

# Motion Daniel Bürgin no1 - Demande de création d'un document d'outils juridiques et de soins

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Objectif général de la Motion</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Détails de la Motion</b> .....	<b>1</b>
2.1	But détaillé .....	1
2.2	Destinataires du résultat de cette motion .....	2
2.3	Organisation du document d'outils.....	3
2.4	Proposition de document d'outils d'aide juridique et de soins .....	3
2.5	Décision du contenu du document d'outils .....	3
<b>3</b>	<b>Développement de la Motion</b> .....	<b>4</b>

## 1 Objectif général de la Motion

Cette Motion à l'attention de l'Assemblée Générale, de la part du membre Daniel Bürgin de l'association Covid Long Suisse, demande la chose suivante :

- Création d'un document d'outils et d'aides multiples sur le plan juridique et aides générales pour favoriser des Décisions d'acceptation des diverses instances d'aides sociales, et favoriser les recours ou défendre les droits des patients Covid long dans leurs démarches juridiques ou de justification d'atteinte à la santé.
- Puis, mise à disposition de ce document uniquement aux membres de l'association par courrier ou courriel, et pas sur Internet, comme ressource complémentaire réservée aux membres. Ceci permet d'éviter la divulgation des techniques et conseils à tout va, y compris aux opposants, et également de fournir un attrait complémentaire de nouveaux membres et de privilège pour les membres de l'association.

## 2 Détails de la Motion

### 2.1 But détaillé

Le document d'outils d'aide juridique et de soins a pour but de donner les meilleurs conseils connus aux patients Covid long, afin de réussir dans leurs démarches de Demandes aux instances sociales des rentes et prises en charge de leurs frais de santé.

Il a également pour but de donner toutes les informations nécessaires concernant les astuces et les techniques employées par certains médecins, hôpitaux ou assurances pour réduire à néant toute demande réalisée par les patients Covid long.

Il y a en effet en général une panoplie d'outils utilisés par ces instances à l'encontre des patients Covid long, que ce soit par incompetence ou par volonté de nuire, mais dans tous les cas qui finissent par nuire terriblement aux patients Covid long, ne recevant pas leur rente ou leur prise en charge des soins.

Il s'agit donc d'une forme de recueil de conseils et d'astuces à vérifier impérativement à chaque étape que le patient Covid long franchit, afin d'éviter au maximum possible tout piège, toute astuce, tout moyen de rendre caduque sa demande de prestation sociale ou de soins.

Ceci concerne surtout les aspects juridiques et médicaux :

1. L'aspect juridique, car c'est ici dans la pratique que se joue toute la demande aux instances sociales, et surtout lors des recours dans le cas où la demande a été refusée (ce qui est en général très fréquent).
2. L'aspect médical, car ce n'est qu'avec un bon dossier et bon diagnostic médical que toute demande de prise en charge sociale, de rente ou de frais de soins, et donc impliquant l'aspect juridique, peut avoir du succès.

La partie médicale est d'autant plus importante, car si le diagnostic est réfuté ou falsifié, ceci portera préjudice au patient Covid long sur la totalité de son suivi: Tant sur le plan financier que de ses soins et prise en charge médicale par son médecin traitant, soignants ou accompagnants. Un faux diagnostic va inévitablement poser de gros problèmes familiaux, car la famille s'opposera potentiellement en chœur contre le patient covid long, en se plaçant du côté des médecins ayant créé le faux diagnostic, ne comprenant pas qu'un médecin puisse se tromper, ou souhaiter falsifier volontairement un diagnostic médical à l'avantage des assurances.

## **2.2 Destinataires du résultat de cette motion**

Les destinataires de ce qui pourra être produit grâce à ce document sont:

Toute instance devant normalement fournir des prestations ou prises en charges de la maladie du Covid long, et les médecins, intervenants, OSAD et tout le système de soins devant gérer le patient Covid long.

Il y a par exemple :

Au niveau des prestations sociales: Assurances maladies, Rente AI de l'Office AI, Rente API de l'Office AI, Contribution d'Assistance AI (CDA), aide sociale (RI), Prestations Complémentaires Remboursement de Frais Médicaux (PC RFM).

Au niveau des soins: Médecins généralistes, médecins spécialistes Covid long, médecins spécialistes d'autres domaines, infirmiers, Organisations de Soins A Domicile (OSAD), physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux.

Au niveau du juridique: Les tribunaux lors des recours contre Décisions contraires des instances sociales, les tribunaux lors de défense contre médecins, le médecin cantonal lors de dénonciation de médecins ou intervenants, le ministère public lors de dénonciation de médecins ou intervenants, la police lors d'enquêtes, experts lors d'expertises médicales, les instances de médiation des autorités, toute instance dénonciation des autorités, les avocats.

### **2.3 Organisation du document d'outils**

Le document d'outils devrait contenir au moins ces sections distinctes d'aides avec tous les détails :

- Application des outils médicaux et de diagnostic du Covid long
- Conseils d'applications juridiques

### **2.4 Proposition de document d'outils d'aide juridique et de soins**

Une proposition de ce document d'outils et aide juridique et de soins est faite par Daniel Bürgin et jointe à la Motion, et devrait pouvoir être mise à jour régulièrement avec toutes informations nouvelles pouvant être utiles pour les patients Covid long.

Par manque de temps avant la date limite de dépôt de la Motion, seule une première version très succincte du document est proposée et jointe avec la Motion, mais de nouvelles versions pourront apparaître au fil du temps, et tout au moins une 2<sup>e</sup> version un peu plus complète lors de l'AG de juin 2026, et des versions ultérieures mises à jour continues selon les informations de Daniel Bürgin ou d'autres membres.

### **2.5 Décision du contenu du document d'outils**

Le contenu du document d'outils pourra être validé par le Conseil d'Administration dans sa version officielle.

Néanmoins, afin de ne pas brider les conseils pouvant malgré tout être utiles à tous, les arguments et conseils de Daniel Bürgin, ainsi que les conseils d'autres membres, refusés dans le document devraient usuellement rester publics sur le site internet de l'association, sauf indication vraiment contraire par le Conseil d'Administration, et ceci mis à jour chaque 1-2 mois par le Conseil d'Administration sur le site.

Une page web avec ces conseils complets d'autres membres devra être mise en place, et reflétant les nouvelles versions des documents des arguments refusés de chaque membre, qui pourra rester anonyme si souhaité.

Ceci permet une bonne transparence, quand bien-même le Conseil d'Administration devait estimer que tel ou tel argument serait inutile.

La page pourra indiquer que les arguments fournis ne sont pas recommandés ou reconnus comme utiles par le Conseil d'Administration, et raison pour laquelle ils ne figurent pas dans le document, mais la liste en est donnée de manière détaillée et complète malgré tout.

La page devra contenir une explication complète indiquant que ces arguments ne sont donc pas les conseils fournis par l'association, mais uniquement ceux qui n'ont pas été acceptés, qui peuvent donc rester utiles et permettent une transparence maximale.

Il faudra expliquer également que le vrai document d'outils juridiques et de soins réellement utile est disponible uniquement aux membres de l'association (envoyé par e-mail simplement et sans autre contrôle, mais avec copyright exigeant la permission à l'association avant publication).

### **3 Développement de la Motion**

Suite à de nombreux blocages rencontrés par Daniel Bürgin concernant ses demandes de prises en charges par les assurances sociales de ses soins et aides concernant le handicap provoqué par son Covid long, plusieurs éléments ont pu ressortir qui semblent triviaux afin de pouvoir réaliser des demandes de la meilleure manière possible aux diverses instances sociales.

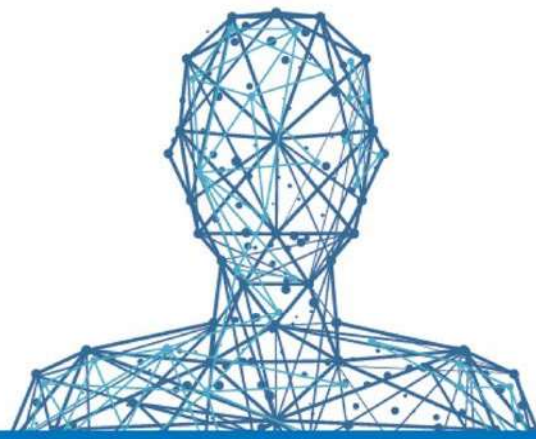
Ces choses ont été appliquées dans les cas concrets, et certains de ces outils ont déjà permis d'obtenir des résultats réels positifs.

Le souhait de Daniel Bürgin est donc de faire profiter de ce savoir aux membres de l'association Covid Long Suisse, afin de pouvoir les utiliser à leur propre avantage et pouvoir défendre leurs droits au mieux possible.

Vu le nombre de pièges rencontrés, Daniel Bürgin a le sentiment qu'un tel document d'outils est extrêmement utile et même primordial pour tout patient Covid long dans ses démarches, afin d'éviter tout piège qu'il pourra rencontrer tant au niveau médical que des aides sociales, et qui sont usuellement toujours pareils, bien que très nombreux.

