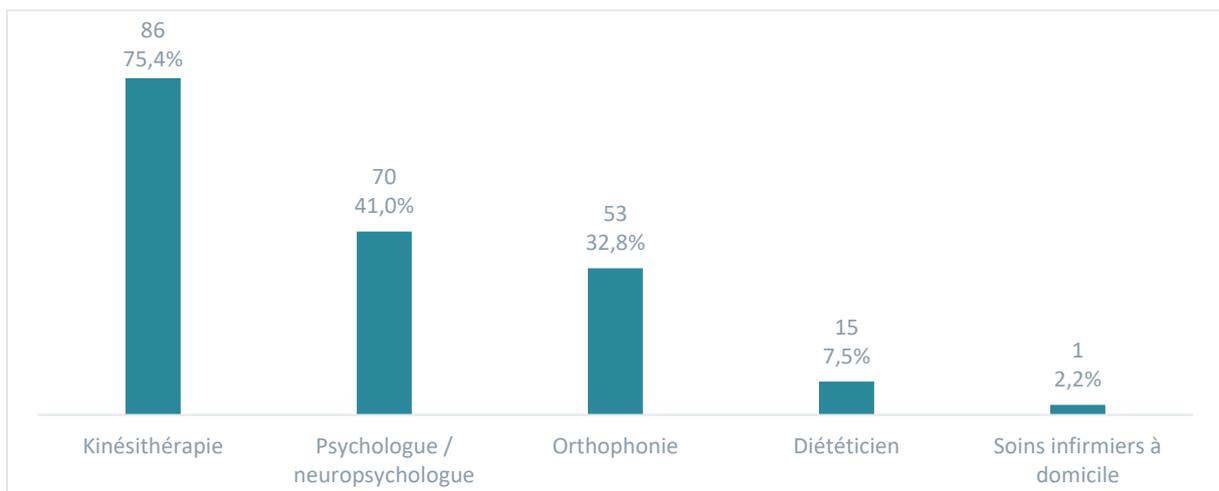
### ► Soins paramédicaux mis en œuvre

Les trois quarts de personnes vues en consultation de suivi avaient bénéficié de kinésithérapie et plus des deux cinquièmes d'un suivi par un psychologue ou neuropsychologue. Les prises en charge en orthophonie ont concerné près d'une personne sur trois. Le suivi diététique et les soins infirmiers à domicile sont plus rares.

En outre 66,5 % des personnes ont bénéficié d'activité physique adaptée et 3,7 % d'un suivi par un assistant de service social.

67

**Graphique 61 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors de la consultation de suivi)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

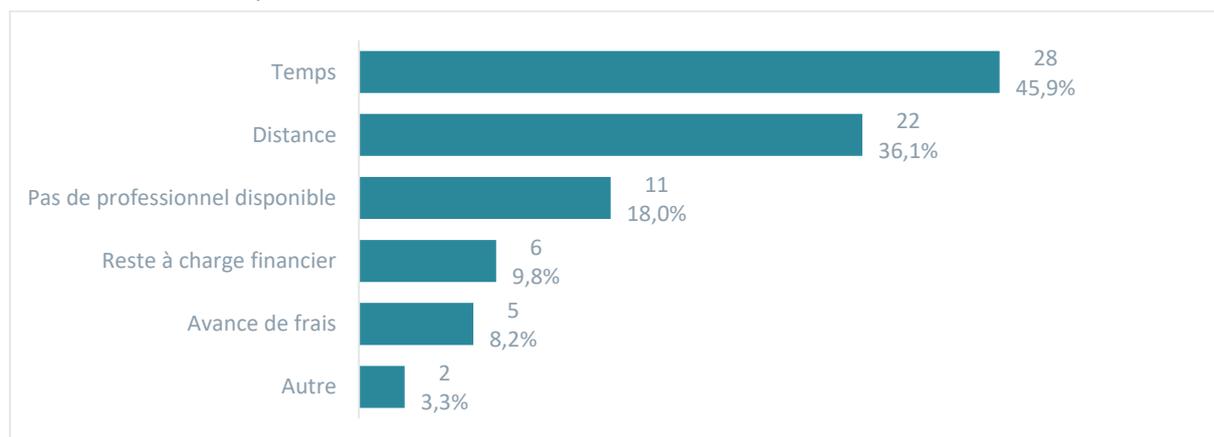
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites

Près d'une personne sur deux (45,5 %) mentionne un ou plusieurs motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites.

Les questions d'accessibilité en temps ou en distance sont rapportées le plus fréquemment avant la question de la disponibilité des professionnels. Les motifs financiers sont moins fréquents mais cités près d'une fois sur 10 parmi les motifs de non-recours.

**Graphique 62 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors de la consultation de suivi)**



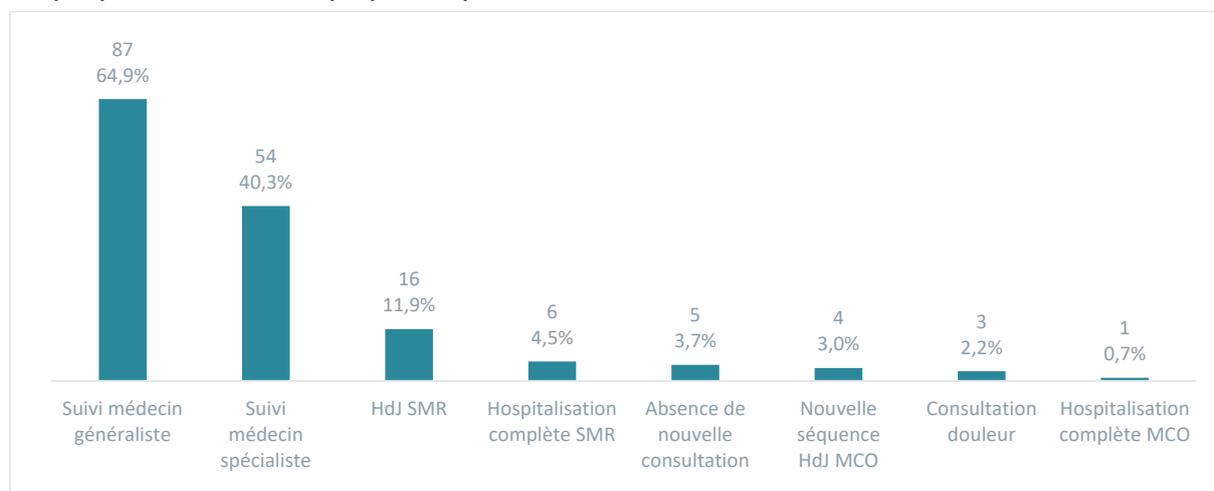
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Orientation proposée à l'issue de la consultation de suivi

Dans près des deux tiers des cas (64,9 %), les personnes sont orientées vers leur médecin généraliste à la suite de la consultation de suivi et dans un 40 % des cas vers un spécialiste. De nouvelles hospitalisations sont prévues plutôt en SMR qu'en médecine et parfois en hospitalisation complète. Il n'y a que dans 4 % des cas, qu'une nouvelle consultation ne s'avère pas nécessaire.

**Graphique 63 : Orientation proposée après la consultation de suivi**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

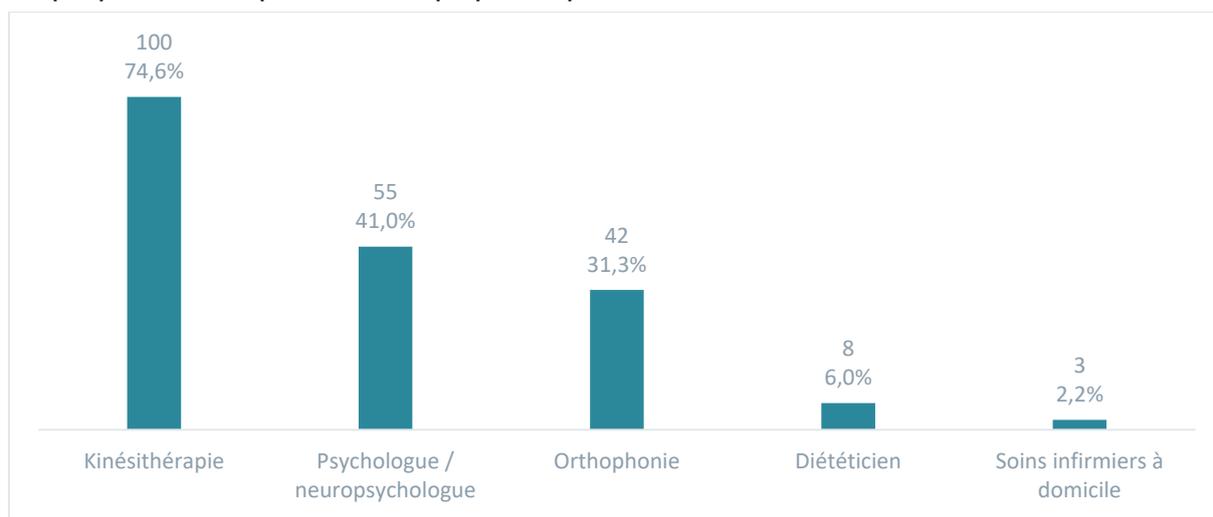
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Soins paramédicaux proposés à l'issue de de la consultation de suivi

À l'issue de la consultation de suivi, de la kinésithérapie est prescrite dans les trois quarts des cas et un suivi par un psychologue ou neuropsychologue dans 41 % des cas. Une prise en charge orthophonique s'avère nécessaire dans près d'un tiers des cas.

Pour 69,4 % des personnes vues en consultation de suivi, de l'activité physique adaptée est proposée et dans 5 % des cas, un suivi par un assistant de service social.

Graphique 64 : Soins paramédicaux proposés après la consultation de suivi



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## SUIVI À TROIS MOIS

### ► **Caractéristiques des personnes suivies à trois mois**

Cette partie de l'analyse porte sur les 324 personnes (40,9 %) ayant pu être recontactées 3 mois après leur inclusion.

Il s'est en moyenne écoulé 111 jours ( $\pm 57,4$ ) – soit 3,6 mois ( $\pm 1,9$ ) entre l'inclusion et ce recueil d'information « à 3 mois ». Pour un quart de ces personnes, le recueil a été fait avant 90 jours, pour la moitié avant 94 jours et pour un quart au-delà de 110 jours.

Ces personnes ont, dans leur parcours, bénéficié d'une l'hospitalisation de jour en médecine dans 54,9 % des cas et en SMR dans 14,2 % des cas. Seules 3 personnes (0,9 %) ont bénéficié de ces deux types d'hospitalisation de jour.

La répartition par sexe et l'âge moyen des personnes qui ont été revues à 3 mois ne diffèrent pas significativement des autres personnes.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion ne varie pas entre les personnes revues à 3 mois et celles qui ne l'ont pas été.

Le délai de recherche de solution est un peu plus long pour ces personnes : 27,1 jours  $\pm 37,1$  versus 26,6  $\pm 35,7$  pour les autres.

Ces personnes présentaient un nombre équivalent de symptômes lors de l'épisode de Covid initial alors qu'elles en présentaient un peu plus lors de l'inclusion : 9,8 ( $\pm 5,2$ ) parmi les personnes revues à 3 mois versus 9,0 ( $\pm 5,2$ ) parmi les personnes non revues.

Il n'y a pas de différence sur la présence de complications actives de la Covid.

Les personnes vues lors de cette consultation à trois mois sont plus nombreuses que les autres à avoir un diagnostic de Covid long confirmé lors de la consultation initiale (72,4 % versus 35,1 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long suspecté (24,9 % versus 55,9 %) ou écarté (2,7 % versus 9,0 %).

Il n'y a pas de différence de score dans les différentes dimensions de l'échelle de qualité de vie SF36 entre les personnes revues à 3 mois et celles qui ne l'ont pas été.

