La Lettre Scientifique - N°5 - Octobre 2026

COVID long : état des connaissances en 2026.

Eugénie Petrequin, *épidémiologiste au réseau Sentinelles.*

1) Définition et symptômes du COVID long.

Au-delà de la phase aiguë de l'infection due au SARS-CoV-2, certaines personnes présentent des symptômes persistants, un état reconnu comme une affection post-COVID-19, plus communément appelée « COVID long » (1). Face à l'hétérogénéité des descriptions proposées (2), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) l'a définie en octobre 2021 par la présence de symptômes survenant après une infection probable ou confirmée au SARS-CoV-2 ; présents plus de trois mois après le début de cette infection et évoluant depuis au moins deux mois ; ne pouvant pas être expliqués entièrement par un autre diagnostic et ayant un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être apparus dans un second temps ou présents depuis le début de l'infection initiale au SARS-CoV-2. Les symptômes peuvent fluctuer au fil du temps » (3,4).

Le tableau clinique du COVID long couvre un large éventail de manifestations, affectant plusieurs systèmes. Les symptômes les plus fréquents sont la fatigue, le malaise post-effort, la dyspnée, les troubles cognitifs (difficultés à réfléchir et/ou se concentrer), les douleurs thoraciques, ainsi que l'anxiété et la dépression (5,6). La fatigue s'aggrave généralement après un effort physique ou mental (exacerbation des symptômes post-effort) (7). Quant aux symptômes respiratoires, ils semblent avoir une présentation caractéristique : sensation d'oppression ou de brûlure dans la poitrine, impression de ne pas avoir assez d'air, incapacité d'expirer complètement et sensation de « halètement » (8). Une méta-analyse, portant sur 14 études, a estimé que les patients atteints de COVID long présentaient une fatigue dans 41% des cas, des troubles cognitifs dans 25,2% et une dyspnée dans 22,5% (9).

2) Données épidémiologiques sur le COVID long.

2.1 - Fréquence de survenue du COVID long.

La fréquence de survenue du COVID long après une infection au SARS-CoV-2 demeure difficile à estimer, principalement en raison de l'hétérogénéité des définitions utilisées et du choix des critères d'inclusion d'une étude à l'autre (10). Une étude française a estimé que le risque de présenter des symptômes persistants six mois après une infection au SARS-CoV-2 était significativement plus élevé (risque relatif ajusté de 1,36 [1,20 ; 1,55]) lorsque l'infection était survenue durant la première vague de la pandémie de Covid-19 (mars-mai 2020) (14,6%), que durant la seconde (septembre-novembre 2020) (7,0%) (11). La cohorte américaine RECOVER (3 659 personnes incluses lors de leur première infection au SARS-CoV-2 entre octobre 2021 et juin 2023 et suivies pendant 15 mois, durant la période Omicron) a estimé à 10% la fréquence de survenue d'un COVID long à 3 mois et à 10,5% à 15 mois (12).

2.2 - Prévalence du COVID long.

Une enquête de Santé publique France (SpF), réalisée par sondage aléatoire à l'automne 2022, avait estimé la prévalence du COVID long en France à 4% dans la population générale adulte (2,06 millions de personnes) (13,14). La prévalence était plus de deux fois plus élevée chez les femmes et deux à trois fois plus faible chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle était de 2,4% si l'on ne retenait que les sujets déclarant un impact au moins modéré sur les activités quotidiennes et de 1,2% si l'on ne considérait que les sujets rapportant un impact fort sur les activités quotidiennes. A ce jour, les données récentes de prévalence du COVID long manquent pour conclure à une diminution du nombre de cas en France. Une étude américaine portant sur 88 731 sujets a estimé la prévalence du COVID long sur plusieurs années et montrait une relative stabilité de cette prévalence dans la population générale plutôt qu'une diminution nette (3,4% en 2022, 3,6% en 2023 et 3,3% en 2024) (15).