Lausanne, le 23.5.2026

Daniel Bürgin

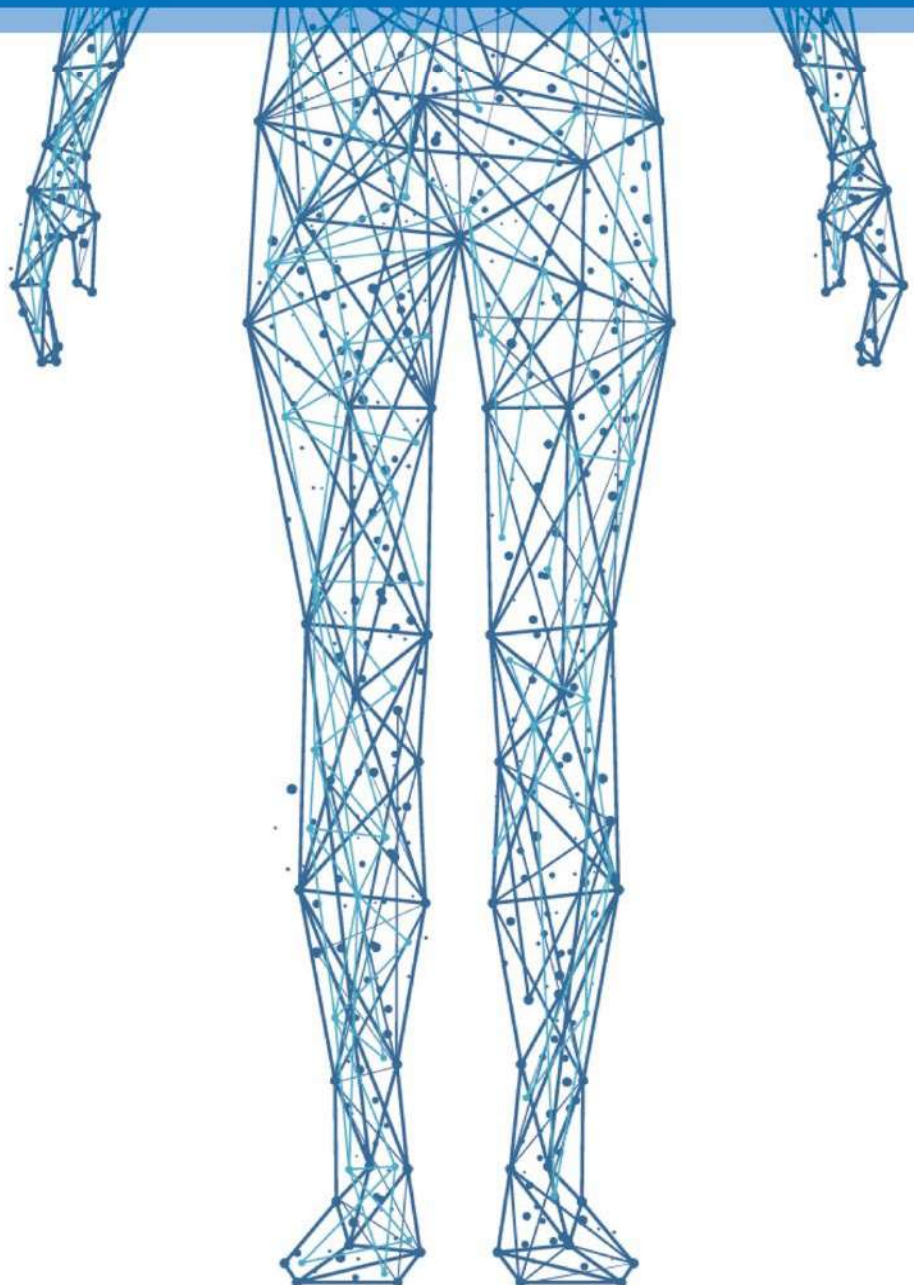


# Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi

6 octobre 2021



Organisation  
mondiale de la Santé



# 1. Recherche en contexte

## 1.1 Données scientifiques préalables à cette étude

La plupart des patients qui ont contracté la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) se rétablissent complètement, mais certains souffrent d'effets à long terme touchant plusieurs systèmes de l'organisme, notamment les systèmes pulmonaire, cardiovasculaire et nerveux, ainsi que d'effets psychologiques. Ces effets semblent se produire indépendamment de la gravité initiale de l'infection, mais ils sont plus fréquents chez les femmes, les personnes d'âge moyen et celles qui présentent davantage de symptômes au départ. L'absence d'une terminologie unifiée et d'une définition de cas clinique a été signalée à plusieurs reprises comme constituant un obstacle à l'avancement de la recherche et de la prise en charge de ces patients.

## 1.2 Valeur ajoutée de cette étude

La méthode Delphi à deux tours utilisée dans cette étude a permis d'identifier les domaines et les variables à inclure dans une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19, répertoriée ainsi dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS, sous le code CIM-10 U09. Des patients, des cliniciens, des chercheurs et d'autres personnes, représentant toutes les Régions de l'OMS, leur ont attribué des scores. Une définition de cas clinique a été élaborée, puis étendue en incluant les domaines qui atteignaient les seuils prédéfinis et les valeurs qui atteignaient les seuils de signification. La formulation a été élaguée dans le cadre d'un processus itératif avec un petit groupe de patients et de patients-chercheurs. Les personnes qui ont contribué à l'évaluation des résultats Delphi ont soumis des formulaires de déclaration de conflits d'intérêts qui ont été examinés et gérés par l'unité technique de l'OMS. Aucun conflit d'intérêts n'a été identifié. Une définition de 88 mots et comprenant 12 domaines a été identifiée.

L'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant **des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic**. Les symptômes courants comprennent **la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif** mais aussi d'autres symptômes (voir le **Tableau 3** et l'**annexe 2**) qui ont généralement un **impact sur le fonctionnement quotidien**. Les symptômes peuvent être **d'apparition nouvelle** après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aiguë, ou **persister** depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également **fluctuer** ou **récidiver** au fil du temps. Une définition distincte peut être applicable aux enfants.

## 1.3 Implications de toutes les données scientifiques disponibles

Nous présentons ici une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 basée sur les données scientifiques existantes évaluées objectivement au moyen d'une méthodologie robuste et de seuils statistiques prédéterminés. **Cette définition est une première étape, nécessaire, pour optimiser la reconnaissance et la prise en charge des personnes souffrant d'affection post-COVID-19 dans la communauté et dans les établissements de santé, en attendant les résultats des**

recherches en cours qui explorent l'utilisation des dossiers médicaux électroniques d'échantillons représentatifs de patients identifiés dans le cadre des soins primaires associés à la prise en charge hospitalière, avec des groupes de comparaison constitués de personnes complètement rétablies après une infection aiguë. Compte tenu des nombreuses inconnues entourant l'histoire naturelle et la guérison / les séquelles de la COVID-19, une discussion plus approfondie et un consensus sur une définition devraient aider la recherche et la prise en charge de ces patients à l'avenir.

## 2. Introduction

En août 2021, plus de 210 millions de cas confirmés de COVID-19 et plus de 4,4 millions de décès avaient été signalés à l'OMS (1), mais les estimations dépassent largement ces chiffres (2). Toutefois, l'histoire naturelle, l'évolution clinique et les conséquences de cette nouvelle maladie ne sont pas encore complètement comprises (3).

La plupart des patients atteints de COVID-19 retrouvent leur état de santé initial après une infection aiguë par le SARS-CoV-2, mais une partie d'entre eux signalent des problèmes de santé persistants. On ne sait toujours pas combien de personnes souffrent de séquelles à long terme après une COVID-19 aiguë, mais les rapports publiés indiquent qu'environ 10 % à 20 % des patients atteints de COVID-19 présentent des symptômes persistants pendant des semaines ou des mois après une infection aiguë par le SARS-CoV-2 (4).

Plusieurs organisations et sociétés ont proposé des définitions fondées sur la constellation des symptômes que l'on retrouve chez des personnes après une infection aiguë par le SARS-CoV-2 (annexe 1). En septembre 2020, et en réponse aux demandes des États Membres, l'unité Classification et terminologie de l'OMS a créé les codes CIM-10 et CIM-11 pour l'« affection post-COVID-19 » (5). Toutefois, il reste nécessaire de standardiser cette nomenclature et la définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 afin de faciliter le débat mondial et de rationaliser les méthodes de recherche, les stratégies de prise en charge et les politiques. L'objectif de cette étude est de déterminer les domaines et les variables à inclure dans une définition de cas clinique standardisée pour l'affection post-COVID-19.

## 3. Méthodes

### 3.1 Conception de l'étude

Le protocole de recherche est disponible en prépublication ailleurs (6). Cette étude est un exercice prospectif de recherche de consensus Delphi, et une enquête itérative mixte menée auprès d'experts internes et externes, de patients et d'autres parties prenantes. La méthode Delphi est une technique structurée de communication élaborée à l'origine comme une méthode de prévision systématique et interactive qui s'appuie sur un groupe d'experts (7,8). La méthode Delphi a été largement utilisée pour la recherche et présente certains avantages par rapport à d'autres approches de prévision structurées (9,10).

### 3.2 Participants à l'étude

Les principaux utilisateurs d'une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 seront les patients, les proches et les aidants, les cliniciens, les chercheurs, les groupes chargés de formuler des préconisations, les décideurs politiques, les assurances maladie et invalidité et les médias. Nous avons donc cherché à obtenir une représentation diversifiée des participants,

4	1	Quelle est l'importance de « <u>l'inclusion d'une durée minimale des symptômes parmi celles proposées ci-dessous</u> » dans la définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 ?			
		• Au moins 2 semaines	243	44	31
		• Au moins 4 semaines	239	21	41
		• Au moins 6 semaines	235	23	47
		• Au moins 8 semaines	235	23	52
	2	Quelle est l'importance de « <u>l'inclusion d'une durée minimale des symptômes parmi celles proposées ci-dessous</u> » dans la définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 ?			
		• Au moins 0,5 mois (2 semaines)	184	38	28
		• Au moins 1 mois (4 semaines)	184	17	42
		• Au moins 1,5 mois (6 semaines)	183	20	42
		• Au moins 2 mois (8 semaines)	183	17	47
		• Au moins 3 mois	178	23	40
		• Au moins 6 mois	177	37	32
		• Pas de durée minimale	171	47	27
5	1	Quelle est l'importance de « <u>chacun des symptômes ci-dessous</u> » dans la définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 ?			
		Acouphènes et autres problèmes d'audition	226	13	45
		Allergies nouvelles	222	32	27
		Altération de l'odorat/du goût	232	9	57
		Anxiété	230	16	49
		Céphalées	226	8	56
		Dépression	232	13	50
		Douleurs abdominales	221	27	27
		Douleurs articulaires	231	8	52
		Douleurs thoraciques	230	7	55
		Douleurs/spasmes musculaires	231	5	64
		Dysfonctionnement cognitif/brouillard cérébral	234	3	74
		Essoufflement	232	3	78
		Étourdissements	230	8	47
		Fatigue	234	2	78
		Fièvre intermittente	229	14	46
		Malaise après l'effort	231	2	67
		Névralgies	225	9	49
		Problèmes de menstruation et de règles	210	32	24
		Problèmes gastro-intestinaux (diarrhée, constipation, reflux acide)	226	17	33
		Sensations de piqûres d'épingles et d'aiguilles	227	15	39
		Tachycardie/palpitations	230	8	60
		Toux	232	8	63
		Troubles de la mémoire	230	6	65
		Troubles du sommeil	231	6	62
		Vision trouble	225	17	38

## Détermination générale d'atteinte au covid long

Ce document est un essai permettant de déterminer si une personne est atteinte au covid long ou pas. Il devrait provenir de médecins mais ceci faisant plutôt défaut sur ce plan, je le réalise donc moi-même comme indication générale, mais basé sur des sources médicales, et serait à valider encore par des médecins. Néanmoins il semble tomber sous la logique et le lecteur pourra se faire sa propre opinion sur la validité de cet essai, étant donné qu'il n'est qu'une dissertation d'une détermination médicale claire d'atteinte au covid long provenant de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

La détermination d'atteinte doit être réalisée par un médecin mais peut être également réalisée par du personnel paramédical pour autant que les informations médicales demandées ici leur soit accessible concernant le patient, et aussi que la condition no 4 de ce document (élimination des autres diagnostics) soit réalisée par un médecin de manière sérieuse et accessible par des rapports écrits.