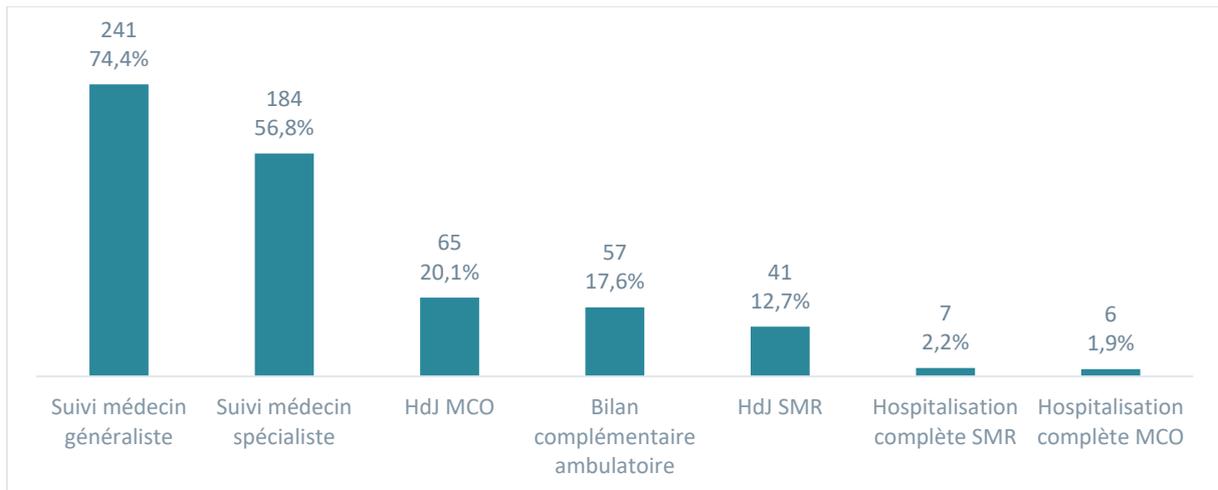
### ► **Orientations mises en œuvre**

Lors du suivi à 3 mois, les personnes relatent dans les trois quarts des cas un suivi par un médecin généraliste et dans plus de la moitié des cas un suivi par un médecin spécialiste depuis le dernier contact (consultation ou hospitalisation).

Des hospitalisations de jour sont également rapportées : dans un cas sur cinq en médecine et un peu plus rarement en SMR. Des hospitalisations complètes en médecine ou en SMR sont rapportées dans quelques cas.

À noter que dans près d'un cas sur cinq, les personnes font état de réalisation de bilans complémentaires en ambulatoire.

**Graphique 65 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 3 mois)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

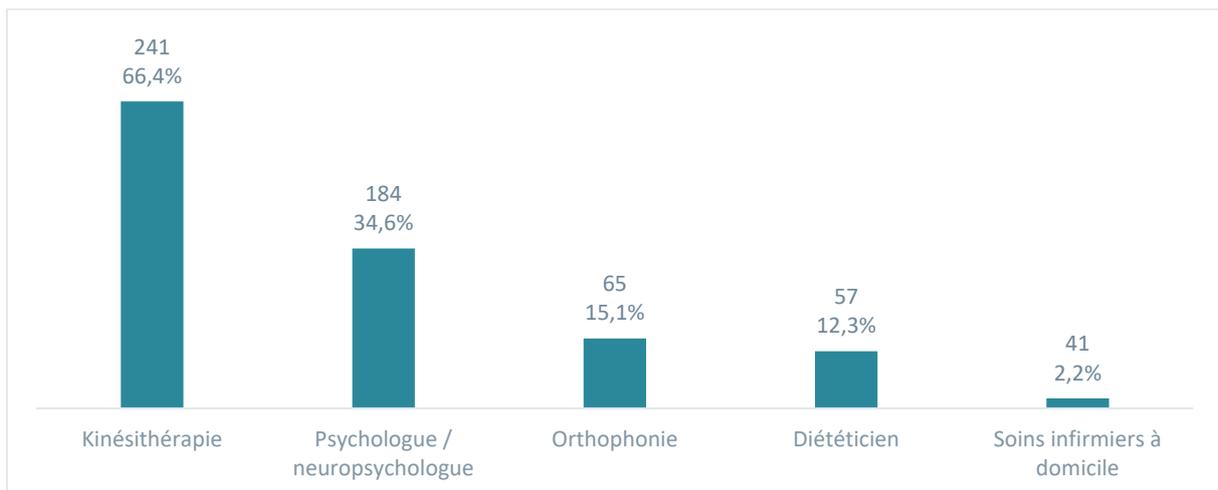
### ► Soins paramédicaux mis en œuvre

Les deux tiers des personnes ayant complété le questionnaire de suivi à 3 mois disent avoir bénéficié de kinésithérapie et un tiers d'un suivi par un psychologue ou neuropsychologue. Les prises en charge en orthophonie ou en diététique ont concerné moins de personnes : 15 % et 12 % respectivement. Les soins infirmiers à domicile sont rares.

Près de la moitié des personnes (42,9 %) indiquent avoir bénéficié d'activité physique adaptée, 6,2 % d'un suivi par un assistant de service social et 3,7 % d'aide à la réinsertion professionnelle.

71

**Graphique 66 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 3 mois)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

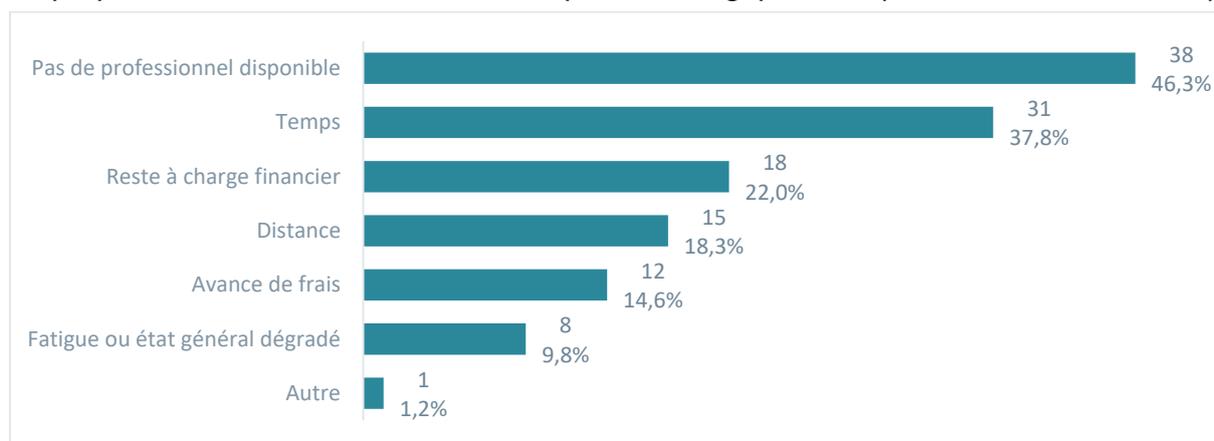
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites

Un quart des personnes (25,3 %) mentionne un ou plusieurs motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites.

Dans ce cas, dans près de la moitié des cas, l'absence de professionnel disponible pour la mise en œuvre de ces prises en charge est citée. Les questions de disponibilités en temps viennent ensuite pour plus d'une personne sur trois. Les questions de distance concernent près d'un cas sur cinq. Le reste à charge financier ou l'avance de frais sont des facteurs limitants cités par 22 % et 15 % des personnes n'ayant pu mettre en place les soins prescrits. Enfin, l'impact de la maladie est rapporté comme facteur limitant dans près d'un cas sur dix quand il y a eu non-recours aux soins proposés.

Graphique 67 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors du suivi à 3 mois)



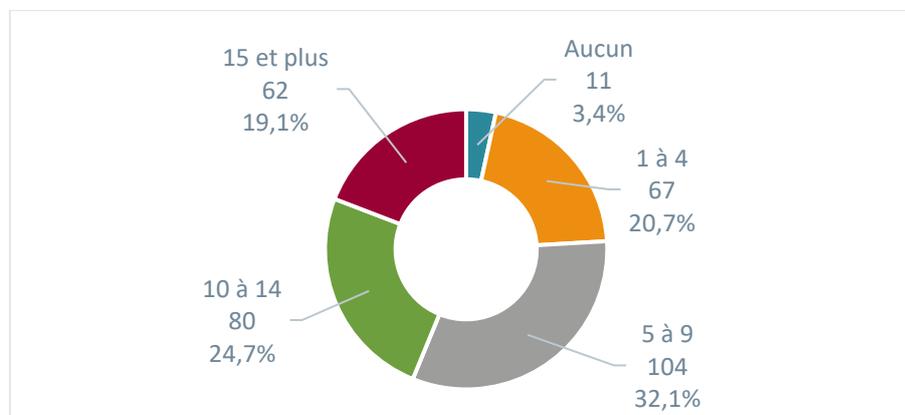
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Symptômes trois mois après l'inclusion

Lors du questionnaire à trois mois, le nombre de symptômes a significativement diminué par rapport à l'inclusion : il y a alors 11 personnes sans aucun symptôme. Une personne sur cinq (20,7 %) ont entre 1 et 4 symptômes alors qu'elles étaient 16,9 % à l'admission ; 43,8 % en ont 10 ou plus alors qu'ils étaient 45,3 % à l'admission.

Graphique 68 : Nombre de symptômes différents trois mois après l'inclusion



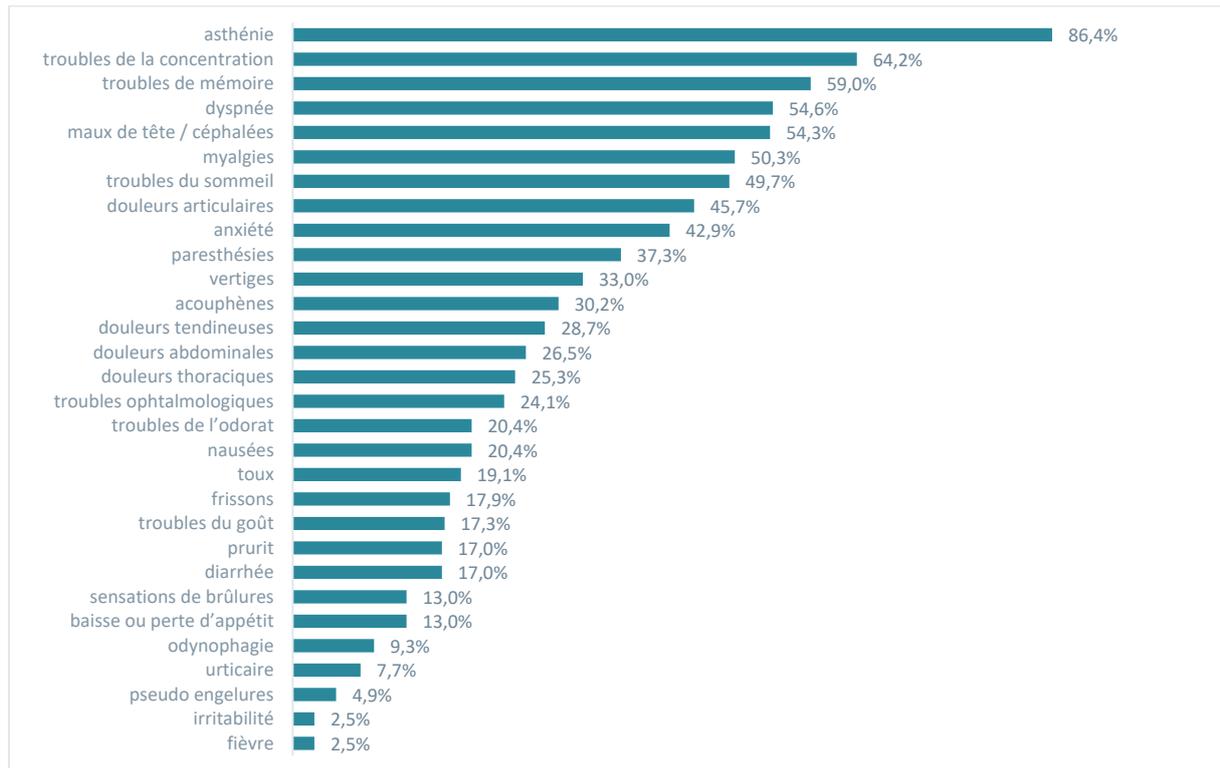
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, le nombre de symptômes rapportés est passé de 9,8 ( $\pm$  5,1) à 9,1 ( $\pm$  5,7). La moitié des personnes ont 8 symptômes ou moins (9 à l'admission).

L'asthénie reste le symptôme le plus fréquent, encore présent chez 86 % des personnes pour lesquelles l'information est disponible 3 mois après l'inclusion. Cinq autres symptômes sont rapportés par encore au moins la moitié des personnes concernées : les troubles de la concentration, les troubles de mémoire, la dyspnée, les maux de tête / céphalées et les myalgies. Cinq autres symptômes sont présents chez au moins un tiers des personnes : les troubles du sommeil, les douleurs articulaires, l'anxiété, les paresthésies et les vertiges.