En soins primaires, la prévalence du COVID long demeure difficile à étudier (16). Dans l'étude Covilev, menée par le réseau Sentinelles en France hexagonale entre juin 2023 et mai 2024, les médecins généralistes participants avaient déclaré avoir vu en consultation en moyenne moins d'un patient par mois pour un motif en lien avec des symptômes de COVID long (moyenne = 0,72 patient / médecin généraliste / mois).

2.3 - Facteurs de risque.

Les facteurs de risque de présenter un COVID long après une infection au SARS-CoV-2 en population adulte semblent bien établis et concernent certains groupes démographiques (notamment les femmes âgées de 35 à 50 ans, les personnes en situation de précarité socio-économique), les personnes présentant certaines pathologies (telles que le diabète de type 2, des allergies, de l'asthme, une maladie pulmonaire chronique, des antécédents de fatigue post-infectieuse, une insuffisance cardiaque ou une insuffisance rénale chronique), les personnes ayant présenté une forme aiguë plus grave de la maladie, celles présentant un indice de masse corporelle élevé et les personnes non vaccinées contre le SARS-CoV-2 (17–20). Bien que le COVID long semble plus fréquent après une forme grave de COVID-19, une étude a conclu à un fardeau plus lourd de la maladie chez les personnes ayant des antécédents de forme légère à modérée d'épisode infectieux. Ceci suggère que le mécanisme sous-jacent du COVID long serait différent de celui qui détermine la gravité de l'infection aiguë par le SARS-CoV-2 (21).

2.4 - Évolution du COVID long.

La cohorte américaine RECOVER (12) a suivi pendant 15 mois 3 659 personnes à partir de leur première infection au SARS-CoV-2 entre octobre 2021 et juin 2023 (période Omicron). L'objectif était d'identifier des profils d'évolution clinique des personnes infectées sur la base d'un indice lié aux symptômes déclarés par les patients. Cette étude a permis d'identifier huit profils d'évolution des symptômes (cf. figure **https://www.nature.com/articles/s41467-025-65239-4/figures/3**). Parmi ces huit profils, six incluaient des patients qui avaient rempli les critères d'un COVID long à un moment de l'étude. L'évolution de ces six profils a été la suivante :

- Profil A (n = 195, 5%) : participants répondant aux critères de COVID long lors de toutes les visites avec des symptômes intenses et persistants ;
- Profil B (n = 443, 12%) : participants répondant par intermittence aux critères de COVID long avec des symptômes plus modérés et fluctuants ;
- Profil C (n = 379, 10%) : participants répondant à certains moments aux critères de COVID long, mais dont la symptomatologie modérée au début d'étude diminuait au fil du temps ;
- Profil D (n = 334, 9%) : participants répondant rarement aux critères de COVID long et dont la symptomatologie modérée à légère au début d'étude diminuait fortement au fil du temps ;

- Profil E (n = 309, 8%) : participants ne répondant pas aux critères de COVID long au début d'étude, mais dont la symptomatologie augmentait au fil du temps ;
- Profil F (n = 217, 6%) : participants ne répondant pas aux critères de COVID long au début d'étude, mais dont la symptomatologie augmentait tardivement après 12 mois, en partie en raison d'une augmentation de la présence de malaises post-effort.

Parmi les facteurs de risque associés à une persistance des symptômes de COVID long, ont été identifiés : l'âge avancé, le fait d'être une femme, un IMC élevé, la présence de comorbidités multiples (22), tout comme la présence de certains symptômes (syndrome de fatigue aiguë, myalgies, symptômes dysautonomiques) (23). Une étude anglaise a montré que les personnes vaccinées avaient plus de chances de se rétablir plus rapidement (24).