*Clause de non-responsabilité: Ce document est disponible à titre d'information uniquement et d'aide à la compréhension de la situation de covid long. L'interprétation ne doit pas être réalisée sans la validation d'un médecin afin de certifier l'atteinte et que la détermination a été réalisée correctement. Toute utilisation de ce document n'est qu'au risque des seuls utilisateurs, il n'engage que ceux qui en font l'utilisation et aucune responsabilité juridique ou morale ne peut être attribuée à son auteur sous une quelconque forme que ce soit.*

De manière générale, la maladie du covid long n'a jamais pu être diagnostiquée à ce jour par une imagerie quelconque ayant été réalisée par les médecins du monde entier, mais la nécessité de déterminer si une personne est atteinte au covid long reste extrêmement nécessaire et importante, tel que le rapporte l'OMS dans son document du 6.10.2021 référé plus loin, en page 1: "Cette définition est une première étape, nécessaire, pour optimiser la reconnaissance et la prise en charge des personnes souffrant d'affection post-COVID-19 dans la communauté et dans les établissements de santé".

Fort de ce besoin et de ce constat d'impossibilité de détermination par imageries, l'OMS a décrété le 6.10.2021 une détermination d'atteinte au covid long, regroupant plusieurs définitions du monde entier basée sur des dizaines de milliers d'avis de médecins spécialisés et ayant pris en charge des malades du covid long de par le monde, qui leur a permis d'identifier leurs malades au covid long dans leur expérience pratique sur eux. Ceci dans le but de créer une définition commune et sûre de l'atteinte, pouvant être utilisée par les praticiens du monde entier pour savoir si leur patient est atteint ou non du covid long.

Cette définition d'atteinte au covid long par l'OMS, sujet de cette analyse, est décrite dans un document sur leur site internet (disponible publiquement par moteur de recherche) qui s'intitule "A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021" en anglais, qui est disponible ici:

[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

Le même document traduit en français par l'OMS s'intitule "Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi, 6 octobre 2021", qui est disponible ici:

[https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

Il se résume tout simplement par cette définition très courte mais pourtant très complète et précise si elle est bien appliquée:

***"L'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes (voir le Tableau 3 et l'annexe 2) qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien."***

Pour rappel, c'est donc le seul moyen actuellement disponible pour déterminer une atteinte au covid long, toute autre tentative de déterminer une atteinte par imageries ou d'autre moyens existants à ce jour ayant été prouvée inefficace, soit par analyses sanguines ou imageries de dernière technologie, et toute autre discipline possible et imaginable connue et tentée jusqu'ici (radios, scanners, IRM, PET-CT Scan, scintigraphie, etc...).

Il ne reste donc que celle-ci, mais elle est largement suffisante en soi en réalité, et nous allons voir pourquoi.

Déjà en premier lieu, s'il y a un essoufflement fort et des douleurs thoraciques subites après une atteinte prouvée au virus du SARS-CoV-2 (covid), c'est déjà largement suffisant pour un praticien de déterminer l'atteinte. On peut voir des gens alités et en souffrance thoracique juste après l'atteinte, et on sait très bien que c'est cela, sans même être un spécialiste, car aucune atteinte psychique n'aurait pu projeter ces personnes dans cet état, et les symptômes suivent exactement l'infection, le hasard peut donc être éliminé d'avec une autre maladie qui du reste ne peut même pas provoquer un tel état, ou alors que de manière exceptionnelle qui ne suscitait aucun intérêt avant le covid.

Néanmoins pour rester professionnel et médical, il s'agit donc d'appliquer cette définition et nous allons le faire dans ce qui suit, expliquant ce qu'il faut faire pour l'appliquer à un patient donné.

Il faut donc que la totalité des conditions suivantes soit présente pour valider l'atteinte au covid long. Sans cela, il ne pourra pas être déterminé avec certitude que le patient est bien atteint de covid long.

Il faut par contre disposer du dossier médical du patient pour réaliser cette atteinte de manière certaine. Néanmoins un praticien comme une infirmière, un physiothérapeute ou tout autre intervenant non-médecin peut malgré tout demander des rapports sur certains points si le patient est d'accord, les investigations ne sont pas forcément nécessaires car plusieurs conditions se vérifient déjà sans le dossier médical, ou par témoignages de personnel soignants impliqués dans le suivi du patient simplement.

Voici donc ces conditions à vérifier pour le patient, en application de la définition de l'OMS:

1. **Infection présente:** En premier lieu il s'agit donc de spécifier s'il y a eu atteinte au virus du covid chez le patient, donc une infection au SARS-CoV-2; "L'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2". Même s'il n'y en a pas, la définition reste valide car l'infection n'est pas toujours vérifiée au bon moment et il y a de nombreux faux-négatifs dans les tests PCR. Néanmoins une atteinte certifiée par test PCR ou sérologie, prise de sang ou autres est donc largement suffisante pour valider cette partie de définition. Si ce n'est pas vérifié pour le patient et pas assez clair, le médecin devra décider si l'atteinte a pu se produire par l'épidémiologie par exemple, donc l'étude des cas-contacts par les médecins cantonaux au début de l'épidémie par exemple. Sinon, analyser si l'infection eu possiblement lieu par témoignages, ou il pourra également s'aider d'une nouvelle sérologie pour en déterminer si des anticorps sont existants, ce qui validerait l'infection.
2. **Apparition dans les temps:** Il faut ensuite déterminer si les symptômes ressemblant au covid long que présente le patient sont survenus dans les 3 mois après l'infection: "...généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19". Si la date de l'infection n'est pas claire, une sérologie peut parfois aider à déterminer quand elle a eu lieu à quelques mois près afin d'aider à éliminer cette piste ou la confirmer.
3. **Durée minimale des symptômes respectée:** Ensuite il s'agit de déterminer si la durée des symptômes a duré au moins 2 mois: "...avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois". En effet, s'il y a moins de 2 mois de symptômes, il se peut que le problème soit transitoire et dû à autre chose comme une angoisse de la situation par exemple, du stress professionnel ou affectif, un problème psychique, bien que ceci ne dure jamais plus de 2-3 semaines surtout si cela est traité de manière médicamenteuse classique ou par repos forcé. Il peut aussi y avoir des problèmes transitoires qui n'ont pas pu être détectés par imageries mais n'impliquant pas forcément le covid long. Ceci est très peu probable mais pourrait faire l'objet de doutes à ce sujet, donc il est préférable d'éliminer toutes ces causes psychosomatiques ou transitoire dû à d'autres choses qui ne seraient pas en lien avec l'infection au virus. Mais cela pourrait se produire et il s'agit de rester sur une certitude absolue et non des suppositions dans cette détermination, ce qui laisse une marge d'erreur pour ces cas transitoires potentiels bien que très peu probables, d'où ce délai supplémentaire évitant également des revendications qui ne sauraient être suffisamment claires et possibles de déterminer avec certitude. Toutefois en général le symptôme de moins de 2 mois est très fréquemment un vrai covid long mais qui se résorbe et se guérit, il ne peut donc pas clairement être déterminé comme covid long puisqu'il était transitoire et terminé.
4. **Elimination des autres diagnostics:** Il faut ensuite vérifier la partie "... et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic." de la définition. Il s'agit donc d'examiner tout autre diagnostic possible pour ces symptômes. Ceci n'est pas forcément long mais cela comprendra en général une analyse la plus complète: En cas de symptômes d'essoufflements et douleurs thoraciques, il s'agira de vérifier l'existence d'une pneumonie ou embolie/infarctus pulmonaire, et également des problèmes cardiaques qui peuvent également provoquer des essoufflements ou

douleurs thoraciques. Ceci doit donc se faire par imagerie comme un scanner ou un IRM ou si possible les deux pour avoir une certitude à ce sujet, en plus des ECG, spirométrie, aussi par investigations rhumatologiques (prise de sang et analyse des maladies classiques connexes) et neurologiques si possible, et autres outils utiles dans ces déterminations d'atteintes connexes. Il est à noter que la spirométrie peut provoquer des douleurs ou essoufflements aux patients atteints de covid long et il n'est pas recommandé de forcer l'exercice s'il n'y arrive pas, ceci pouvant provoquer des aggravations irréversibles de l'état du patient, ni du reste d'autres exercices physiques ou de manipulations thoraciques ayant été prouvées parfois très mauvaises pour le patient par détérioration définitive supplémentaire de son état. Pour les questions d'atteinte d'ageusie et anosmie, ces recommandations ne sont pas valides. Si le patient devait présenter des complications sur ces plans par un diagnostic visible, précis et prouvé, alors il s'agit de soigner en premier lieu cette pathologie dans la mesure du possible, puis une fois ceci résorbé, refaire cette détermination d'atteinte au complet car cela pourrait démontrer une atteinte au covid long sous-jacente qui était là en parallèle au diagnostic trouvé hors covid long. Si aucun autre diagnostic n'a pu être déterminé, cette condition est donc également vérifiée pour l'atteinte au covid long.

5. **Correspondance des symptômes:** Il reste encore à savoir si les symptômes correspondent à la liste des symptômes définis pour le covid long par l'OMS dans ce même document de définition, pour couvrir la phrase "Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes (voir le Tableau 3 et l'annexe 2)".