**Graphique 69 : Fréquence des symptômes trois mois après l'inclusion**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Qualité de vie trois mois après l'inclusion

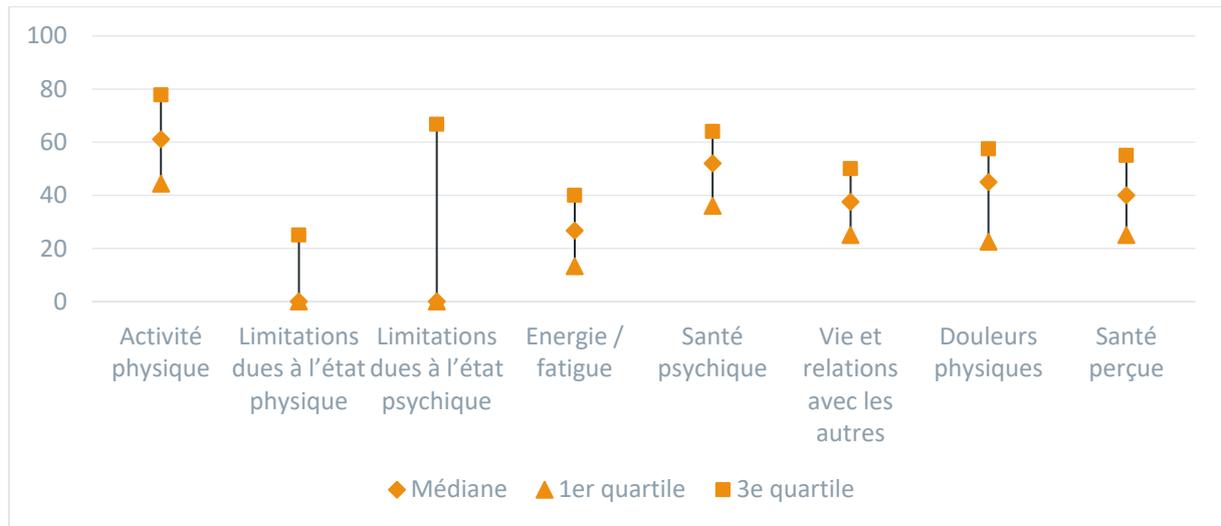
La quasi-totalité des personnes a répondu à la totalité des questions de l'échelle SF36 lors du questionnaire de suivi à 3 mois, permettant ainsi le calcul des scores pour au moins 319, voire la totalité, des 324 personnes ayant complété le questionnaire à 3 mois.

Le graphique présente les scores obtenus : la valeur médiane ainsi que les premiers et troisièmes quartiles.

Trois dimensions restent particulièrement impactées : les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique et l'énergie/fatigue. Les relations avec autrui, les douleurs physiques et la santé perçue sont un peu moins impactées que ces trois premières dimensions. La santé psychique et l'activité physique sont les dimensions sur lesquelles l'impact du Covid long est moindre bien que restant important.

Par rapport à l'inclusion, on observe une amélioration significative sur le plan statistique dans sept des huit dimensions de la SF36. Seule la dimension « Santé perçue » se caractérise par une détérioration du score mesuré.

**Graphique 70 : Score médian, 1<sup>er</sup> et dernier quartiles à l'échelle de qualité de vie trois mois après l'inclusion**



Valeurs manquantes : 0 à 5 – 0,0 % à 1,5 %

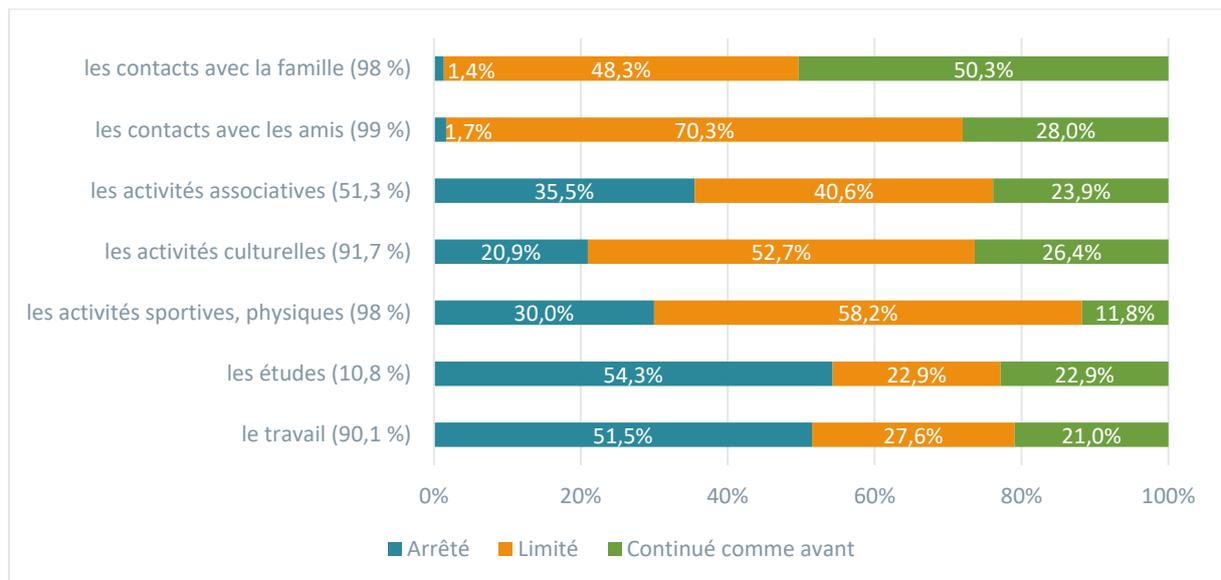
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Limitations d'activité trois mois après l'inclusion

Les limitations d'activité restent importantes trois mois après l'inclusion :

- la moitié des personnes limitent encore ou n'ont pas repris les contacts avec la famille ;
- seules 28 % des personnes ont des contacts non limités avec les amis ;
- l'impact sur les activités associatives, culturelles, physiques ou sportives reste très important ;
- plus de la moitié des personnes ont arrêté les études ou le travail et autour d'un quart ont encore des activités limitées dans ce domaine.

**Graphique 71 : Limitations d'activité trois mois après l'inclusion**



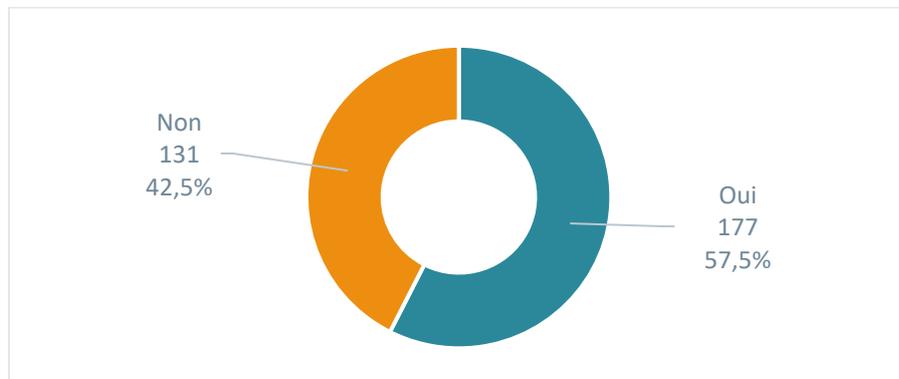
Valeurs manquantes : 90 à 124 – 11,7 % à 16,1 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Impact sur la situation financière trois mois après l'inclusion

Près des trois cinquièmes des personnes (57,5 %) indiquent que la maladie a un impact sur leur situation financière.

Graphique 72 : Impact sur la situation financière trois mois après l'inclusion



Valeurs manquantes : 36 – 4,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## SUIVI À SIX MOIS

### ► **Caractéristiques des personnes suivies à six mois**

Cette partie de l'analyse porte sur les 292 personnes (36,8 %) ayant pu être recontactées 6 mois après leur inclusion.

Il s'est en moyenne écoulé 193 jours ( $\pm 32,9$ ) – soit 6,3 mois ( $\pm 1,1$ ) entre l'inclusion et ce recueil d'information « à 6 mois ». Pour un quart de ces personnes, le recueil a été fait avant 180 jours, pour la moitié avant 184 jours et pour un quart au-delà de 201 jours. Pour les personnes ayant été vues aussi bien à 3 mois et à 6 mois, il s'est écoulé en moyenne 82,6 jours ( $\pm 19,1$ ) entre ces deux suivis soit un peu moins de trois mois.

Ces personnes ont, dans leur parcours, bénéficié d'une l'hospitalisation de jour en médecine dans 48,3 % des cas et en SMR dans 17,5 % des cas. Seules 2 personnes (0,7 %) ont bénéficié de ces deux types d'hospitalisation de jour.

La répartition par sexe et l'âge moyen des personnes qui ont été revues à 6 mois ne diffèrent pas significativement des autres personnes.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion ne varie pas entre les personnes revues à 3 mois et celles qui ne l'ont pas été.

Le délai de recherche de solution est un peu plus long pour ces personnes : 27,1 jours  $\pm 37,1$  versus 26,6  $\pm 35,7$  pour les autres.

Ces personnes présentaient plus de symptômes lors de l'épisode de Covid initial et lors de l'inclusion : respectivement 12,3 ( $\pm 6,1$ ) et 9,8 ( $\pm 5,2$ ) parmi les personnes revues à 3 mois versus 10,8 ( $\pm 6,1$ ) et 9,0 ( $\pm 5,2$ ) parmi les personnes non revues.

Elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir présenté des complications actives de la Covid lors de l'inclusion : 86,3 % versus 72,4 %.

Les personnes vues lors de cette consultation à 6 mois sont plus nombreuses que celles qui n'ont pas été vues à ce temps-là à avoir un diagnostic de Covid long confirmé lors de la consultation initiale (73,0 % versus 35,9 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long suspecté (24,6 % versus 55,1 %) ou écarté (2,4 % versus 9,0 %).

Il n'y a pas de différence de score dans les différentes dimensions de l'échelle de qualité de vie SF36 entre les personnes revues à six mois et celles qui ne l'ont pas été.

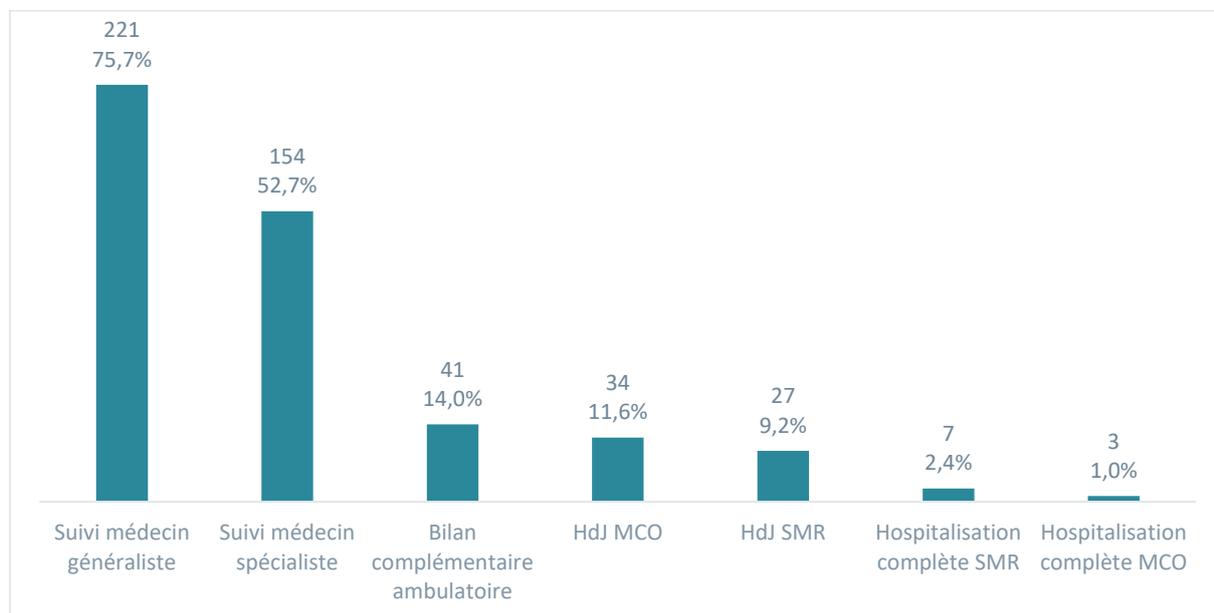
### ► **Orientations mises en œuvre**

Entre le dernier contact (consultation ou hospitalisation) et le suivi à 6 mois, les personnes relatent dans les trois quarts des cas un suivi par un médecin généraliste et dans plus de la moitié des cas par un médecin spécialiste.

Des hospitalisations de jour sont également rapportées dans moins d'un cas sur dix : 11,6 % en médecine et 9,2 % en SMR. Des hospitalisations complètes en médecine ou en SMR sont rapportées dans quelques cas.