2.5 - Spécificités en pédiatrie.
Initialement peu documentés, les cas pédiatriques de COVID long présentent quelques spécificités. Ils se manifestent principalement après des formes bénignes de COVID-19 et, dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent au bout de quelques mois. Les symptômes peuvent cependant persister pendant plus d'un an et entraîner une invalidité importante. Les symptômes les plus fréquents comprennent la fatigue, l'intolérance à l'effort et l'anxiété. Plus rarement, certains patients peuvent présenter un syndrome de tachycardie posturale (PoTS) ou de fatigue chronique (25).

3) Hypothèses physiopathologiques.

Malgré de nombreuses études portant sur la physiopathologie du COVID long, aucun consensus n'a encore été pleinement établi par la communauté scientifique.

De nombreuses hypothèses ont été avancées par les scientifiques pour expliquer les mécanismes impliqués dans le COVID long. Certaines suggèrent un lien avec la persistance du virus dans l'organisme (réplication virale prolongée ou présence de particules virales dans certains tissus). D'autres suggèrent un rôle indirect du virus pouvant entraîner des perturbations de mécanismes physiologiques comme le système immunitaire avec une inflammation chronique (production d'auto-anticorps ou réactivation de virus restés latents dans l'organisme), le système vasculaire (tendance accrue à la coagulation et atteintes de l'endothélium) ou encore le métabolisme cellulaire (dysfonctionnement mitochondrial) (26). La cohorte française COPER, menée auprès de 1 000 participants entre juin et novembre 2022 a montré qu'aucun biomarqueur unique n'était significativement associé au COVID long (27). Les mécanismes en jeu pourraient cependant varier selon les symptômes et le temps écoulé depuis l'infection. En parallèle de ces hypothèses, celle d'un trouble somatoforme fonctionnel (TSF) est également évoquée, en particulier pour les patients ayant des symptômes prolongés invalidants sans explication organique ou psychiatrique (28).

Le manque de précision de la définition du COVID long complique la recherche portant sur la physiopathologie de la maladie, regroupant des situations diverses, dont des séquelles d'un épisode de COVID-19, la désadaptation à l'effort, un syndrome de stress post-traumatique, un syndrome anxiodépressif ou encore une décompensation de comorbidités. Cette confusion pourrait, en partie, expliquer l'absence de consensus établi concernant la physiopathologie du COVID long.

4) Prise en charge et prévention du COVID long.

Les médecins généralistes et les pédiatres constituent le premier recours pour les patients présentant des symptômes prolongés post-COVID-19. Ils ont pour rôle le repérage précoce, le diagnostic, l'orientation des patients selon la nature et la gravité des symptômes et la coordination de leur prise en charge multidisciplinaire. Les principaux défis concernent l'incertitude diagnostique, les difficultés d'évaluation et de suivi des symptômes, qui peuvent être fluctuants, ainsi que la nécessité d'approches multidisciplinaires coordonnées (29). Bien qu'aucun traitement médicamenteux n'ait fait la preuve de son efficacité dans le traitement du COVID long (3), plusieurs études s'accordent sur l'efficacité d'une activité physique adaptée (30–32) et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (32–36) dans l'amélioration des symptômes.

Depuis son émergence, le COVID long a gagné en visibilité grâce aux témoignages de patients sur les réseaux sociaux, où des personnes ont partagé leurs expériences des symptômes persistants (37). Cette mobilisation a conduit à une reconnaissance officielle du COVID long par les autorités de santé publique et la communauté médicale (38). Des centres spécialisés ont été créés et des recommandations cliniques élaborées pour la prise en charge des patients. Dès 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé de structurer la prise en charge des patients atteints de COVID long (39). Certains dispositifs spécifiques (centres experts, dispositifs d'appui à la coordination (DAC)), mis en place par les ARS à partir de 2021, ont toutefois fermé entre 2023 et 2024.

La vaccination offre une protection partielle contre le COVID long (40–43). Une méta-analyse portant sur 620 221 participants a estimé que deux doses de vaccin réduisent le risque de COVID long de 36,9% et que trois doses le réduisent de 68,7% (44). Chez les personnes déjà atteintes d'un COVID long, la vaccination réduirait l'impact des infections récurrentes ; elle est donc recommandée chez les personnes ne présentant pas de contre-indications (45–47).