En regardant cette annexe 2, c'est le "domaine 5" du même document dont il est question, nous trouvons donc la liste suivante de symptômes à prendre en compte qui y sont indiqués en tant que acceptation par "consensus" ou "accord partiel" du processus Delphi de au moins 55% "à inclure impérativement" donc définissant les symptômes les plus communs:

Altération de l'odorat/du goût	Dysfonctionnement cognitif/brouillard cérébral	Tachycardie/palpitations
Céphalées	Essoufflement	Toux
Douleurs thoraciques	Fatigue	Troubles de la mémoire
Douleurs/spasmes musculaires	Malaise après l'effort	Troubles du sommeil

Voici le reste des symptômes également reconnus comme valides par l'OMS mais définis comme moins de 55% de nécessité à reconnaître comme symptôme covid long (mais toujours en accord partiel du processus):

Acouphènes et autres problèmes d'audition	Douleurs articulaires	Problèmes gastro-intestinaux (diarrhée, constipation, reflux acide)
Allergies nouvelles	Etourdissement	Sensations de piqûres d'épingles et d'aiguilles
Anxiété	Fièvre intermittente	Vision trouble
Dépression	Névralgies	
Douleurs abdominales	Problèmes de menstruation et de règles	

Il faut noter par ailleurs qu'il y a d'autres définitions d'atteinte au covid long, définis par d'autres partie du monde ou d'hôpitaux puisque c'est d'une importance capitale pour la prise en charge correcte des patients, qui a été réalisée de par le monde la première année de la pandémie en 2020. Ils en ont listé 9 différentes dans leur rapport, déterminés valides, qui varient dans l'expression moins précisément, et qui du reste ont donné lieu à cette définition commune de l'OMS par mesure de simplification et d'uniformité de définition, qui sont les suivants:

Wellcome, The Lancet, NICE, Scientific American, The Royal Society, Haute Autorité de santé Française, CDC, Wikipedia, Nature.

La définition correspondante exacte est décrite dans l'Annexe 1 du même document de l'OMS pour référence. Nous voyons que toutes ces définitions et recherches indépendantes sont arrivées à des conclusions très proches de par le monde, et sans aucune concertation entre eux, ce qui donne une validité très forte de cette définition de l'OMS.

Pour poursuivre, la définition de l'OMS indique qu'il faut au moins un seul de ces symptômes listés ci-dessus qui persiste, il n'y a pas besoin d'en avoir plusieurs pour que la détermination soit valide.

Il faut donc procéder à la comparaison du ou des symptômes du patient à cette liste et déterminer si au moins un symptôme correspondant est présent, ce qui est la dernière condition à remplir.

Il est malgré tout à préciser qu'un symptôme important a été négligé par l'OMS, qui est celui de la difficulté à parler. En effet, de très nombreux rapports indiquent que de nombreux patients ont été affectés par des troubles pour parler, donc une dysphonie. Il n'est pas indiqué si cela est dû à des douleurs ou la raison exacte mais c'est un symptôme très répandu en cas de covid long, prouvé par de multiples études.

Il y a notamment cette étude du NIH Américain (Institut national de santé des USA) de patients d'Egypte qui note que 79% des atteints au covid ont eu des difficultés à parler (ce qui est énorme!):

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8552198/>

Une autre étude du même institut national de santé Américain officiel montre une prévalence de la dysphonie en Lombardie, Italie en 2020 à 43.7% des atteints au covid:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7955941/>

Et il y a une foule d'autres études et rapports sur le sujet démontrant une énorme prévalence de la dysphonie en due au covid long, en voici juste quelques-unes de plus:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269945/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9406942/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9169446/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8577307/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8498977/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8302831/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8240449/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8633909/>

Dans un tel contexte, malgré que l'OMS ait omis ce symptôme, il apparaît très probable qu'ils vont donc l'inclure dans leur prochaine version du document, puisqu'ils indiquent qu'ils vont le mettre à jour selon les données médicales qui leur parviennent au fur et à mesure.

Ainsi un tel symptôme semble donc tout à fait valide pour la détermination de l'atteinte au covid long à priori, ou dans tous les cas peut confirmer d'autant plus l'atteinte au covid long pour les patients qui en sont affectés.

6. **Impact sur le quotidien:** Il doit y avoir un impact sur le fonctionnement quotidien.

Le ou les symptômes dont le patient dispose doivent être suffisamment importants pour que cela lui pose une gêne et une limitation réelle dans sa vie du quotidien.

Si la personne ressent un certain essoufflement complémentaire mais seulement après 25 km de course à pied, par rapport à avant, cela ne pourra probablement pas être considéré comme un Covid long, car il pourra néanmoins effectuer tout son travail de manière normale, et l'impact est trop faible pour pouvoir affirmer que le patient dispose réellement d'un Covid long, car pas prouvable par l'exercice de marche de 6 minutes par exemple

Ainsi il s'agit maintenant de vérifier si la totalité de ces 6 conditions sont remplies (hormis point 1), et si c'est le cas nous pouvons donc maintenant affirmer que le patient est bel et bien atteint du covid long, et produire un certificat d'atteinte au covid long au patient qui lui sera extrêmement utile pour le bon suivi médical à donner. Ceci sera utile pour son suivi médical, ses demandes aux assurances, sa famille et ses amis afin de pouvoir leur expliquer ce dont il est atteint de manière claire et prouvé par cette définition, et afin d'offrir le meilleur suivi possible. Le mieux restant de demander aux spécialistes Covid long suivant le patient de fournir leur document d'application de ce document ou du document de détermination de l'OMS, mais le médecin traitant du patient peut entièrement le faire, puisqu'il est à même de réaliser les étapes 4 et 5 ci-dessus avec autorité médicale, ce qui est moins aisé pour les non-médecins.

Voici quelques témoignages à cet effet, qui sont évidemment très nombreux de partout dans le monde, mais permettent une compréhension rapide de l'ampleur des témoignages.

Concernant les témoignages d'atteintes au covid long générant des douleurs thoraciques et d'essoufflement, ce sont des symptômes des plus fréquents, et il y en a une foule qui se sont présentés avec ces symptômes. Il suffit de voir les hashtags suivants sur Twitter présentant des dizaines de milliers d'atteints: #apresJ20, #apresJ60, #apresJ90, #apresJ120, #apresJ180, #LongCovid (normalement anglais seulement), #covidlong (normalement en français), #postcovid . Voici rapidement ci-dessous un cas typique de femme atteinte au covid long, donnant son témoignage sur la RTS avec un besoin d'arrêt de 4h après avoir parlé quelques minutes, et dans un état proche du mien sauf que le mien est encore 3-4 fois pire (émission 36.9° de la RTS du 14.09.2022):

<https://www.rts.ch/play/tv/369/video/covid-long-amnesie--hypermnésie?urn=urn:rts:video:13376563>

Et d'autres témoignages ici qui montrent clairement le nombre d'atteintes au thorax et essoufflements par covid long:  
Emission sur France24: <https://www.youtube.com/watch?v=5zs6vcliUxI>  
Liste de témoignages youtube: <https://www.youtube.com/hashtag/covidlong>

Le Covid long n'a rien de psychique !

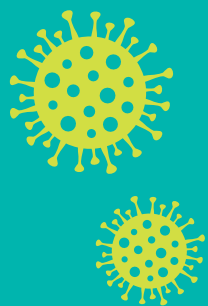
Il faut bien l'indiquer à votre médecin, et avec plusieurs preuves à l'appui, notamment vos valeurs cliniques mesurées de FC et de SPO2 et pression.

Mais également selon la mention de la Prof. Dominique Salmon-Céron, Cheffe du Groupe Covid long de la HAS (Haute Autorité de Santé) française, car c'est une très haute référence en la matière, et ce qu'elle a mentionné dans sa très bonne interview sur France Culture le 3 février 2025, disponible librement sur Youtube ici:

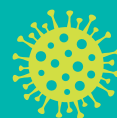
<https://www.youtube.com/watch?v=TCA2rHxHDFw>

Ce document devrait être très utile à tout médecin, hôpital, institution, administration, personnel paramédical, ou patient ayant besoin de définir si une personne est atteinte du covid long ou pas et réaliser son diagnostic officiel, si un doute devait se présenter, afin de le déterminer avec certitude et sans nul doute possible malgré que somatiquement rien n'est détectable chez lui, qui est justement le caractère du covid long. Ceci sera également utile pour la prise en charge correcte du patient.

Daniel Bürgin - Lausanne, le 23.05.2026



# Covid long et réadaptation



World  
PT Day  
2021

## Qu'est-ce que la réadaptation ?

La réadaptation est définie comme un ensemble d'interventions visant à optimiser le bon fonctionnement des activités quotidiennes, à aider les individus à se rétablir ou à s'adapter, à atteindre leur capacité maximale et à permettre la participation à l'éducation, au travail, aux loisirs et aux fonctions significatives de la vie.



Une réadaptation sûre et efficace est un élément fondamental du rétablissement.

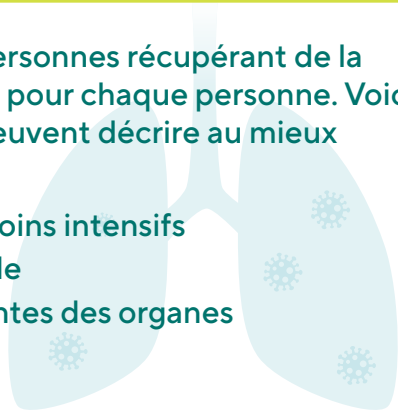


La rééducation pour le Covid long doit être adaptée à l'individu, en fonction de ses symptômes, de ses objectifs et de ses préférences.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande une rééducation du Covid long qui doit inclure l'éducation des personnes à la reprise des activités quotidiennes de manière prudente, à un rythme approprié, sûr et gérable quel que soit l'atteinte dans les limites des symptômes rencontrés, sans que les efforts mènent à la fatigue ou l'aggravation des symptômes.

La réhabilitation des personnes récupérant de la Covid-19 est différente pour chaque personne. Voici quelques termes qui peuvent décrire au mieux votre expérience :

- syndrome post-soins intensifs
- fatigue post-virale
- lésions permanentes des organes
- Covid long



Quels que soient les symptômes que vous présentez, votre kinésithérapeute vous traitera comme une personne particulière et cherchera à connaître la cause sous-jacente avant de commencer le traitement.