À noter que dans plus d'un cas sur sept (14,0 %), les personnes font état de réalisation de bilans complémentaires en ambulatoire.

**Graphique 73 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 6 mois)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

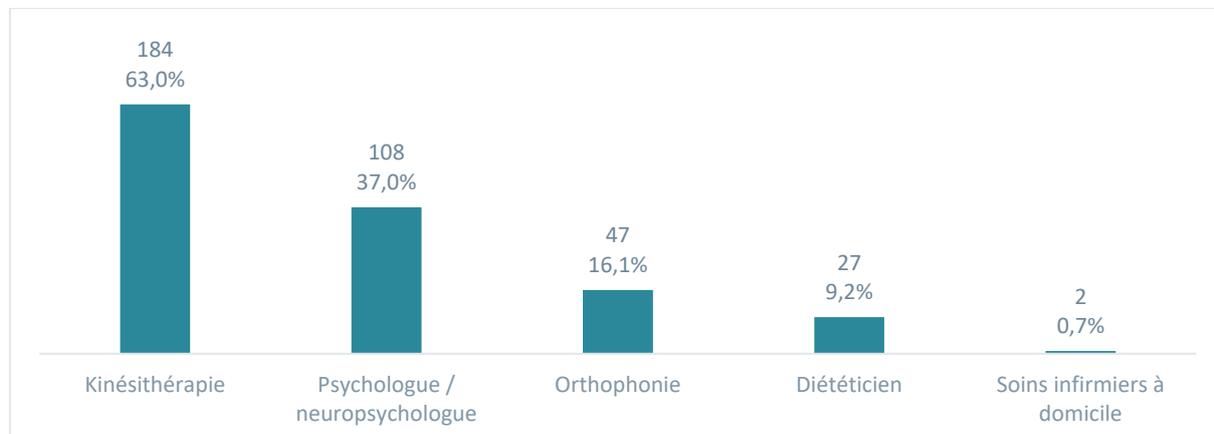
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Soins paramédicaux mis en œuvre

Près des deux tiers des personnes ayant complété le questionnaire de suivi à 6 mois disent avoir bénéficié de kinésithérapie et plus du tiers d'un suivi par un psychologue ou neuropsychologue. Les prises en charge en orthophonie ou en diététique ont concerné moins de personnes : 16 % et 9 % respectivement. Les soins infirmiers à domicile sont exceptionnels.

Deux personnes sur cinq (39,0 %) indiquent avoir bénéficié d'activité physique adaptée, 6,9 % d'un suivi par un assistant de service social et 4,5 % d'aide à la réinsertion professionnelle.

**Graphique 74 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 6 mois)**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

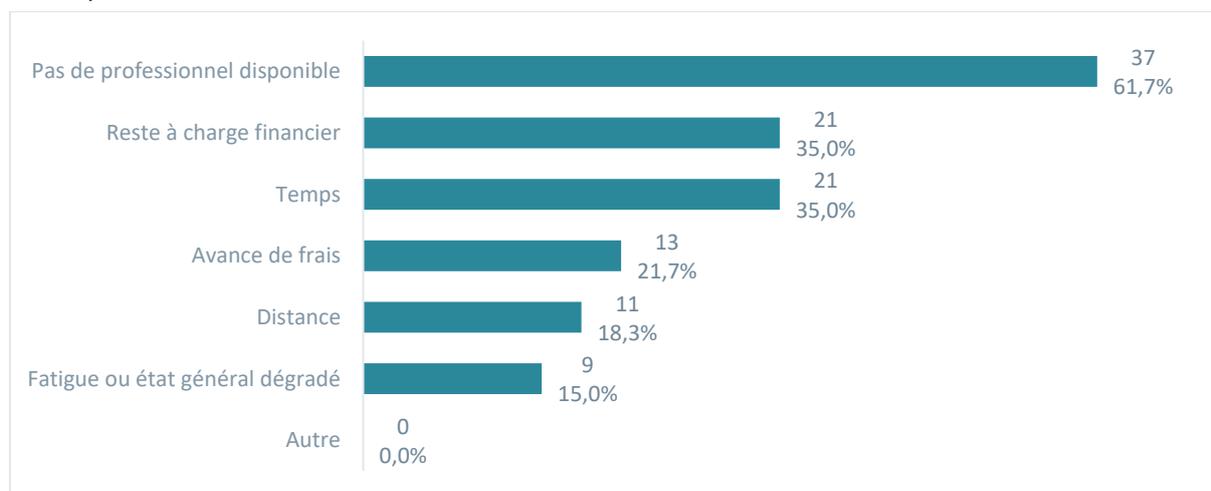
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Motifs de non-réalisation des prises en charge prescrites

Un cinquième des personnes (20,1 %) mentionne un ou plusieurs motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites.

Dans ce cas, dans les trois cinquièmes des cas, l'absence de professionnel disponible pour la mise en œuvre de ces prises en charge est citée. Les questions de disponibilités en temps viennent ensuite pour plus d'une personne sur trois. Les questions de distance concernent près d'un cas sur cinq. Le reste à charge financier ou l'avance de frais sont des facteurs limitants cités par 35 % et 22 % des personnes n'ayant pu mettre en place les soins prescrits. Enfin, l'impact de la maladie est rapporté comme facteur limitant dans 15 % des cas quand il y a eu non-recours aux soins proposés.

Graphique 75 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors du suivi à 6 mois)



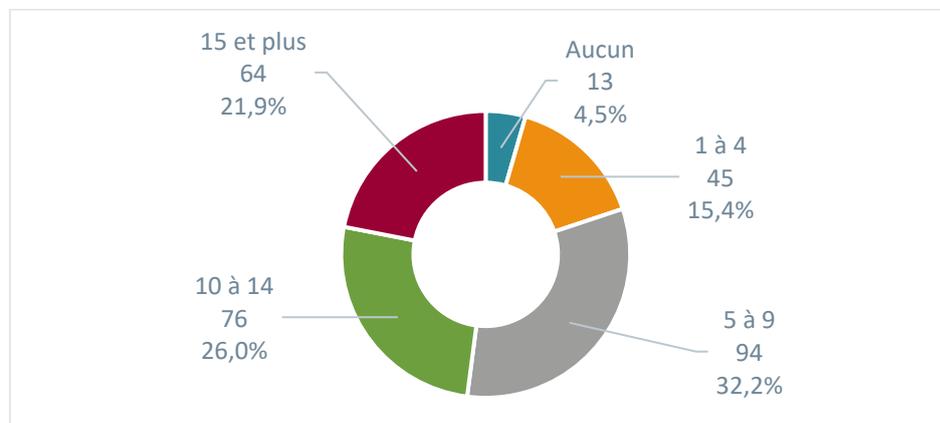
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Symptômes six mois après l'inclusion

Lors du questionnaire à six mois, 13 personnes ne présentent aucun symptôme (4,5 %). 15,4 % ont entre 1 et 5 symptômes alors qu'ils étaient 16,9 % à l'inclusion ; 47,9 % en ont plus de 10 alors qu'ils étaient 45,3 % à l'inclusion.

Graphique 76 : Nombre de symptômes différents six mois après l'inclusion



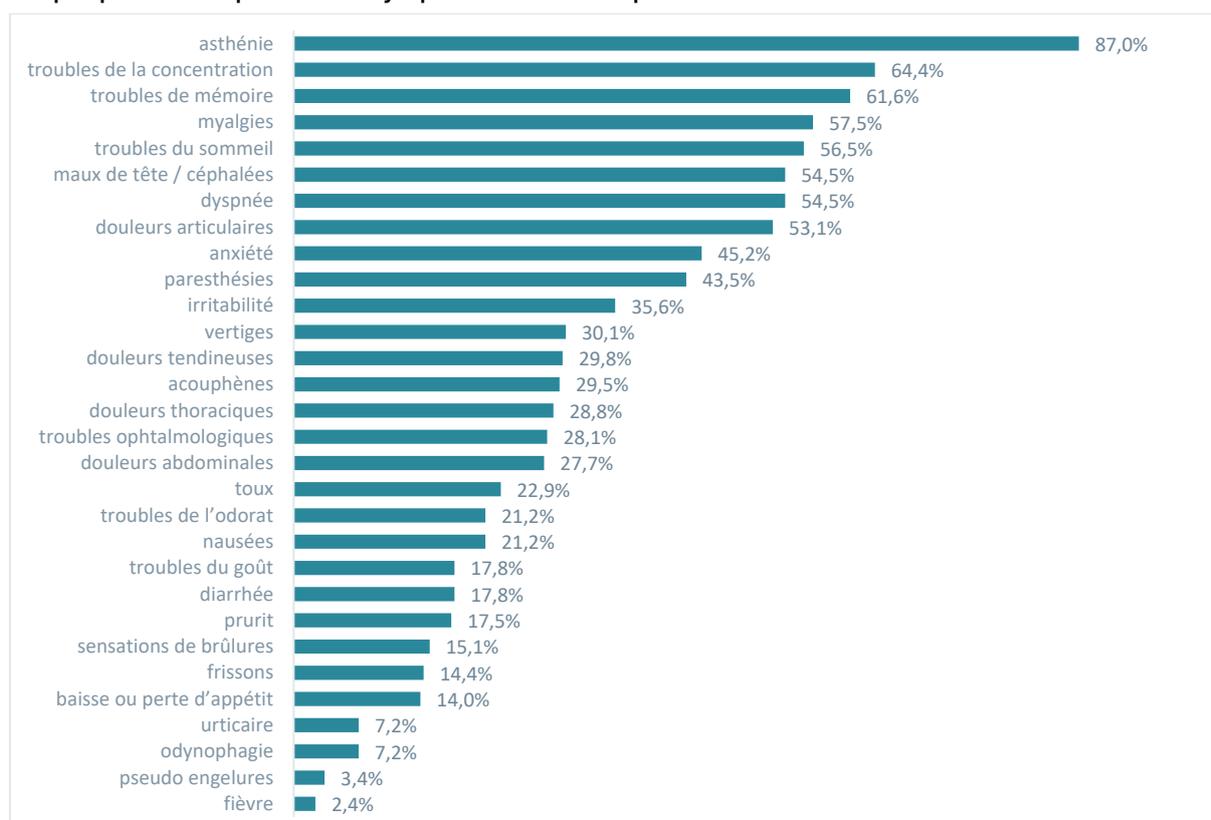
Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Lors du questionnaire à six mois, le nombre de symptômes est au même niveau que lors de l'inclusion : en moyenne, le nombre de symptômes rapportés est de 9,6 ( $\pm$  5,9). Un quart des personnes a au plus 5 symptômes, la moitié au plus 9 et un quart en présente 14 ou plus.

L'asthénie est rapportée par 87 % des personnes pour lesquelles l'information est disponible 6 mois après l'inclusion et est le symptôme le plus fréquent. Sept autres symptômes sont rapportés par encore au moins la moitié des personnes concernées : les troubles de la concentration, les troubles de mémoire, les myalgies, les troubles du sommeil, les maux de tête/céphalées, la dyspnée et les douleurs articulaires. Trois autres symptômes sont présents chez au moins un tiers des personnes : l'anxiété, les paresthésies et l'irritabilité.

**Graphique 77 : Fréquence des symptômes six mois après l'inclusion**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

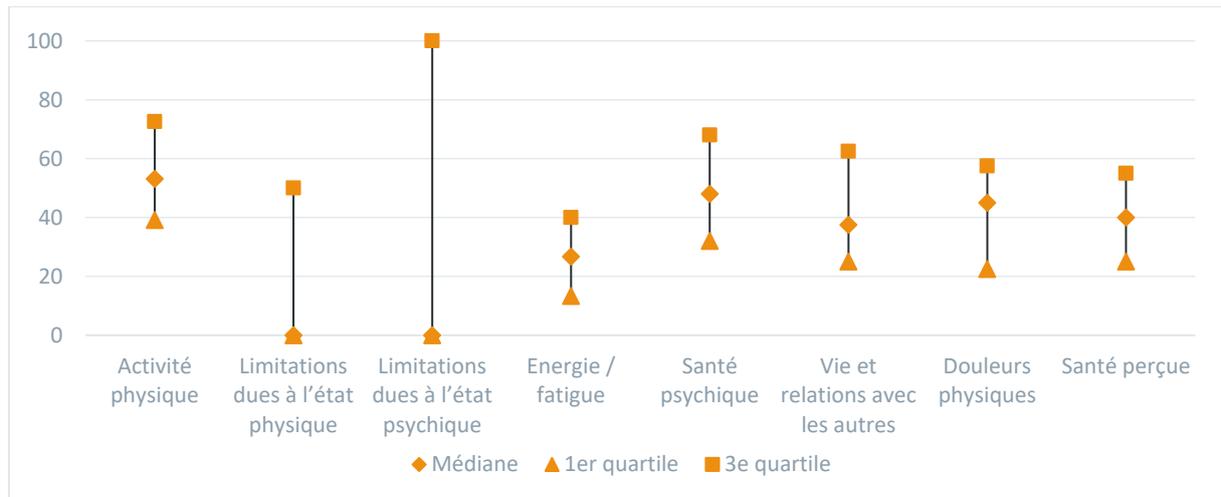
### ► Qualité de vie six mois après l'inclusion

La quasi-totalité des personnes a répondu à la totalité des questions de l'échelle SF36 lors du questionnaire de suivi à 3 mois, permettant ainsi le calcul des scores pour 285 à 287 des 292 personnes ayant complété le questionnaire à 3 mois.