5) Conclusion et perspectives.

Le SARS-CoV-2 n'est pas le seul agent pathogène associé à des symptômes prolongés. Le COVID long pourrait s'inscrire dans la catégorie plus large des syndromes post-infectieux (26). Ces syndromes sont souvent associés à une absence de biomarqueurs validés en routine, une errance diagnostique et un déficit de prise en charge. Les recherches clinique et fondamentale doivent se poursuivre afin de les étudier et de les comparer selon leurs origines (SARS-CoV-2, MERS-CoV ou infections non liées aux coronavirus comme le chikungunya et la borréliose de Lyme).

Le COVID long en région Centre-Val de Loire.

Les données épidémiologiques à échelle régionale ou départementale relatives au COVID long demeurent très limitées.

Dans le département du Loiret, le dispositif « **Appui Santé Loiret** » a mis en place, dès septembre 2021, des **consultations dédiées au COVID long**. Il comprend un premier entretien réalisé par un infirmier coordinateur formé à l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) et organisé avec le patient sous la forme d'un diagnostic éducatif afin de connaître son vécu avec la maladie, de la phase aiguë à la phase post-COVID (symptômes prolongés actuels). A l'issue de ce premier entretien, un ensemble d'auto-questionnaires à remplir chez soi est remis au patient. Une à deux semaines plus tard, un deuxième entretien est consacré à l'analyse des réponses. Une synthèse écrite est réalisée et remise au patient qui pourra la présenter à tout professionnel de santé. A l'issue de ces deux entretiens, **des ateliers d'éducation thérapeutique dédiés aux symptômes de COVID long** sont proposés au patient, selon ses attentes et ses besoins. Ces ateliers sont proposés à Orléans, Montargis et Sully.

En 2022, 66 patients présentant des symptômes prolongés après une infection par le SARS-CoV-2 ont été vus dans le cadre du dispositif « Appui Santé Loiret » avec un délai moyen entre les symptômes initiaux et le premier entretien de 417 jours. En 2025, ils étaient 20 à en bénéficier. Ces données témoignent du recours à des dispositifs spécifiquement dédiés aux patients présentant des symptômes persistants mais ne permettent toutefois pas d'estimer la prévalence du COVID long dans le département du Loiret.

Le COVID long au réseau Sentinelles.

Le réseau Sentinelles a mis en place l'étude Covilev, dédiée au COVID long en médecine générale et en population générale. Cette étude a pour objectif principal de décrire la qualité de vie des patients (synopsis en cliquant **ici**). Avec le soutien financier de l'ANRS-MIE et la collaboration du Collège National des Généralistes Enseignants, les données ont été collectées durant deux années et sont actuellement en cours d'analyse. Nous remercions chaleureusement les médecins qui ont participé à cette étude.

Si vous souhaitez participer aux futurs travaux du réseau Sentinelles, n'hésitez pas à compléter le formulaire d'inscription ici.

Nous avons besoin de vous !

Références

1. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Nat Med. avr 2021;27(4):601-15.

2. Greenhalgh T, Sivan M, Perlowski A, Nikolich JŽ. Long COVID: a clinical update. The Lancet. 17 août 2024;404(10453):707-24.

3. Post COVID-19 condition (long COVID) [Internet]. [cité 12 déc 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-covid-19-condition-(long-covid)

4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Bio Medica Atenei Parmensis. 19 mars 2020;91(1):157-60.

5. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, Graham MS, Penfold RS, Bowyer RC, et al. Attributes and predictors of long COVID. Nat Med. avr 2021;27(4):626-31.

6. Lechner-Scott J, Levy M, Hawkes C, Yeh A, Giovannoni G. Long COVID or post COVID-19 syndrome. Mult Scler Relat Disord. oct 2021;55:103268.