Pour aider à l'auto gestion des symptômes, la réadaptation peut :

- une adaptation du rythme d'activité
- la surveillance de la fréquence cardiaque

Afin de répondre au mieux à vos besoins, un kinésithérapeute travaillera avec d'autres professionnels de santé dans le cadre de votre évaluation et de votre programme de réadaptation. Différents tests peuvent être effectués pour comprendre et trouver la cause des symptômes, qui peuvent être :



essoufflement



sensation de faiblesse ou d'évanouissement



douleur thoracique



vertiges



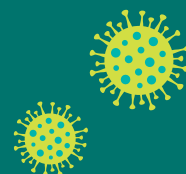
palpitations cardiaques



faible saturation en oxygène



fatigue



La prescription d'exercices dans le cadre de Covid long doit être abordée avec précaution afin de minimiser les risques et de s'assurer que les programmes d'exercices permettent la progression sans aggraver les symptômes de la personne. La réadaptation doit viser à prévenir la désaturation en oxygène à l'effort. Un kinésithérapeute spécialisé en thérapie respiratoire peut être utile en cas de signes d'hyperventilation et de troubles du rythme respiratoire. **La thérapie par exercices gradués ne doit pas être utilisée, en particulier en cas d'exacerbation des symptômes après l'effort.**



World  
Physiotherapy

[www.world.physio/wptday](http://www.world.physio/wptday)

Param. vitaux avant, si infirmier:	Param. vitaux après, si infirmier:
TA: ..... / ..... FC: ..... bpm	TA: ..... / ..... FC: ..... bpm
SPO2: ..... % EVA/10: .....	SPO2: ..... % EVA/10: .....

## Physiothérapie Pacing séance de Marche de Jean Dupont

Relevé des pics de chacune des oscillations de la FC

(Fréquence Cardiaque) après le type d'effort

Date de la séance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Jour / Mois / Année)

Heure début marche debout \*: \_\_\_\_\_ Heure fin exercice : \_\_\_\_\_

Physio présent:  M. physio de Organisation physio  
 Autre: \_\_\_\_\_

Relevé effectué par:  M. physio de Organisation physio  
 Autre; organisation / titre : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
M/Mme : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

SPO2 min (assis=gris): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Biffer ci-dessous les sections qui n'ont pas pu être réalisées avec indication "Impossible".

<b>Pics FC Assis:</b>	
FC moy. stabilisée (derniers pics): _____ Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC Debout *:</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 1 (10m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 2 (20m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 3 (30m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	

Param. vitaux avant, si infirmier:	Param. vitaux après, si infirmier:
TA: ..... / ..... FC: ..... bpm	TA: ..... / ..... FC: ..... bpm
SPO2: ..... % EVA/10: .....	SPO2: ..... % EVA/10: .....

## Physiothérapie Pacing séance de Marche de Jean Dupont

Relevé des pics de chacune des oscillations de la FC

(Fréquence Cardiaque) après le type d'effort

Date de la séance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Jour / Mois / Année)

Heure début marche debout \*: \_\_\_\_\_ Heure fin exercice : \_\_\_\_\_

Physio présent:  M. physio de Organisation physio  
 Autre: \_\_\_\_\_

Relevé effectué par:  M. physio de Organisation physio  
 Autre; organisation / titre : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
M/Mme : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

SPO2 min (assis=gris): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Biffer ci-dessous les sections qui n'ont pas pu être réalisées avec indication "Impossible".

<b>Pics FC Assis:</b>	
FC moy. stabilisée (derniers pics): _____ Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC Debout *:</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 1 (10m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 2 (20m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm Pic douleur / 10: _____	
<b>Pics FC set 3 (30m):</b>	
Limite Pacing: 93 bpm	

Pic douleur / 10:      | \_\_\_\_\_

# Document d'outils juridiques et de soins pour les patients Covid long

Version DBU / V1

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Objectif général du document .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Application des outils médicaux et de diagnostic du Covid long.....</b>	<b>2</b>
2.1	Moyens de diagnostiquer un Covid long.....	3
2.1.1	Application de la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS.....	3
2.1.2	Liste des symptômes selon WPTD 2021.....	7
2.1.3	Test de marche de 6 minutes .....	9
2.1.4	Haute tension artérielle .....	9
2.1.5	Relation douleurs-tension .....	10
2.1.6	Mesures cliniques en séance de physiothérapie avec Pacing .....	10
2.1.7	Faible SPO2.....	13
2.1.8	Rapports des intervenants .....	15
2.1.9	Eviter l'aspect psychique .....	16
2.1.10	Référence en matière de Covid long et atteinte physiologique .....	16
2.2	Mitigation en cas de désaccord avec le médecin sur le diagnostic .....	17
<b>3</b>	<b>Conseils d'applications juridiques .....</b>	<b>18</b>
3.1	Prise d'un avocat .....	18
3.2	Recours à la Cour des Assurances Sociales CAS .....	19
3.3	Procédure pour recours contre assurance maladie .....	20
3.4	Conseils généraux de stratégie juridique .....	22
3.5	Tactiques des assurances ou structures de soins .....	24
3.5.1	Importance du Formulaire OPAS.....	24
3.5.2	Tentative d'ignorer le Mandat médical par la structure de soins.....	25
3.5.3	Mention de l'assurance aux évaluateurs d'intégration de leur évaluation .....	26
3.5.4	Protection tarifaire .....	26
<b>4</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>28</b>

# 1 Objectif général du document

Le but de ce document est d'offrir des outils juridiques ainsi que pour les soins, à tout patient Covid long, afin de l'aider de manière efficace et effective dans toutes ses démarches de demandes d'aides sociales, rentes, et de défenses juridiques, ainsi que pour se défendre sur le plan médical.

Certains médecins ou intervenants, ou instances sociales et assurances peuvent parfois, de manière involontaire, par incompetence ou par souhait de réduction de coûts, réaliser des erreurs de diagnostics sur la maladie du Covid long pour le patient atteint.

Ceci peut se transformer en réel drame pour le patient Covid long, qui non-seulement ne se sentira pas compris puisqu'il ne l'est pas, mais en plus devant affronter une impossibilité financière de survie, voire de survie au niveau de ses limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de survivre autrement que par des soins apportés et financés par les instances refusant de le prendre en charge.

Des problèmes familiaux peuvent également s'ensuivre, par surcoûts générés auprès des familles devant le prendre en charge à la place des assurances qui auraient dû le faire, et créant des tensions puisque ces coûts peuvent être énormes.

Le document permet d'offrir des outils au patient, afin qu'il puisse se défendre au mieux, et au travers de son avocat s'il peut s'en offrir un également pour défendre ses droits, mais également afin de pouvoir justifier son atteinte au niveau médical.

Toutefois même sans avocat, des outils sont donnés au patient afin de défendre ses droits tout seul au mieux possible devant la justice ou devant les médecins, à faire valoir avec ou sans avocat.

## 2 Application des outils médicaux et de diagnostic du Covid long

La première chose la plus importante afin de faire valoir ses droits juridiques pour les rentes, aides sociales et assurances maladie, est de disposer du meilleur dossier médical possible, et du meilleur diagnostic médical possible.

En réalité, c'est ici le plus grand problème, car il suffit de tomber sur un médecin peu convaincu de l'existence du Covid long, et le diagnostic sera totalement erroné à la base.

L'implication d'une telle erreur de diagnostic - en comptant qu'elle soit effectivement erronée - sera absolument majeure contre le patient Covid long, tant sur le plan financier que sur le plan de sa santé, que sur le plan social (famille, amis, etc...).

Il s'agit donc que le diagnostic soit au plus juste possible.

Or beaucoup de médecins, soit des généralistes, ou même des spécialistes Covid long, ne connaissent pas les moyens de diagnostic d'un Covid long actuel en date de mai 2026, par incompetence, ignorance, refus de voir la vérité ou toute autre raison.

Si vous tombez sur un médecin, spécialiste Covid long ou non, ou un quelconque intervenant, qui vous dise "On ne peut pas diagnostiquer un Covid long aujourd'hui, donc ce qu'on doit faire c'est s'asseoir à table avec le patient, et puis discuter, et là il faut tenter de déterminer si le patient a le Covid long ou pas, c'est le seul moyen" :

Dans ce cas, fuyez au plus vite ce médecin et cherchez en un autre, car il n'y a rien de plus faux concernant l'état actuel des connaissances internationales officielles sur le Covid long !

En effet, il existe tout au contraire de cette affirmation une foule de moyens très officiels et très fiables de déterminer un Covid long, qui vous sont apportés ci-dessous.

De plus, beaucoup de pièges peuvent se présenter en tant que patient, et ils sont décrits afin que le patient puisse bien y faire attention et les éviter.

## 2.1 Moyens de diagnostiquer un Covid long

Certains médecins et spécialistes Covid long ou médecins généralistes sont tellement ignorants concernant le Covid long, par ignorance volontaire ou involontaire, qu'ils vont jusqu'à prétendre qu'il n'existe aucun moyen de diagnostiquer un Covid long à ce jour, et que le seul moyen est de s'asseoir avec le patient et de discuter, et de tenter de déterminer si c'est un covid long ou si c'est psychique.

Faites attention, car ceci est entièrement faux !

En effet, il existe plusieurs moyens de diagnostics, et il est important de bien les connaître, et ne pas vous fier entièrement de toute bonne foi à votre médecin s'il affirme que vous n'avez pas le Covid long, alors que cela vous semble évident selon vos connaissances et ce que vous vivez.

Ils sont décrits ci-dessous, et il y a au moins plus de 10 moyens de preuves de votre Covid long.

### 2.1.1 Application de la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS

Le premier et principal outil de diagnostic du Covid long est la Définition d'atteinte au Covid long éditée par l'OMS du 6.10.2021.

Ceci est un document clé, appelé "Une définition de cas clinique pour l'affection post-COVID-19 établie par un consensus Delphi", et rédigé par l'OMS, daté du 6.10.2021, et disponible à cette adresse internet suivante en français, allemand et anglais (**annexe 1** seulement pages principales):

Version française:

[https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

Version allemande:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d75d6c2d-63e3-408b-95bd-ed3866fecc89/content>

Version anglaise:

[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

Les pages principales sont la page de la Définition, qui tient sur 1-2 paragraphes et encadrée au chapitre 1.2 du document.

Elle est donc la suivante :

"L'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant **des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement 3 mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins 2 mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic.** Les symptômes courants comprennent **la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif** mais aussi d'autres symptômes (voir le **Tableau 3** et **l'annexe 2**) qui ont généralement un **impact sur le fonctionnement quotidien.** Les symptômes peuvent être **d'apparition nouvelle** après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aiguë, ou **persister** depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également **fluctuer** ou **récidiver** au fil du temps. Une définition distincte peut être applicable aux enfants."

Ainsi il y a plusieurs étapes à passer et à vérifier afin de pouvoir déterminer avec certitude par votre médecin spécialiste Covid long ou médecin traitant si vous avez un covid long ou pas.

Il vous faut exiger de votre médecin spécialiste en Covid long qu'il applique cette définition pour votre cas, et de manière détaillée.

C'est-à-dire, lui demander de réaliser un rapport médical d'application de cette Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS.