Trois dimensions restent particulièrement impactées même si la situation a pu s'améliorer pour un certain nombre de personnes : les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique et l'énergie/fatigue. Les scores des cinq autres dimensions montrent la persistance d'un effet de la maladie sur la qualité de vie à peu près homogène sur chacune d'elle.

Par rapport à l'inclusion, on observe une amélioration significative sur le plan statistique dans la totalité des huit dimensions de la SF36.

**Graphique 78 : Score médian, 1<sup>er</sup> et dernier quartile à l'échelle de qualité de vie six mois après l'inclusion**



Valeurs manquantes : 0 à 5 – 0,0 % à 1,5 %

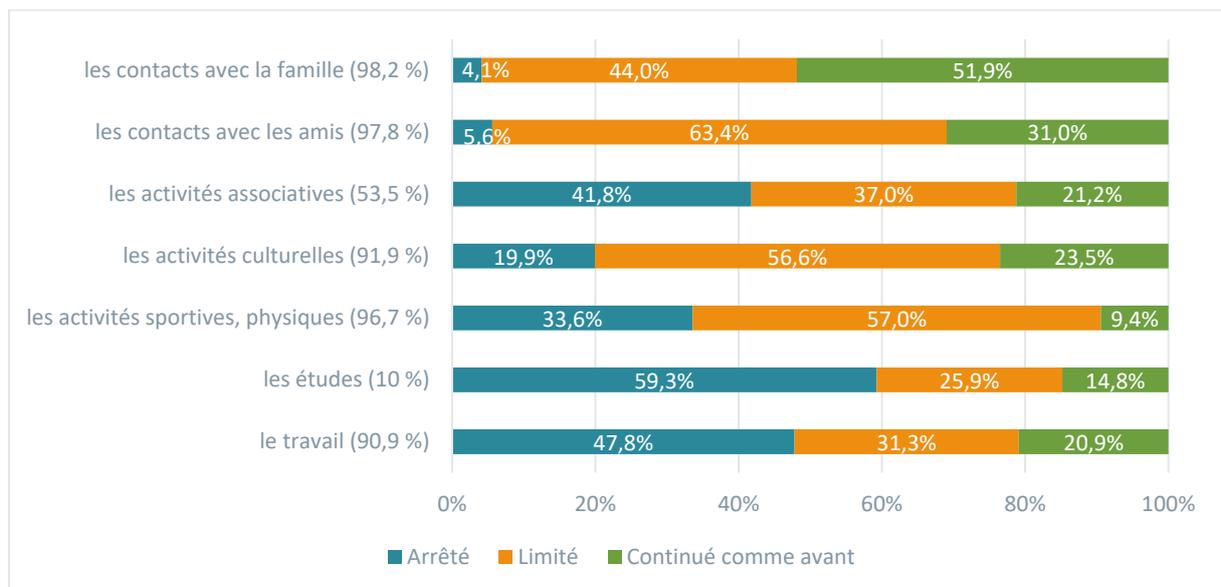
Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Limitations d'activité six mois après l'inclusion

Les limitations d'activité sont toujours très nettes six mois après l'inclusion :

- Près de la moitié des personnes limitent encore ou n'ont pas repris les contacts avec la famille ;
- Les contacts limités avec les amis concernent encore les deux tiers des personnes ;
- L'impact sur les activités associatives, culturelles, physiques ou sportives est marqué, concernant entre 76 % et 90 % des cas ;
- Autour de la moitié des personnes ont arrêté les études ou le travail et entre un quart et un tiers ont encore des activités limitées dans ce domaine.

**Graphique 79 : Limitations d'activité six mois après l'inclusion**



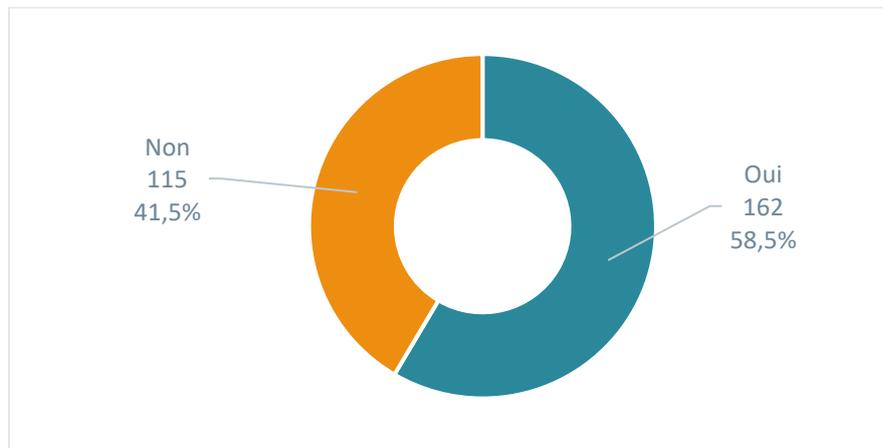
Valeurs manquantes : 90 à 124 – 11,7 % à 16,1 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ► Impact sur la situation financière six mois après l'inclusion

Près des trois cinquièmes des personnes (58,5 %) indiquent que la maladie a un impact sur leur situation financière.

Graphique 80 : Impact sur la situation financière six mois après l'inclusion



Valeurs manquantes : 36 – 4,7 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

## ÉVOLUTIONS

### ► **Caractéristiques des personnes prises en compte pour les analyses d'évolutions**

Les évolutions peuvent être analysées à partir des données recueillies auprès de la personne concernée lors de l'inclusion, à 3 mois et à 6 mois. Pour 261 personnes (33,5 % des personnes incluses), nous disposons de ces trois questionnaires. Cela permet de pouvoir décrire la situation à cinq temps différents :

- lors du 1<sup>er</sup> épisode de Covid 19,
- un mois après ce 1<sup>er</sup> épisode,
- lors de l'inclusion
- trois mois après l'inclusion,
- six mois après l'inclusion.

Ces personnes ont, dans leur parcours, bénéficié d'une hospitalisation de jour en médecine dans 48,3 % des cas et en SMR dans 14,6 % des cas. Seules 2 personnes (0,8 %) ont bénéficié de ces deux types d'hospitalisation de jour.

La répartition par sexe et l'âge moyen des personnes pour qui les 3 questionnaires sont disponibles ne diffèrent pas significativement de celle des autres personnes.

Le délai entre l'épisode initial de Covid et l'inclusion et le délai de recherche de solution ne varient pas entre ces personnes et les autres.

Si le nombre de symptômes lors de l'épisode initial ou 1 mois après ne varie pas, les personnes pour lesquelles les trois questionnaires sont disponibles présentaient plus de symptômes que les autres lors de l'inclusion : 10,0 ( $\pm 5,3$ ) versus 8,7 ( $\pm 5,1$ ).

Elles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir présenté des complications actives de la Covid lors de l'inclusion : 85,1 % versus 73,8 %. Il n'y a cependant pas de différence sur le nombre de complications présentes.

Les personnes pour lesquelles les informations ont été recueillies aux trois temps sont plus nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long confirmé lors de la consultation initiale (71,7 % versus 39,0 %) et moins nombreuses à avoir un diagnostic de Covid long suspecté (25,8 % versus 52,4 %) ou écarté (2,6 % versus 8,6 %).

Il n'y a pas de différence de score dans les différentes dimensions de l'échelle de qualité de vie SF36 entre les personnes pour lesquelles les trois questionnaires sont disponibles et celles pour qui ce n'est pas le cas.

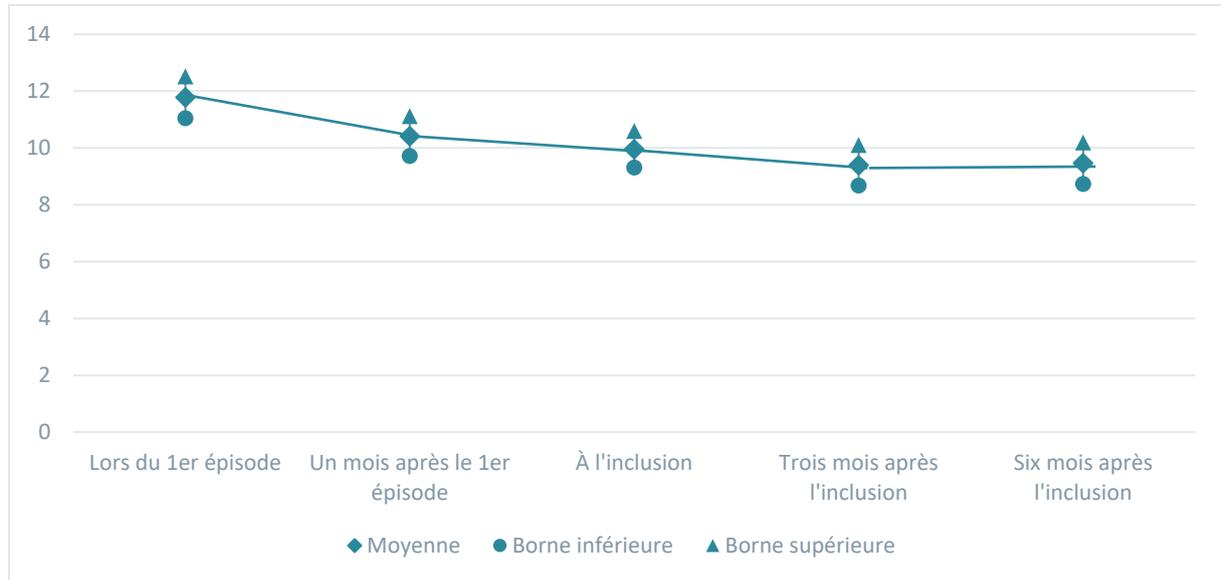
### ► **Symptômes**

Au cours des cinq temps différents qui peuvent être analysés, on observe globalement une diminution significative de la symptomatologie observée. Le graphique suivant présente l'évolution du nombre moyen de symptômes avec l'intervalle de confiance à 95 %.

Cette diminution est essentiellement présente lors des temps précédant l'inclusion. En effet, entre l'inclusion et le suivi trois mois après l'inclusion, l'évolution est à la limite de la significativité statistique

( $p=0,051$ ) ; entre trois mois et six mois, l'évolution du nombre de symptômes n'est pas significative sur le plan statistique.