7. Jason LA, Dorri JA. ME/CFS and Post-Exertional Malaise among Patients with Long COVID. Neurology International. mars 2023;15(1):1-11.

8. Evans R, Pick A, Lardner R, Masey V, Smith N, Greenhalgh T. Breathing difficulties after covid-19: a guide for primary care. BMJ. 14 juin 2023;381:e074937.

9. Halas RG, Berceanu Vaduva DM, Radulescu M, Bredicean AC, Mateescu DM, Toma AO, et al. Long COVID Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Biomedicines. déc 2025;13(12):2859.

10. Coste J, Delpierre C, Richard JB, Alleaume C, Gallay A, Tebeka S, et al. Prevalence of long COVID in the general adult population according to different definitions and sociodemographic and infection characteristics. A nationwide random sampling survey in France in autumn 2022. Clin Microbiol Infect. juill 2024;30(7):924-9.

11. Pastorello A, Meyer L, Coste J, Davisse-Paturet C, de Lamballerie X, Melchior M, et al. Temporal changes in the risk of six-month post-COVID symptoms: a national population-based cohort study. Am J Epidemiol. 1 janv 2025;194(1):162-71.

12. Long COVID trajectories in the prospectively followed RECOVER-Adult US cohort | Nature Communications [Internet]. [cité 5 oct 2026]. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/s41467-025-65239-4#Fig3

13. SPF. Enquête « COVID long - Affection post-COVID-19, France métropolitaine », septembre-novembre 2022, premiers résultats [Internet]. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/enquete-covid-long-affection-post-covid-19-france-metropolitaine-septembre-novembre-2022-premiers-resultats

14. Coste J, Delpierre C, Richard JB, Alleaume C, Gallay A, Tebeka S, et al. Prevalence of long COVID in the general adult population according to different definitions and sociodemographic and infection characteristics. A nationwide random sampling survey in France in autumn 2022. Clinical Microbiology and Infection. 1 juill 2024;30(7):924-9.

15. Jia X, Wang J, Cui X, Li T, Tian Y, Lu R, et al. Trends in long COVID among US adults, 2022–2024. Front Public Health. 13 sept 2026;14:1809635.

Références

16. Meza-Torres B, Delanerolle G, Okusi C, Mayer N, Anand S, McCartney J, et al. Differences in clinical presentation with long covid following community and hospital infection, and associations with all-cause mortality: English sentinel network database study (Preprint) [Internet]. JMIR Public Health and Surveillance; 2022 [cité 4 sept 2026]. Disponible sur: http://preprints.jmir.org/preprint/37668 doi:10.2196/preprints.37668

17. Greenhalgh T, Sivan M, Perlowski A, Nikolich JŽ. Long COVID: a clinical update. The Lancet. 17 août 2024;404(10453):707-24.

18. Tsampasian V, Elghazaly H, Chattopadhyay R, Debski M, Naing TKP, Garg P, et al. Risk Factors Associated With Post–COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 1 juin 2023;183(6):566-80.

19. Eligulashvili A, Darrell M, Gordon M, Jerome W, Fiori KP, Congdon S, et al. Patients with unmet social needs are at higher risks of developing severe long COVID-19 symptoms and neuropsychiatric sequela. Sci Rep. 2 avr 2024;14(1):7743.

20. Halas RG, Berceanu Vaduva DM, Radulescu M, Bredicean AC, Mateescu DM, Toma AO, et al. Long COVID Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Biomedicines. déc 2025;13(12):2859.

21. Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021. JAMA. 25 oct 2022;328(16):1604-15.

22. Fischer A, Zhang L, Elbéji A, Wilmes P, Snoeck CJ, Larché J, et al. Trajectories of persisting Covid- 19 symptoms up to 24 months after acute infection: findings from the Predi-Covid cohort study. BMC Infect Dis. 25 avr 2025;25:603.