Le médecin devra donc explorer les étapes indiquées en détail et décrire sur le rapport d'application de la Définition quel est le statut pour vous très spécifiquement, et d'en déterminer ensuite le diagnostic correspondant.

Pour information, ce test donne une fiabilité de résultat d'environ 98% tout au moins, même si ce taux n'est pas officiel, mais il est bien plus fiable qu'un quelconque test PCR contre le Covid long qui pourrait apparaître prochainement, et qui restera comme les autres tests PCR autour des 60% de fiabilité seulement. Ceci signifie que vous aurez environ 50% de chances que le résultat de votre test PCR Covid long soit erroné, et ensuite TOUTE la chaîne financière, médicale et sociale s'écroule sous vos pieds. C'est pour cela que cette présente Définition sera toujours meilleure qu'un quelconque test PCR de Covid long, et qu'un tel test PCR représente en réalité vraiment un danger pour les patients Covid long, vu leur très bas taux de fiabilité, et comparé à cette Définition de l'OMS.

Comme décrit au chapitre 3.2 de la Définition d'atteinte de l'OMS, tout le monde peut appliquer cette Définition, et vous pouvez le faire vous-mêmes pour commencer, mais cela est aussi adressé aux cliniciens, c'est-à-dire aux médecins qui vous suivent notamment, et bien-entendu aux spécialistes Covid long, pour qui c'est approximativement le seul rôle de réaliser cela, hormis également vous proposer des traitements expérimentaux auxquels vous seriez ouvert.

Votre médecin spécialiste Covid long, ou médecin traitant, devra donc appliquer la suite des étapes décrites dans la Définition elle-même, qui sont les suivantes :

1. **Infection prouvée (uniquement optionnel)** : L'infection peut être prouvée par test PCR, par sérologie ou épidémiologie (traçage contacts), mais ceci n'est qu'optionnel, ce n'est PAS un requis. La raison est que souvent les tests PCR, n'étant fiables qu'à 60% en 2020 et 2021 en tout cas, pouvaient indiquer un test négatif, alors que le patient était réellement très infecté par le SARS-COV-II, et la sérologie le démontrait 3 mois plus tard en invalidant le test PCR erroné.  
Toutefois, si vous aviez une attestation d'atteinte par test PCR, par sérologie ou par suivi épidémiologique (mise en quarantaine par le médecin cantonal), cela appuie d'autant plus votre atteinte au Covid long, sinon la prouve presque déjà à ce stade sans besoin de continuer les étapes suivantes.
2. **Apparition dans les 3 mois après infection**: Vos symptômes Covid long doivent être apparus dans les 3 mois après l'infection supposée ou prouvée. Par exemple, si vous avez été dans un cluster en mars 2020, mais que vous avez développé des symptômes Covid long en septembre 2020, cette condition n'est pas remplie, et ceci va réduire les points pour cette étape, et donc réduire les chances de diagnostic de Covid long.
3. **Durée des symptômes de minimum 2 mois** : Une fois vos premiers symptômes Covid long apparus, ils doivent durer pendant au moins 2 mois. Il se peut donc que vous ayez directement le Covid long, mais médicalement il ne sera pas possible de vous diagnostiquer atteint au Covid long avec code "RA 02" de la classification des maladies CIM-11 de l'OMS, car il se peut qu'une autre raison explique ceci.  
Un exemple classique est la perte d'odorat, mais vous avez un rhume très long de 1 mois. Dans ce cas, il se peut que vous n'avez pas le Covid long mais un simple rhume, et que une fois que le rhume sera passé, vous retrouviez votre odorat.  
Un autre exemple est que si vous avez eu une très forte anxiété, soit au travail ou personnelle, elle vous ait généré une petite douleur thoracique. Or ces douleurs thoraciques générées par des questions psychiques ou de stress, disparaissent toujours après un maximum de 1 mois lors que mis au repos par votre médecin.  
Si après 2 mois vous disposez toujours de douleurs thoraciques forte, c'est une preuve que ce n'est pas du tout psychique, mais que vos douleurs au thorax sont bel et bien dues au Covid long.
4. **Pas d'autre explication médicale à vos symptômes**: Vos symptômes ne doivent pas pouvoir être expliqués par un autre diagnostic médical.  
Ceci signifie que toutes les autres pistes susceptibles de provoquer vos symptômes doivent être minutieusement étudiées et explorées par vos médecins, et éliminées ou confirmées.  
Lors de douleurs thoraciques par exemple, le médecin va en général devoir s'assurer que vous ne disposez pas de péricardite ou de myocardite au cœur, qui expliqueraient que vous avez des douleurs thoraciques mais à cause du cœur qui est douloureux.  
Même si vous sentez que le cœur n'est pas ce qui est douloureux pour vous, usuellement les médecins disent que la douleur se diffuse et qu'on ne sait pas, et il faut donc aller chez un cardiologue ou tout autre spécialiste qui expliquerait vos symptômes.

Le cardiologue doit pouvoir éliminer le fait que votre cœur pourrait provoquer des douleurs thoraciques.

Néanmoins le Covid long peut également provoquer une péricardite par exemple, et dans ce cas le problème a été trouvé mais cela reste un Covid long. Un traitement contre cela doit donc être donné dans ces cas, mais si cela persiste et ne se soigne pas malgré les traitements donnés, alors ceci valide le fait que c'est un Covid long et non pas autre chose, car la maladie supposée autre que le Covid long aurait dû se soigner avec ces traitements.

Une fois votre médecin ayant exploré toutes les pistes, il peut donc affirmer que vous ne disposez pas d'autre diagnostic qui explique vos douleurs thoraciques, et cette étape est remplie.

Les problèmes psychiques n'entrent de toute manière plus en question à ce stade, car aucun problème psychique ne peut dépasser 1-2 mois de durée de symptômes au thorax, or ces cas ne passent donc même pas l'étape 3 ci-dessus.

Par ailleurs la piste psychique a été totalement invalidée par la Prof. Dominique Salmon-Céron, cheffe du Groupe Covid long de la HAS française, affirmant que ceci était une fausse piste des années 2020 et 2021, et qu'aucun problème psychique ne provoque le Covid long ni ces symptômes plus de 2 mois, de manière absolument certaine.

#### 5. **Correspondance des symptômes :**

Vos symptômes doivent correspondre à la liste des symptômes données dans le document de Définition d'atteinte.

La liste complète est dans l'annexe 2 et domaine 5 du document de l'OMS, avec le pourcentage d'importance donnée par les plus grands spécialistes Covid long du monde entier, dans la colonne "Somme des scores 7 à 9 (%)", donc déterminées comme symptôme "à inclure impérativement" comme symptôme Covid long. Ils sont listés ci-dessous, avec leur pourcentage d'importance pour les principaux du plus important au moins important, qui sont à plus de 50%, avec parfois une description plus détaillée du symptôme :

1. Fatigue (78%): La fatigue de sommeil mais aussi la fatigue d'épuisement sans plus pouvoir bouger pour toutes raisons confondues
2. Essoufflement (78%)
3. Dysfonctionnement cognitif / brouillard cérébral (74%)
4. Malaise Post-Effort MPE (67%) : Appelé aussi Crash ou PESE en anglais, lorsqu'après un effort les douleurs thoraciques augmentent très fortement et ne permettent plus de bouger, et imposent un alitement de plusieurs minutes, heures, jours ou même un MPE irréversible (dégradation de santé définitive)
5. Douleurs/spasmes musculaires (64%)
6. Troubles de la mémoire (65%)
7. Toux (63%)
8. Troubles du sommeil (62%)
9. Tachycardie/palpitations (60%) : Ceci est une augmentation subite de la fréquence cardiaque, après un mouvement ou trop de marche usuellement, et qui reste longtemps anormalement élevé, en étant usuellement lié aux MPE. Cela peut s'observer facilement avec un saturomètre en regardant la FC en battements par minute (bpm).
10. Altération de l'odorat/du goût (57%)
11. Céphalées (56%) : Des maux de têtes fréquents
12. Douleurs thoraciques (55%)

13. Douleurs articulaires (52%)

14. Dépression (50%) : La dépression est une conséquence possible du Covid long et non pas un symptôme remplaçant le Covid long.

Plus la personne dispose d'un grand nombre de ces symptômes ci-dessus, plus cela valide un Covid long. Néanmoins un seul de ces symptômes est requis dans la Définition pour être valide.

**6. Il doit y avoir un impact sur le fonctionnement quotidien :**

Le ou les symptômes dont le patient dispose doivent être suffisamment importants pour que cela lui pose une gêne et une limitation réelle dans sa vie du quotidien. Si la personne ressent un certain essoufflement complémentaire mais seulement après 25 km de course à pied, par rapport à avant, cela ne pourra probablement pas être considéré comme un Covid long, car il pourra néanmoins effectuer tout son travail de manière normale, et l'impact est trop faible pour pouvoir affirmer que le patient dispose réellement d'un Covid long, car pas prouvable par l'exercice de marche de 6 minutes par exemple.

La TOTALITE des étapes ci-dessus doit être positive, hormis l'étape 1 (infection prouvée), sans quoi il n'est pas possible d'affirmer et diagnostiquer le Covid long.

Si c'est bien le cas, alors il faut demander à votre médecin de faire cette analyse sur un rapport médical pour chacun de ces points ci-dessus, et indiquer si oui ou non le diagnostic de Covid long est posé.

Il faut exiger un détail écrit des raisons que chaque étape est bel et bien positive, et également que le médecin indique le code CIM-11 associé à ce diagnostic. Ce code doit être "RA 02", qui est le seul code de Covid long encore en cours. S'il indique un code "QC42.0", ceci signifie que le Covid long est guéri, il faut donc revoir ceci avec votre médecin et ne pas le laisser indiquer ce code, et demander une modification de votre rapport médical, si cela ne correspond pas à votre situation, et trouver pourquoi il a indiqué ce code erroné ou qu'il n'a pas diagnostiqué un Covid long pour votre cas.

Un document plus détaillé sur chacune de ces étapes, document guide pour les médecins (**annexe 2**), est également mis à disposition, sur lequel les médecins peuvent se baser pour rédiger leur rapport d'application de la Définition d'atteinte au Covid long.

### **2.1.2 Liste des symptômes selon WPTD 2021**

Le World PhysioTherapy Day 2021 (WPTD 2021) a édicté les symptômes Covid long les plus invalidants, et qui démontrent et permettent de diagnostiquer un Covid long au thorax spécifiquement, ce qui est un des plus invalidants et des plus communs.