**Graphique 81 : Évolution du nombre de symptômes (moyenne et intervalle de confiance à 95 %)**

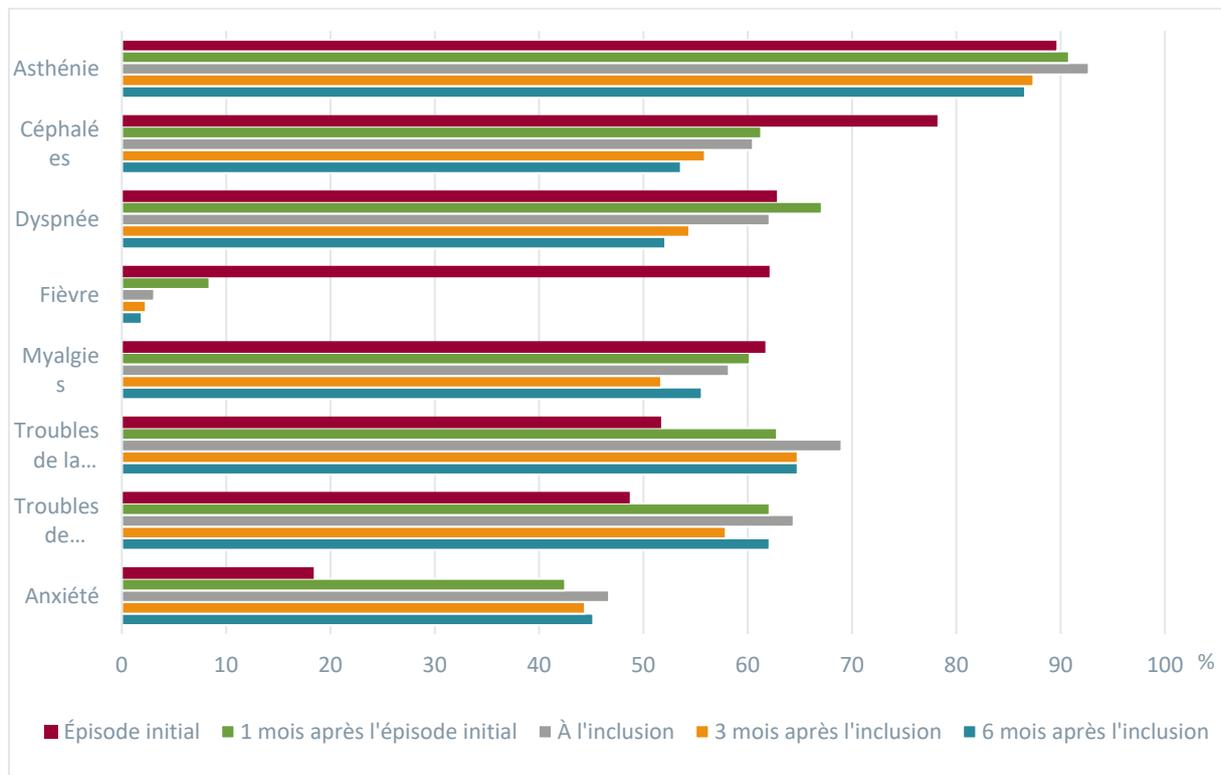


Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En s'intéressant aux symptômes qui apparaissent le plus fréquemment (parmi les cinq premiers) aux différents temps, il est possible de documenter des évolutions différentes.

**Graphique 82 : Fréquence des symptômes les plus fréquents aux différents temps**



Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Tableau 4 : Évolution des principaux symptômes aux différents temps

	Lors de l'épisode initial		Un mois après l'épisode initial		À l'inclusion		3 mois après l'inclusion		6 mois après l'inclusion		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Asthénie	234	89,7	237	90,8	242	92,7	228	87,4	226	86,6	NS
Céphalées	204	78,2	160	61,3	158	60,5	146	55,9	140	53,6	<0,001
Dyspnée	164	62,8	175	67,1	162	62,1	142	54,4	426	52,1	<0,001
Fièvre	162	62,1	22	8,4	8	3,1	6	2,3	5	1,9	<0,001
Myalgies	161	61,7	157	60,2	152	58,2	135	51,7	145	55,6	<0,005
Troubles de la concentration	135	51,7	164	62,8	180	69,0	169	64,8	169	64,8	<0,001
Troubles de mémoire	127	48,7	162	62,1	168	64,4	151	57,9	162	62,1	<0,001
Anxiété	74	18,4	111	42,5	122	46,7	116	44,4	118	45,2	<0,001

Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Ainsi, on observe une baisse statistiquement significative avec le temps de la fréquence de quatre symptômes : les céphalées, la dyspnée, la fièvre et les myalgies.

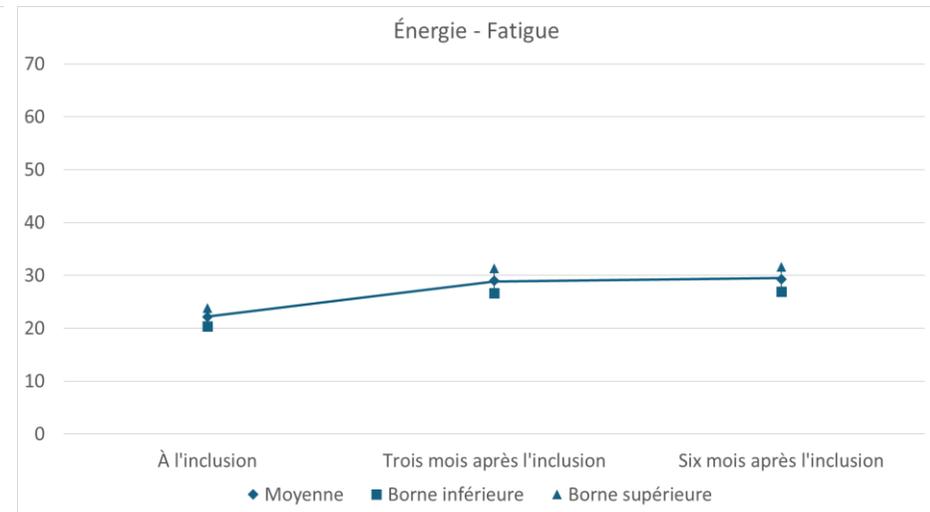
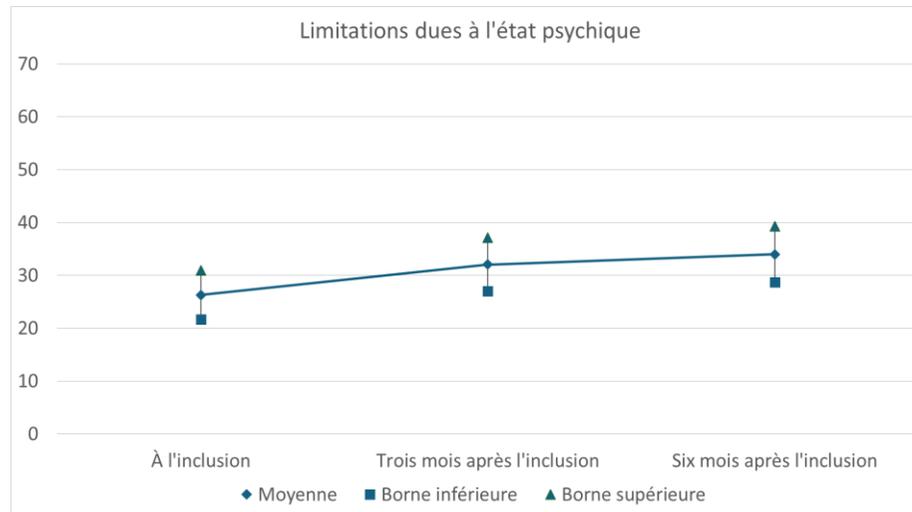
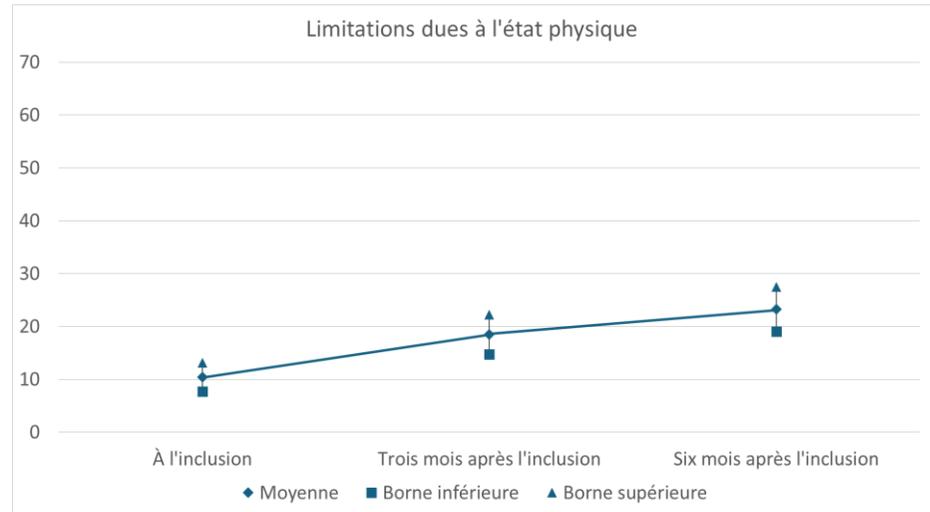
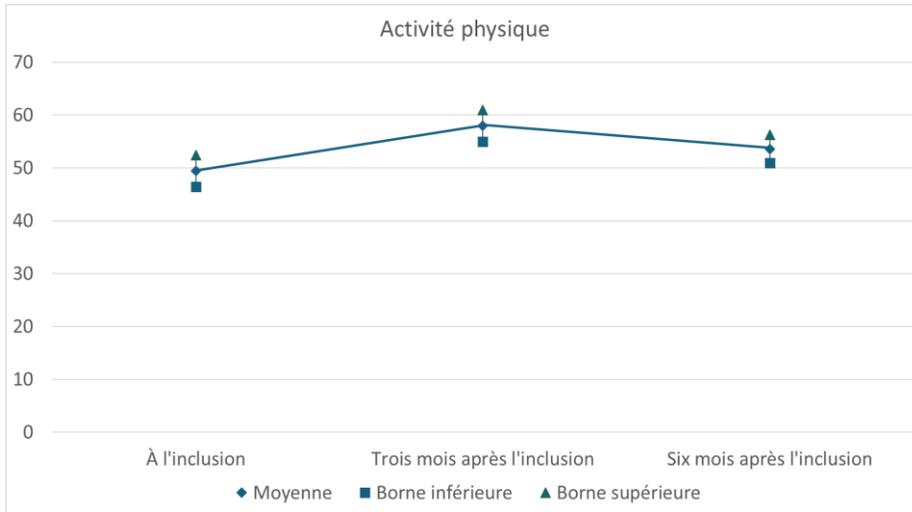
À l'inverse, trois symptômes voient leur fréquence augmenter avec le temps : les troubles de la concentration, les troubles de mémoire et l'anxiété.

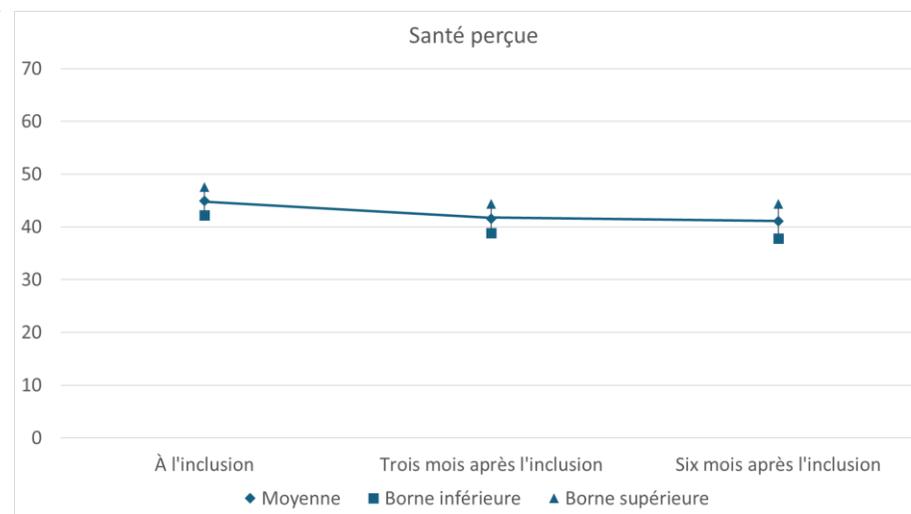
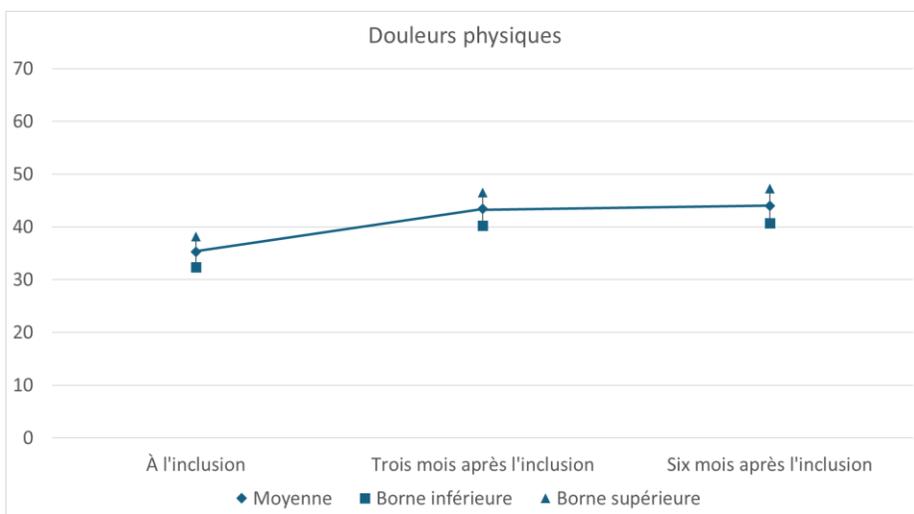
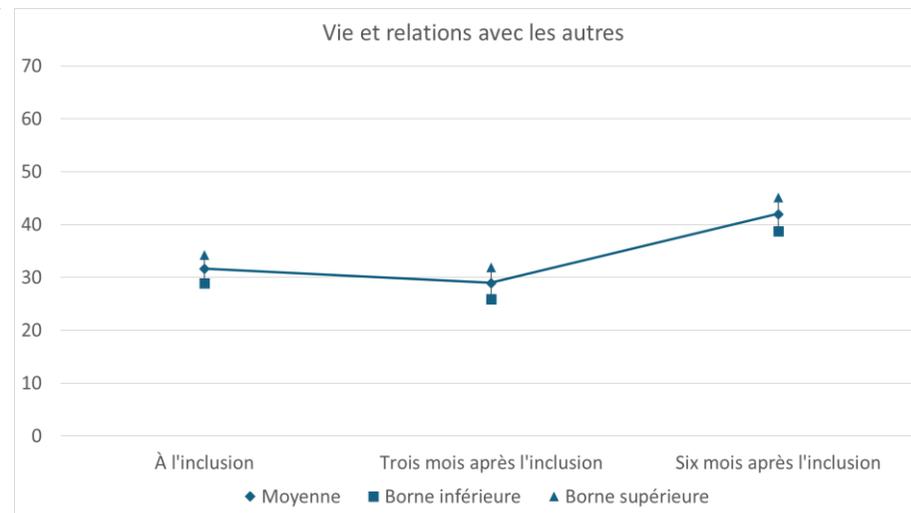
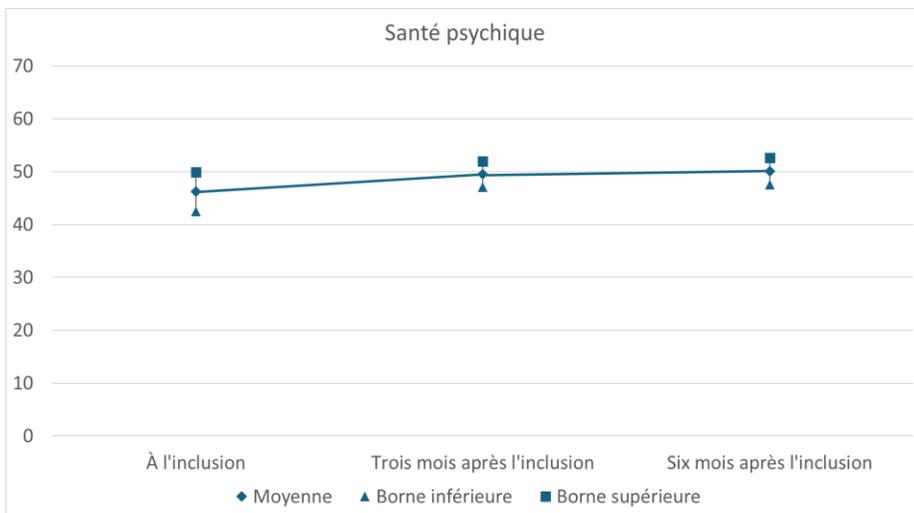
Les variations de fréquence de l'asthénie entre les différents temps ne sont pas significatives.