23. Trajectory, healthcare utilisation and recovery in 3590 individuals with long covid: a 4-year prospective cohort analysis | BMJ Open [Internet]. [cité 5 oct 2026]. Disponible sur: https://bmjopen.bmj.com/content/16/1/e103884.long#DC1

24. Salmon D, Slama D, Linard F, Dumesges N, Baut VL, Hakim F, et al. Patients with Long COVID continue to experience significant symptoms at 12 months and factors associated with improvement: A prospective cohort study in France (PERSICOR). International Journal of Infectious Diseases. 1 mars 2024;140:9-16.

25. Toepfner N, Brinkmann F, Augustin S, Stojanov S, Behrends U. Long COVID in pediatrics—epidemiology, diagnosis, and management. Eur J Pediatr. 1 avr 2024;183(4):1543-53.

26. Peluso MJ, Deeks SG. Mechanisms of long COVID and the path toward therapeutics. Cell. 3 oct 2024;187(20):5500-29.

27. COVID long : résultats de l'étude COPER [Internet]. [cité 21 sept 2026]. Disponible sur: https://anrs.fr/actualites/actualites/covid-long-etude-coper/

28. Ranque B, Cogan E. Internal medicine at the crossroads of long COVID diagnosis and management. Front Med (Lausanne). 2 mai 2025;12:1521472.

29. Brennan A, Broughan J, McCombe G, Brennan J, Collins C, Fawsitt R, et al. Enhancing the management of long COVID in general practice: a scoping review. BJGP Open. 1 sept 2022;6(3).

30. Zheng C et al.Effect of Physical Exercise–Based Rehabilitation on Long COVID: A Systematic Review and Meta-analysis. Med Sci Sports Exerc. janvier 2024; 56(1):p 143-154.

Références

31. Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E, Peters S, Brunton L, Miller E, et al. Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post–COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 19 sept 2023;6(9):e2333838.

32. Zeraatkar D, Ling M, Kirsh S, Jassal T, Shahab M, Movahed H, et al. Interventions for the management of long covid (post-covid condition): living systematic review. BMJ. 27 nov 2024;387:e081318.

33. Kuut TA, Müller F, Csorba I, Braamse A, Aldenkamp A, Appelman B, et al. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy Targeting Severe Fatigue Following Coronavirus Disease 2019: Results of a Randomized Controlled Trial. Clin Infect Dis. 1 sept 2023;77(5):687-95.

34. Huth D, Bräscher AK, Tholl S, Fiess J, Birke G, Herrmann C, et al. Cognitive-behavioral therapy for patients with post-COVID-19 condition (CBT-PCC): a feasibility trial. Psychological Medicine. avr 2024;54(6):1122-32.

35. Frisk B, Jürgensen M, Espehaug B, Søfteland E, Kvale G. Sustained improvements in sick leave, fatigue and functional status following a concentrated micro-choice based treatment for patients with long COVID: A 1 year prospective uncontrolled study. Journal of Psychosomatic Research. 1 févr 2025;189:112023.

36. Nerli TF, Selvakumar J, Cvejic E, Heier I, Pedersen M, Johnsen TL, et al. Brief Outpatient Rehabilitation Program for Post–COVID-19 Condition: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 19 déc 2024;7(12):e2450744.

37. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. Social Science & Medicine. 1 janv 2021;268:113426. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113426

38. Kaplan K, Mendenhall E. Framing Long Covid through Patient activism in the United States: Patient, Provider, Academic, and Policymaker Views. Social Science & Medicine. 1 juin 2024;350:116901.

39. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 sept 2026]. Covid-19 : structurer le parcours de soins de l'adulte présentant des symptômes prolongés (« Covid long »). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3515364/fr/covid-19-structurer-le-parcours-de-soins-de-l-adulte-presentant-des-symptomes-prolonges-covid-long

40. Azzolini E, Levi R, Sarti R, Pozzi C, Mollura M, Mantovani A, et al. Association Between BNT162b2 Vaccination and Long COVID After Infections Not Requiring Hospitalization in Health Care Workers. JAMA. 16 août 2022;328(7):676-8.