Ceci se trouve à cette adresse Internet, pour chaque langue (**annexe 3**) :

En anglais:

<https://world.physio/toolkit/world-pt-day-2021-information-sheets-english>

En français:

<https://fr.world.physio/toolkit/world-pt-day-2021-information-sheets-french>

En allemand:

<https://de.world.physio/toolkit/world-pt-day-2021-information-sheets-german>

En italien:

<https://it.world.physio/toolkit/world-pt-day-2021-information-sheets-italian>

La page no 2 de cette information donne la liste de ces symptômes, à l'attention des physiothérapeutes.

En effet, si l'un ou plusieurs de ces symptômes sont détectés par le physiothérapeute, alors que le médecin a erronément prescrit de faire des exercices intenses pour le patient par le physiothérapeute, ce dernier devra s'opposer à appliquer cet entraînement intense, mais appliquer d'office le protocole de Pacing lors des exercices de physiothérapie.

Le but est que le physiothérapeute donne un retour au médecin, et lui indique que son patient n'a pas un souci psychique ou un manque de volonté, mais qu'il a le diagnostic de Covid long selon ces symptômes du WPTD 2021.

Dès lors, il faut qu'il adapte son programme de physiothérapie en incluant le programme de Pacing avec ses limitations de la Fréquence Cardiaque mesurée au doigt par un saturomètre lors des exercices.

Le médecin n'aura pas le choix, car il s'agit de la survie du patient Covid long, qui n'est souvent même pas lui-même conscient qu'il dispose d'un Covid long et souvent personne ne le lui dit, avant qu'il ne doive le réaliser tout seul.

Ces éléments permettent donc également de déterminer et diagnostiquer un Covid long à l'attention d'un médecin, puisqu'un physiothérapeute est aisément capable de déterminer un Covid long pour son patient rien que grâce à la présence de ces symptômes pour le même patient.

Dès lors, le médecin peut aisément déterminer et diagnostiquer un Covid long par ces symptômes décrits dans le WPTD 2021, qui sont les suivants, et en donnant une petite explication complémentaire :

1. Essoufflement
2. Douleur thoracique : Peu importe la manifestation de cette douleur (oppression, écrasement, serrement dans un étau, etc...). Une douleur est une douleur tout simplement, raison pour laquelle elle n'est pas différenciée ici, et n'a pas à l'être.
3. Palpitations cardiaques : Ceci est la Fréquence Cardiaque (FC) qui monte subitement très haut, suite à un mouvement, et qui dénote en général le début d'un MPE (Malaise Post-Effort), sans même ressentir que le cœur bat plus vite.
4. Fatigue: Ceci est la fatigue de sommeil, mais également la fatigue d'épuisement, lorsqu'on ne peut plus se déplacer et trop incapable de continuer une activité et qu'on doit se coucher.
5. Évanouissement
6. Vertiges : la sensation avant l'évanouissement en soi
7. Faible saturation en oxygène : Il s'agit de la SPO2, qu'on peut mesurer avec le même saturomètre que pour la mesure de la FC. Attention car beaucoup de saturomètres chinois ou du marché mesurent avec 3% à 5% de plus que la norme, faussant beaucoup la valeur. Il faut bien calibrer votre saturomètre, sans quoi ce test est

erroné et ressortira faux, alors que vous pouvez disposer de 90% de SPO2 mais il affiche 95%, montrant erronément que vous n'avez aucun souci.

Si votre médecin refuse d'appliquer la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS décrite au paragraphe 2.1.1, pour une raison quelconque ou parce qu'il n'aime pas l'OMS, alors demandez-lui d'appliquer cette comparaison de ces symptômes, ce qui lui permettra très rapidement d'affirmer votre Covid long. Sinon, il pourra demander plus d'information à votre physiothérapeute concernant les valeurs cliniques de FC et SPO2 lors de vos exercices et les lui reporter, afin de prouver l'existence de ces symptômes limitatifs. Demandez également un rapport d'application de diagnostic Covid long basé sur ces symptômes du WPTD 2021, en mentionnant le code CIM-11 de la maladie (qui doit être "RA 02" si cela est un Covid long confirmé encore en cours).

### **2.1.3 Test de marche de 6 minutes**

Le test de marche de 6 minutes est également un test avec mesures cliniques, c'est-à-dire qui n'est pas à la tête du patient, mais selon ses réelles limitations.

Ici, usuellement c'est le symptôme d'essoufflement et de douleurs thoraciques qui est testé (dans la liste des symptômes de Covid long décrit par la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS au [paragraphe 2.1.1](#)).

L'infirmière qui vous réalisera ce test disposera en général d'un saturomètre pour mesurer votre FC ainsi que votre SPO2, à la fin de l'exercice de marche. Elle le mesurera discrètement sans rien vous expliquer, mais selon ces valeurs cliniques elle pourra tout à fait dire, ainsi que votre médecin, si vous êtes essoufflé et si vous avez des palpitations cardiaques (FC élevé), ce qui va immédiatement confirmer votre diagnostic de Covid long si cela se présente. Ceci est l'un des symptômes listés dans le [paragraphe 2.1.1](#), et ils se basent sur d'autres critères encore. Ils vont notamment prendre votre pression sanguine, qui va également donner des informations : Si elle est trop haute, cela est aussi une preuve de votre atteinte au Covid long, quand bien-même cette information n'est pas listée par le document de l'OMS.

Demandez à votre médecin une évaluation de la gravité de votre essoufflement et de vos douleurs thoraciques dans un rapport médical, et d'indiquer la relation avec le Covid long potentiel.

### **2.1.4 Haute tension artérielle**

Une des caractéristiques du Covid long au thorax spécifiquement, est une haute tension artérielle.

Demandez à votre médecin quelle devrait être la pression systolique et diastolique normale pour une personne de votre âge et de votre poids et corpulence. Puis, selon les mesures de la pression effectuée par lui-même par exemple, il pourra dire si cela est normal ou pas.

Demandez-lui également d'en faire un parallèle dans un rapport médical avec la possibilité d'une atteinte au Covid long, et si cela peut en effet confirmer ce diagnostic de Covid long.

### **2.1.5 Relation douleurs-tension**

Dans le cas de douleurs thoraciques induites par le Covid long, il est cliniquement intéressant de mesurer votre tension artérielle lorsque vous avez des douleurs et lorsque vous n'en avez pas.

Idéalement, si vous êtes dans une structure de soins à domicile ou à l'hôpital, ou par une infirmière privée indépendantes, demandez de vous montrer le niveau de votre tension artérielle systolique et diastolique, et demandez de vous envoyer les valeurs, et ceci sur plusieurs semaines.

Il faut que vous donniez à l'infirmière le niveau EVA de votre douleur thoracique juste avant de lancer la mesure de pression, afin qu'aucune tricherie ne soit possible, et restant bien au repos et allongé sans rien faire pendant 5 minutes avant la mesure.

En relevant des pressions avec peu de douleurs, moyennes douleurs et fortes douleurs, vous devriez pouvoir dessiner un graphique de relation entre la douleur et la tension, et qui devrait faire une forme de droite (même très approximative).

Si cela est le cas, c'est une preuve complémentaire de ce que votre douleur thoracique est bien réelle, et également anormale, et donc une preuve de votre atteinte au Covid long, à mentionner à votre médecin dans son analyse et diagnostic à votre sujet.

### **2.1.6 Mesures cliniques en séance de physiothérapie avec Pacing**

Un des éléments cliniques les plus forts, c'est l'évolution de la Fréquence Cardiaque lors des séances de marche en physiothérapie, en utilisant évidemment le protocole de Pacing pour ne pas provoquer un MPE (ou PESE en anglais).

Pour rappel, tout l'avantage du programme de physiothérapie de Pacing pour les patients Covid long, est de pouvoir cesser les exercices juste au tout début de l'apparition du Malaise Post-Effort (MPE).

Le grand avantage est que les douleurs thoraciques ou essoufflements anormaux n'arrivent pas encore, ce qui évite de vous pousser dans un MPE terrible et qui durera des minutes, heures, jours ou qui est irréversible, mais tout en permettant malgré tout une petite mobilisation.

Pour les patients Covid long au thorax, le mieux est usuellement de faire une séance de marche en physiothérapie, avec un rollator ou alors sur un tapis roulant si le covid long n'est pas trop grave.

Le programme de Pacing va alors demander que votre physiothérapeute vérifie votre Fréquence Cardiaque (FC) pendant l'exercice, ainsi que la saturation en oxygène (SPO2).

En général, les patients Covid long au thorax développent une variation de la FC par des oscillations après chaque étape et en étant à l'arrêt.

Ces oscillations peuvent disposer d'une période d'environ 10 à 40 secondes.

Le but est que votre physiothérapeute mesure les pics hauts de chacune de ces oscillations, suite à une certaine étape de distance de marche effectuée.

Si le Covid long est grave, chaque étape peut par exemple représenter 2 mètres à effectuer, répartis sur 3 étapes avec cette distance, par exemple à domicile.

Pour un Covid long faible, chaque étape peut représenter par exemple 150 mètres de marche sur tapis roulant avant de s'arrêter et mesurer la FC et ces oscillations.

Pour définir cette distance de marche, il faut une distance qui ne vous provoque ni douleur thoracique, ni essoufflement déjà excessif, dans tous les cas. Votre douleur thoracique ne devrait jamais dépasser les 5 sur 10 pendant la séance de physio, sinon il faut arrêter car votre PESE (ou MPE) est alors déjà en cours. Votre physiothérapeute saura vous aiguiller pour déterminer cette distance d'étape avec vous.

Les pics des oscillations doivent s'amortir, donc diminuer de plus en plus, et descendre sous votre Limite de Pacing de la FC.

Cette Limite de Pacing est définie différemment selon les protocoles de Pacing, mais usuellement par une mesure chaque matin au réveil en étant assis, avec le saturomètre et mesurer la FC. Faire ceci 7 matins de suite par une infirmière afin de certifier cette valeur, puis faire la moyenne, ce qui vous donnera votre "FC de repos".

A ceci, rajouter 15 bpm (différent selon chaque protocole de Pacing également, mais cela fonctionnera de toute manière également), et cela vous donnera votre Limite de FC de Pacing.

Cette Limite de Pacing ne doit pas être dépassée pendant plus de 5 minutes après chaque étape réalisée. Si c'est le cas, alors votre MPE ou PESE est déjà en train de se produire, et il faut immédiatement cesser l'exercice et la séance de physiothérapie, et vous reposer.