### ► Qualité de vie

La qualité de vie a été mesurée au travers de l'échelle SF36 à l'inclusion, lors du suivi à trois mois et lors du suivi à six mois. Rappelons que, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie.

Graphique 83 : Évolution des scores de qualité de vie (moyenne et intervalle de confiance à 95 %)





Valeurs manquantes : 3 à 4 – 0,1 à 0,2 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Pour chacune des huit dimensions de l'échelle, une évolution statistiquement significative est notée :

- Une amélioration est notée entre l'inclusion et 3 mois suivie d'une légère diminution pour la dimension « Activité physique » ( $p < 0,001$ ) ;
- Une progression régulière du score pour la dimension « Limitations dues à l'état physique », les scores restant cependant bas même à 6 mois ( $p < 0,001$ ) ;
- Des scores un peu plus élevés et également en progression pour la dimension « Limitations dues à l'état psychique » ( $p < 0,05$ ) ;
- Les scores de la dimension « Energie – Fatigue » progressent entre l'inclusion et 3 mois et sont quasi stables ensuite ( $p < 0,001$ ) ;
- Les scores à la dimension « Vie et relations avec autrui » commencent par légèrement se dégrader avant de nettement s'améliorer entre 3 mois et 6 mois ( $p < 0,001$ ) ;
- Les scores de la dimension « Douleurs physiques » progressent entre l'inclusion et 3 mois et évoluent positivement que très légèrement ensuite ( $p < 0,001$ ) ;
- Enfin, les scores de la dimension « Santé perçue » se dégradent légèrement entre l'inclusion et 3 mois puis n'évoluent que très légèrement, encore à la baisse, entre trois et six mois ( $p < 0,001$ ).

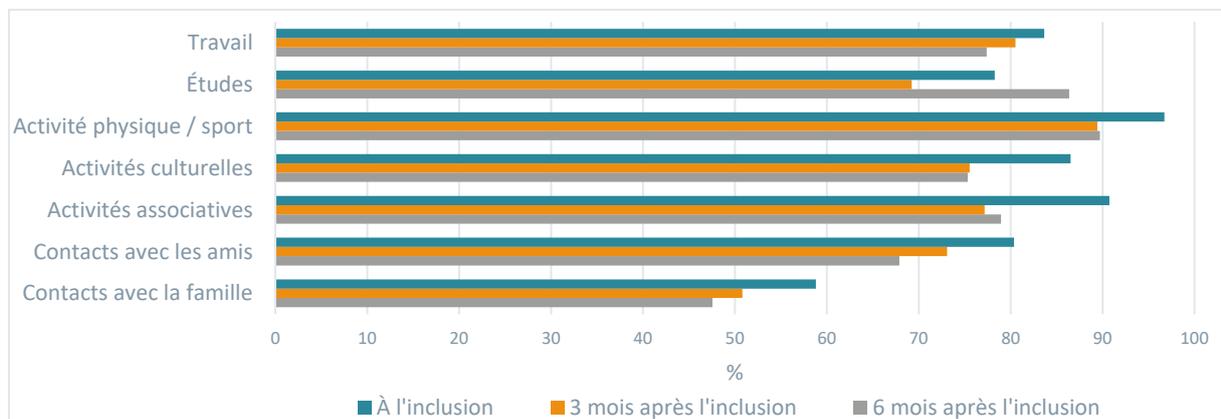
### ► Limitations d'activités

Les limitations d'activité ont été recueillies aux différents temps (inclusion, trois mois après et six mois après). Comme montré précédemment, l'impact de la maladie sur les activités est particulièrement important.

À l'exception des études pour lesquelles les évolutions entre les trois temps ne sont pas significatives, on observe un recul des limitations d'activité pour toutes celles qui ont été explorées. Ces évolutions sont plus ou moins marquées. C'est pour les activités associatives et culturelles, les plus impactées au départ, que le recul des limitations d'activité est le plus marqué. Cependant, celles-ci restent à un niveau élevé. Une amélioration sensible est également notée pour les contacts avec la famille alors qu'ils étaient les moins impactés au départ. C'est également le cas, mais de manière moins marquée pour les contacts avec les amis et pour les activités physiques ou le sport. C'est dans le domaine du travail que l'amélioration est la plus faible bien que significative.

Il faut noter que, le plus souvent, l'amélioration est observée entre l'inclusion et trois mois, un peu moins nette ensuite.

Graphique 84 : Limitations d'activité (limitées ou arrêtées) aux différents temps



Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Tableau 5 : Évolution des limitations d'activité aux différents temps

Activité limitée ou arrêtée	À l'inclusion		Trois mois après l'inclusion		Six mois après l'inclusion		p
	N	%	N	%	N	%	
Travail	169	83,7	182	80,5	178	77,4	<0,05
Études	18	78,3	18	69,2	19	86,4	NS
Activité physique / sport	207	96,7	220	89,4	218	89,7	<0,001
Activités culturelles	167	86,5	176	75,5	174	75,3	<0,001
Activités associatives	98	90,7	98	77,2	105	79,0	<0,01
Contacts avec les amis	172	80,4	182	73,1	167	67,9	<0,001
Contacts avec la famille	127	58,8	125	50,8	117	47,6	<0,001
Anxiété	122	46,7	116	44,4	118	45,2	<0,001

Valeurs manquantes : 0 – 0,0 %

Source : Enquête Covid long 2022-2023 - Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

### ► Impact sur la situation financière

L'impact de la maladie sur la situation financière des personnes vues aux trois temps est important mais reste stable entre l'inclusion, trois mois après et six mois après. Les valeurs sont respectivement de 57,3 % des personnes pour lesquelles la maladie a un impact sur leur situation financière à l'inclusion, 58,8 % trois mois après l'inclusion et 58,2 % six mois après. Les différences ne sont pas statistiquement significatives.

## 5/ SYNTHÈSE

Le dispositif d'observation, appuyé sur les centres de recours Covid long mis en place début 2023 en Occitanie, a permis d'inclure un nombre relativement élevé de personnes : 793 personnes essentiellement à partir des centres de recours MCO. Parmi celles-ci :

- Un peu moins de la moitié d'entre elles (375 – 47,3 %) ont bénéficié d'une hospitalisation de jour en centre de recours MCO ;
- 105 personnes (13,2 %) ont bénéficié d'une hospitalisation de jour en SMR ;
- Deux personnes sur cinq (324 – 40,9 %) ont pu être recontactées 3 mois après l'inclusion ;
- Et plus d'un tiers (292 -36,8 %) ont pu l'être 6 mois après l'inclusion.
- Au total, des données sont disponibles à la fois lors de l'inclusion, trois mois après et six mois après pour 261 personnes (32,9 %), population sur laquelle des analyses d'évolution de la symptomatologie, de la qualité de vie et de l'impact de la maladie sur les activités de la vie quotidienne sont possibles.

À l'issue de cette étude, nous disposons d'un corpus de données permettant de décrire de façon détaillée les caractéristiques des personnes concernées, leur parcours et la symptomatologie présentée.

Plusieurs points ressortent de cette analyse descriptive des données collectées lors de l'inclusion ou lors de l'hospitalisation de jour en centre de recours MCO :

- Les personnes sont très majoritairement originaires d'Occitanie mais principalement des départements où sont implantés les centres de recours MCO posant la question de l'accessibilité géographique au dispositif.
- Elles ont été adressées au centre de recours principalement par leur médecin généraliste (plus des trois quarts des cas). Une personne sur vingt s'est adressée au centre de recours de sa propre initiative.
- La population concernée est féminine dans près des trois quarts des cas.
- Plus des trois quarts des personnes incluses sont âgées entre 30 et 59 ans, couvrant une large part des âges d'activité professionnelle.
- En corollaire, plus des trois quarts des personnes sont en emploi. La population exerçant un emploi est surreprésentée par rapport à la situation en Occitanie dans son ensemble. La proportion de chômeurs est similaire à ce qui est observé au niveau régional. Les personnes en formation sont au contraire sous représentées, de même que les retraités et les autres inactifs.
- On observe une surreprésentation des employés et des cadres dans la population incluse et une sous-représentation des ouvriers et des professions intermédiaires.
- Plus des quatre cinquièmes de la population incluse a reçu au moins une dose de vaccin contre le SARS-CoV2, le plus souvent, deux ou trois doses.
- En moyenne, près de 15 mois se sont écoulés entre l'épisode de Covid initial et l'inclusion ; dans la moitié des cas, cette durée est d'au moins un an. La durée de la recherche d'une

solution médicale à leurs symptômes persistants a été en moyenne de 10 mois, de plus de 7 mois dans la moitié des cas.