41. Al-Aly Z, Bowe B, Xie Y. Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. Nat Med. juill 2022;28(7):1461-7.

42. Català M, Mercadé-Besora N, Kolde R, Trinh NTH, Roel E, Burn E, et al. The effectiveness of COVID-19 vaccines to prevent long COVID symptoms: staggered cohort study of data from the UK, Spain, and Estonia. The Lancet Respiratory Medicine. 1 mars 2024;12(3):225-36.

43. Malden DE, Liu ILA, Qian L, Sy LS, Lewin BJ, Asamura DT, et al. Post-COVID conditions following COVID-19 vaccination: a retrospective matched cohort study of patients with SARS-CoV-2 infection. Nat Commun. 22 mai 2024;15(1):4101.

44. Marra AR, Kobayashi T, Callado GY, Pardo I, Gutfreund MC, Hsieh MK, et al. The effectiveness of COVID-19 vaccine in the prevention of post-COVID conditions: a systematic literature review and meta-analysis of the latest research. Antimicrob Steward Healthc Epidemiol. 13 oct 2023;3(1):e168.

45. Richard SA, Pollett SD, Fries AC, Berjohn CM, Maves RC, Lalani T, et al. Persistent COVID-19 Symptoms at 6 Months After Onset and the Role of Vaccination Before or After SARS-CoV-2 Infection. JAMA Netw Open. 18 janv 2023;6(1):e2251360.

Références

46. Manu P. Therapeutic Vaccination Is the Most Promising Intervention for Long COVID. Am J Ther. juillet/août 2023;30(4):p e372-e373.

47. Gao P, Liu J, Liu M. Effect of COVID-19 Vaccines on Reducing the Risk of Long COVID in the Real World: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. janv 2022;19(19):12422.

Sentinelles

RÉSEAU SENTINELLES : UNE COLLABORATION ENTRE MÉDECINS ET CHERCHEURS.

Le réseau Sentinelles (Inserm - Sorbonne Université), partenaire de Santé publique France, est un **réseau de surveillance et de recherche en soins primaires**, qui s'appuie sur la participation volontaire de 1 300 médecins (médecins généralistes et pédiatres).

Il assure la **surveillance épidémiologique de neuf indicateurs** : infections respiratoires aiguës, diarrhées aiguës, varicelle, zona, coqueluche, oreillons, IST bactériennes, borréliose de Lyme, et actes suicidaires.

En région Centre-Val de Loire, **l'URPS-ML a noué un partenariat avec le réseau Sentinelles** proposant ainsi aux médecins des lettres scientifiques sur des actualités épidémiologiques et des indicateurs propres à notre territoire.

Le réseau recherche actuellement de nouveaux médecins afin de renforcer sa couverture en Centre-Val de Loire. **Vous aussi, devenez médecin Sentinelles !**

Devenir Médecin Sentinelles



ÊTRE MÉDECIN SENTINELLES, C'EST CONSACRER QUELQUES MINUTES PAR SEMAINE À DÉCLARER LES CAS VUS LORS DE VOS CONSULTATIONS POUR LES INDICATEURS SUIVIS.

En devenant médecin Sentinelles, vous recevez :

- **un bulletin épidémiologique hebdomadaire** sur la situation des infections respiratoires aigües, des diarrhées aiguës et de la varicelle, accompagné du résumé d'un article scientifique récemment publié et utile à votre pratique
- **une lettre mensuelle** avec un dossier sur une thématique de médecine générale, de pédiatrie ou de santé publique
- **un bilan d'activité annuel** (et sa plaquette de synthèse) qui présente les résultats de l'ensemble des indicateurs suivis durant l'année, ainsi que ceux des travaux de recherche effectués,
- **des invitations** à des webinaires ou des journées scientifiques

Vous pouvez également échanger avec vos consœurs et confrères Sentinelles sur **un forum dédié** !