- 15 % des personnes ont été hospitalisées, trois fois sur dix en réanimation ou en soins intensifs. La durée d'hospitalisation est longue : 21 jours en moyenne et plus de 15 jours dans un quart des cas. Pour les personnes ayant fait un séjour en réanimation ou en soins intensifs, la durée d'hospitalisation est plus de deux fois plus longue, en moyenne.
- La symptomatologie lors de l'épisode initial est riche avec en moyenne plus de 10 symptômes rapportés. Le plus souvent, il s'agit d'asthénie et de céphalées associées à des signes d'épisode infectieux respiratoire. Les troubles neuropsychologiques et sensitifs concernent au moins une personne sur trois.
- Près des deux tiers des personnes ont présenté des complications lors de l'épisode initial de Covid, principalement dans le domaine de la santé psychique ou à type de désadaptation à l'effort ou de complications ORL.
- La grande majorité (84 %) des personnes en activité ou en formation a dû arrêter son travail (ou ses études) et un tiers n'a pas repris son activité. En moyenne, la durée cumulée d'arrêt est de 4 mois et demi et, dans la moitié des cas, elle est de plus de 2,3 mois.
- Un mois après l'épisode initial, on note la persistance de cette symptomatologie riche mais avec un retrait des symptômes en lien avec une infection aiguë d'une part, une place plus importante des troubles neuropsychologiques d'autre part.
- Lors de l'inclusion dans l'étude, la symptomatologie reste toujours presque aussi riche avec peu de variation de la typologie des symptômes.
- La qualité de vie des personnes au moment de l'inclusion apparaît fortement impactée, notamment en termes de limitations physiques, de douleurs physiques et de santé perçue. On observe également un très fort impact sur les relations familiales et sociales avec une fréquence importante d'arrêt de ces relations ou de limitations de celles-ci.
- Lors de l'inclusion, dans les trois quarts des cas, aucune autre pathologie ne vient expliquer la symptomatologie et le diagnostic de Covid long est confirmé d'emblée dans la moitié des cas et écarté dans seulement 7 % des cas.
- À l'issue de l'inclusion, les personnes sont orientées vers une hospitalisation de jour en médecine dans près de la moitié des cas. Un suivi médical uniquement par le médecin généraliste est proposé dans un cas sur cinq. Une kinésithérapie est prescrite dans plus de la moitié des cas et dans un tiers des cas, la personne est orientée vers un psychologue ou un neuropsychologue.
- Lors de l'hospitalisation de jour en médecine, la symptomatologie présentée est un peu moins riche mais toujours dominée par l'asthénie et les troubles neuropsychologiques.
- Dans 86 % des cas, les trois critères diagnostics d'un Covid long sont retrouvés.
- À l'issue de l'hospitalisation de jour en médecine, un suivi par le médecin généraliste est proposé dans un quart des cas et aucun suivi n'apparaît nécessaire dans un cas sur cinq. Les suivis spécialisés en ambulatoire ou en hospitalisation de jour ou complète restent fréquemment proposés. Au niveau paramédical, la kinésithérapie et le suivi par un

psychologue ou un neuropsychologue restent fréquemment proposés, respectivement dans les deux tiers des cas et plus de la moitié des cas.

- Les 105 personnes prises en charge lors d'une hospitalisation de jour en SMR y ont été adressées d'abord par un spécialiste libéral, avant les médecins généralistes et les centres de recours MCO.
- La symptomatologie à l'entrée en hospitalisation de jour en SMR est aussi riche que lors de l'inclusion avec une prédominance de l'asthénie, de la dyspnée et des troubles neurocognitifs ; lors de la sortie, cette symptomatologie est significativement en recul, le nombre de symptômes présents étant réduit d'un tiers (de 9,0 à 5,9 en moyenne). La fréquence de chacun des symptômes explorés est en baisse.
- Kinésithérapie, suivi psychologique ou neuropsychologique, suivi diététique ont concerné au moins une personne sur deux (et presque la totalité pour la kinésithérapie). L'activité physique adaptée était présente dans la quasi-totalité des programmes de rééducation et la réhabilitation cardiorespiratoire dans les deux tiers des cas.
- En fin de prise en charge en hospitalisation de jour en SMR, les personnes sont dans les trois quarts des cas réorientées vers leur médecin généraliste. Un suivi par un spécialiste est proposé dans un quart des cas et de nouveaux séjours hospitaliers sont rarement proposés.
- Aucun soin de rééducation n'apparaît alors nécessaire dans plus d'un tiers des cas ; dans le cas contraire, kinésithérapie et suivi psychologique ou neuropsychologique sont le plus souvent proposés.
- Des actions de réinsertion professionnelle étaient initiées en cours d'hospitalisation SMR dans un cas sur cinq (dans plus d'un tiers des cas, soit l'activité avait déjà repris, soit la personne n'avait pas d'activité professionnelle).
- Lors du suivi à 3 mois et six mois, on constate qu'une partie des orientations préconisées lors des prises en charge précédentes n'avaient pas pu être mises en œuvre. Un quart des personnes étaient dans ce cas, principalement pas absence de professionnels disponibles mais aussi pour des questions de temps, de reste à charge financier ou de difficultés à faire les avances de frais.
- La symptomatologie reste toujours riche trois mois et six mois après l'inclusion avec toujours une part importante de la fatigue et des troubles de la concentration ou de la mémoire.
- La qualité de vie reste dégradée et les limitations d'activité sont toujours présentes avec une fréquence qui reste élevée.
- Pour les personnes pour lesquelles l'information est disponible aussi bien à l'inclusion qu'à 3 mois ou 6 mois, on constate :
  - Un recul de la symptomatologie même si ce recul reste limité.
  - La qualité de vie s'améliore, principalement entre l'inclusion et 3 mois dans toutes les dimensions à l'exception de la dimension « santé perçue » pour laquelle une dégradation est notée.
  - Les limitations d'activité sont en recul (sauf pour les études).
  - L'impact sur la situation financière des personnes est important, touchant plus d'une personne sur deux. Il persiste dans le temps.

## 6/ TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Répartition des inclusions par centre .....	18
Tableau 2 : Répartition des personnes incluses selon leur situation vis-à-vis de l'emploi .....	23
Tableau 3 : Pathologies confirmées pouvant expliquer la symptomatologie .....	43
Tableau 4 : Évolution des principaux symptômes aux différents temps .....	84
Tableau 5 : Évolution des limitations d'activité aux différents temps .....	88
Graphique 1 : Répartition des inclusions par type de centre .....	17
Graphique 2 : Répartition des personnes incluses selon le sexe .....	20
Graphique 3 : Répartition des personnes incluses selon les classes d'âge .....	20
Graphique 4 : Répartition des personnes incluses selon leur département de résidence .....	21
Graphique 5 : Répartition des personnes incluses selon leur statut matrimonial .....	22
Graphique 6 : Répartition des personnes incluses selon leur statut matrimonial .....	23
Graphique 7 : Répartition des personnes incluses selon leur couverture maladie complémentaire ..	24
Graphique 8 : Vaccination contre la Covid-19 .....	25
Graphique 9 : Nombre de doses reçues de vaccin contre la Covid-19 .....	25
Graphique 10 : Année de survenue de l'épisode initial de Covid-19 .....	26
Graphique 11 : Délai (en mois) entre l'épisode initial de Covid-19 et l'inclusion .....	26
Graphique 12 : Modalités de diagnostic de l'épisode initial de Covid-19 .....	27
Graphique 13 : Modalités de prise en charge de l'épisode initial de Covid-19 .....	27
Graphique 14 : Nombre d'hospitalisations lors de l'épisode initial de Covid-19 .....	28
Graphique 15 : Nombre de symptômes différents lors de l'épisode initial de Covid-19 .....	29
Graphique 16 : Fréquence des symptômes lors de l'épisode initial de Covid-19 .....	30
Graphique 17 : Arrêts de travail (ou d'études) lors de l'épisode initial de Covid-19 .....	30
Graphique 18 : Nombre de symptômes différents un mois après l'épisode initial de Covid-19 .....	32
Graphique 19 : Fréquence des symptômes un mois après l'épisode initial de Covid-19 .....	33
Graphique 20 : Spécialistes consultés .....	34
Graphique 21 : Nombre de symptômes différents lors de l'inclusion .....	35
Graphique 22 : Fréquence des symptômes lors de l'inclusion .....	36
Graphique 23 : Score médian, 1 <sup>er</sup> et dernier quartile à l'échelle de qualité de vie lors de l'inclusion .	37
Graphique 24 : Limitations d'activité lors de l'inclusion .....	37
Graphique 25 : Impact sur la situation financière lors de l'inclusion .....	38
Graphique 26 : Mode de venue au centre de référence lors de l'inclusion .....	38
Graphique 27 : Adressage au centre de référence lors de l'inclusion .....	39
Graphique 28 : Affection de longue durée lors de l'inclusion .....	39
Graphique 29 : Présences de complications lors de l'épisode initial de Covid .....	40
Graphique 30 : Fréquence des différentes complications lors de l'épisode initial de Covid .....	41
Graphique 31 : Existence d'une pathologie pouvant expliquer la symptomatologie .....	43
Graphique 32 : Confirmation du diagnostic de Covid long lors de l'inclusion .....	44
Graphique 33 : Orientation proposée après le 1 <sup>er</sup> contact .....	44
Graphique 34 : Soins paramédicaux proposés après le 1 <sup>er</sup> contact .....	45
Graphique 35 : Nombre de symptômes différents lors de l'hospitalisation de jour en médecine .....	47
Graphique 36 : Fréquence des symptômes lors de l'hospitalisation de jour en médecine .....	47
Graphique 37 : Nombre de diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine .....	48

Graphique 38 : Fréquence des différents diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en médecine .....	49
Graphique 39 : Orientation proposée après l'hospitalisation de jour en médecine .....	51
Graphique 40 : Soins paramédicaux proposés après l'hospitalisation de jour en médecine .....	51
Graphique 41 : Délai entre l'inclusion et l'hospitalisation de jour en SMR .....	52
Graphique 42 : Modalités d'adressage en hospitalisation de jour en SMR .....	53
Graphique 43 : Nombre de symptômes différents lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	53
Graphique 44 : Fréquence des symptômes lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	54
Graphique 45 : Nombre de diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	55
Graphique 46 : Fréquence des différents diagnostics et symptômes de Covid long lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	56
Graphique 47 : Évaluation initiale recommandée lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	58
Graphique 48 : Intervenants mobilisés lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	58
Graphique 49 : Programme de rééducation lors de l'hospitalisation de jour en SMR .....	59
Graphique 50 : Durée de l'hospitalisation de jour en SMR.....	59
Graphique 51 : Nombre de symptômes différents en fin d'hospitalisation de jour en SMR.....	60
Graphique 52 : Fréquence des symptômes en fin d'hospitalisation de jour en SMR.....	61
Graphique 53 : Orientation proposée après l'hospitalisation de jour en SMR.....	61
Graphique 54 : Soins paramédicaux proposés après l'hospitalisation de jour en SMR.....	62
Graphique 55 : Autres actions proposées après l'hospitalisation de jour en SMR.....	62
Graphique 56 : Réinsertion professionnelle lors de l'hospitalisation de jour en SMR.....	63
Graphique 57 : Délai entre l'inclusion et la consultation de suivi.....	65
Graphique 58 : Nombre de symptômes différents lors de la consultation de suivi .....	65
Graphique 59 : Fréquence des symptômes lors de la consultation de suivi.....	66
Graphique 60 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors de la consultation de suivi).....	67
Graphique 61 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors de la consultation de suivi) .....	67
Graphique 62 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors de la consultation de suivi) .....	68
Graphique 63 : Orientation proposée après la consultation de suivi .....	68
Graphique 64 : Soins paramédicaux proposés après la consultation de suivi .....	69
Graphique 65 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 3 mois).....	71
Graphique 66 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 3 mois).....	71
Graphique 67 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors du suivi à 3 mois).....	72
Graphique 68 : Nombre de symptômes différents trois mois après l'inclusion .....	72
Graphique 69 : Fréquence des symptômes trois mois après l'inclusion.....	73
Graphique 70 : Score médian, 1 <sup>er</sup> et dernier quartiles à l'échelle de qualité de vie trois mois après l'inclusion.....	74
Graphique 71 : Limitations d'activité trois mois après l'inclusion .....	74
Graphique 72 : Impact sur la situation financière trois mois après l'inclusion .....	75
Graphique 73 : Prises en charge médicales mises en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 6 mois).....	77

Graphique 74 : Soins paramédicaux mis en œuvre depuis le dernier contact (recueil lors du suivi à 6 mois) .....	77
Graphique 75 : Motifs de non mise en œuvre des prises en charge prescrites (recueil lors du suivi à 6 mois) .....	78
Graphique 76 : Nombre de symptômes différents six mois après l'inclusion .....	78
Graphique 77 : Fréquence des symptômes six mois après l'inclusion .....	79
Graphique 78 : Score médian, 1 <sup>er</sup> et dernier quartile à l'échelle de qualité de vie six mois après l'inclusion.....	80
Graphique 79 : Limitations d'activité six mois après l'inclusion .....	80
Graphique 80 : Impact sur la situation financière six mois après l'inclusion .....	81
Graphique 81 : Évolution du nombre de symptômes (moyenne et intervalle de confiance à 95 %) ...	83
Graphique 82 : Fréquence des symptômes les plus fréquents aux différents temps.....	83
Graphique 83 : Évolution des scores de qualité de vie (moyenne et intervalle de confiance à 95 %) .	85
Graphique 84 : Limitations d'activité (limitées ou arrêtées) aux différents temps .....	87