Le pacing devrait être utilisé en tout temps, surtout si vous faites passablement d'efforts, afin de savoir si vous êtes souvent hors limite ou pas, et adapter et réduire vos efforts si c'est le cas. Sans cela, vous risquez de provoquer un MPE irréversible, ce qui signifie une dégradation définitive de votre état de santé, ce qui est la pire situation pour un patient Covid long, et ce programme a pour but d'éviter cela.

Une fois toutes ces choses définies, remplissez un canevas de feuille imprimée au format A5, pratique pour le physiothérapeute afin de noter et relever vos pics d'oscillations après chacune des 3 ou 4 étapes réalisées.

L'évolution de la FC suite à chaque étape permettra de définir et mesurer votre état de santé, par le nombre d'oscillations suite à chaque étape, et la rapidité à laquelle vos pics d'oscillation de FC passent sous la Limite de Pacing.

Le nombre de mètres ainsi réalisés permettent de définir si vous avez pu réaliser la distance de toutes les étapes ou pas.

Ceci permet ensuite de définir le pourcentage de réussite des séances de marches en physiothérapie, si cela est effectué par exemple chaque semaine.

Ensuite il sera possible de mesurer votre état et son évolution, soit en aggravation, ou en amélioration ou en stagnation.

Cette information sera particulièrement intéressante pour votre médecin, ainsi que votre infirmier évaluateur si vous êtes dans une structure de soins à domicile, ou à l'hôpital.



Il faudrait que votre physiothérapeute puisse envoyer ce tableau de mesures à votre médecin traitant ou spécialiste Covid long de temps en temps afin qu'il puisse suivre votre évolution.

Le tableau sera également utile non-seulement pour votre suivi, mais également à joindre lors de vos recours aux tribunaux, car il est très compréhensible déjà pour un juge, sans besoin de grande formation médicale pour le comprendre, car on voit rapidement quelle est la limite de votre distance de marche, de laquelle on peut aisément déterminer le degré de votre atteinte à la santé, quand bien-même tel ou tel médecin ou médecin-conseil d'une assurance affirme que vous êtes en pleine santé. Il ne fera que se ridiculiser, et ridiculiser son assurance par la même occasion devant les juges voire le Ministère Public, selon vos options de défense choisies.

### **2.1.7 Faible SPO2**

Une faible saturation en oxygène est également un des symptômes caractéristiques du Covid long, quand bien-même les spécialistes Covid long ou médecins disent qu'on ne peut rien voir du tout concernant le covid long et qu'il n'y aurait aucune preuve clinique.

La faible SPO2 est carrément un des symptômes caractéristiques du Covid long indiqué dans les symptômes du WPTD 2021 au paragraphe 2.1.2. Cela est donc également une preuve clinique de votre état de Covid long au thorax usuellement, si vous disposez d'une faible valeur au repos, ou en exercices également.

Cette SPO2 peut se mesurer à n'importe quel moment, et vous pouvez vous-même le faire en achetant un saturomètre pince à mettre au doigt.

Idéalement, il faudrait que cette SPO2 soit mesurée pendant les exercices de physiothérapie avec Pacing, selon le tableau de mesures cliniques lors des séances de marche avec programme Pacing décrit au paragraphe 2.1.6, mais cela peut se faire également par votre infirmière ou médecin de temps en temps et hors physiothérapie.

#### **2.1.7.1 Interprétation de la valeur**

La SPO2 est considérée comme faible en dessous de 95%, mais acceptable. Elle peut donc déjà être un signe de Covid long avec seulement 95% (ou un autre problème), car elle doit être normalement à 98%, ou entre 96% et 99% pour la plupart des personnes. Il est néanmoins assez courant qu'une personne n'ait que 95% de SPO2, cela est donc faible mais pas encore un fort signe de SPO2 trop faible.

D'autres facteurs ou maladies peuvent aussi montrer une faible SPO2, mais une faible SPO2 alors que vous avez d'autres signes de Covid long permet de valider ce Covid long.

Une très faible SPO2 sera plutôt en soi une preuve clinique directe de l'existence de votre Covid long, car elle ne doit pas être faible si aucune autre maladie n'a été détectée qui peut engendrer ceci (se référer au point 4 des critères de la Définition de l'OMS au paragraphe 2.1.1).

Une SPO2 inférieure à 93% est considérée comme anormalement basse, et doit nécessiter l'attention directe du médecin. Si vous disposez du Covid long ce sera une confirmation clinique de ce diagnostic, mais sinon il faut trouver quelle maladie ou problème vous avez.

Une SPO2 inférieure à 91% est usuellement considérée comme grave, et nécessitant une hospitalisation. Si vous avez le Covid long ce sera inutile car l'hôpital ne pourra rien faire et vous retournera après un temps à la maison (même si ils auront pu diagnostiquer votre Covid long ce qui est une bonne chose, si c'est un bon hôpital).

Il faudrait considérer de demander à votre médecin ou pneumologue de vous prescrire une machine à oxygène portable, surtout si vous présentez des symptômes liés à cela, tels que décrits ci-dessous.

Néanmoins, il est possible de vivre avec une SPO2 de 89% à 93% mais probablement avec des maux de têtes, et jusqu'à ... ce que un médicament permette de soigner réellement votre covid long. Il n'y a pas beaucoup de moyens pour contrer cet effet, mais restez à l'écoute de votre médecin et de ses propositions. Si vous arrivez à vivre sans trop de symptômes relatifs à cette faible SPO2, cela peut encore aller et il faut alors simplement tenter de supporter.

### **2.1.7.2 Symptômes liés à une faible SPO2**

Si vous avez souvent une faible SPO2, ceci peut provoquer des symptômes complémentaires plus directs.

Il y a typiquement le symptôme des maux de tête : Vous aurez fréquemment des maux de têtes car l'oxygène du sang n'arrive plus suffisamment au cerveau.

Ces maux de têtes sont d'ailleurs un des symptômes de la liste de la Définition d'atteinte de l'OMS au paragraphe 2.1.1. Ce sera donc également une indication complémentaire de votre atteinte au Covid long, et qui est usuellement le résultat d'une faible SPO2.

Voici les symptômes classiques pouvant être provoqués par une faible SPO2, induite par un Covid long au thorax (vu que les autres maladies ont été écartées dans la détermination de votre diagnostic Covid long) :

- Maux de têtes (listé au paragraphe 2.1.1)
- Vertiges/étourdissements (listé au paragraphe 2.1.2)
- Évanouissements (listé au paragraphe 2.1.2)

Si vous avez des vertiges ou évanouissements, mesurez la SPO2 juste au moment que cela se produit, afin de savoir si cela est lié.

D'autres symptômes peuvent se produire avec une faible SPO2, comme des lèvres bleues et autres choses si elle est extrêmement basse à moins de 85% et c'est usuellement des cas d'urgence.

### **2.1.7.3 Utilisation**

Il faut toujours attendre au moins 45 secondes avant de relever la valeur!

En effet, la plupart des saturomètres montent une SPO2 élevée tout au début, mais il faut du temps pour qu'ils se stabilisent, et pour les personnes avec faible SPO2 avec mettons 90%, la valeur commencera usuellement avec 96%, semblant montrer que tout va bien, puis elle va descendre subitement à 90% après 45 secondes.

Il est donc très important de demander aux infirmiers de laisser la mesure se faire sur 45 à 60 secondes, sans quoi la mesure peut être faussée, et ce test et symptôme ignoré ou invalide sans que vous ne le sachiez.

Un médecin qui mesure à votre doigt pendant 3 secondes ne prend en général pas la réalité de la mesure, il faut donc rester vigilant, et bien comparer avec plusieurs appareils.

Il faut usuellement être au calme plusieurs minutes avant la mesure, car si vous êtes essoufflé après une marche, cela va augmenter la SPO2.

Avec le covid long, des simples gestes peuvent aussi augmenter la SPO2 temporairement, il faut donc éviter de bouger en tout cas 1 minute avant la mesure si possible.

Les appareils ont aussi des différences de délai de mesure : un appareil pourra montrer une petite hausse de la SPO2 rapidement si vous respirez fortement, alors que l'autre appareil montrera ceci seulement 10 à 20 secondes plus tard.

Il faut aussi éviter de réaliser la mesure de la SPO2 juste après la mesure de la tension artérielle.

En effet, le brassard du tensiomètre applique une pression qui modifie quelque peu votre composition sanguine très temporairement, ce qui peut provoquer une forte hausse de la SPO2 virtuellement pendant environ 10 minutes. Si la SPO2 est mesurées juste après cela, elle pourrait donc être faussée. Des hausses de 4% à 5% ont été observées avec un bon saturomètre pourtant, et ceci avec plusieurs saturomètres.

Il faudrait demander à votre infirmière de mesurer toujours d'abord la SPO2 avant la tension pour éviter cet effet, et vous pourrez le constater ou invalider avec le temps en intervertissant l'ordre de la mesure.

#### **2.1.7.4 Calibration de votre saturomètre**

Attention toutefois car beaucoup de saturomètres chinois ou semblant être de référence mesurent mal, avec 2% à 5% en plus par rapport à la réalité, ce qui rend ce test invalide.

Il faudra donc tester la mesure avec plusieurs saturomètres, et avec celui de votre médecin, et comparer les valeurs en mettant le saturomètre de l'autre personne à l'index, et le votre au majeur par exemple, et allumer les deux saturomètres en même temps.

Faites des photos toutes les 10 secondes avec votre mobile afin de disposer d'une comparaison prouvable, et relever quel appareil semble mesurer erronément. Vous pourrez ainsi écarter l'appareil qui semble mesurer trop faux, et en accord avec votre médecin ou vos infirmiers. Tentez de comparer la valeur une fois que vous êtes chez un médecin, un peu avant cela suffit en général.

#### **2.1.8 Rapports des intervenants**

Les rapports des intervenants comme les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont extrêmement importants, au contraire de ce qu'ils croient souvent eux-mêmes !

Il faut impérativement que vous disposiez d'un physiothérapeute ainsi que d'un ergothérapeute si vous êtes parfois alité à cause de votre Malaise Post-Effort ou de votre Covid long.

Leur indication est parfois déjà extrêmement claire.

En premier lieu, le physiothérapeute va en général déjà confirmer pleinement votre Covid long avec ce qu'il aura vu de votre état et de vos limitations, surtout si vos symptômes correspondent à la liste des symptômes du WPTD 2021 (paragraphe 2.1.2), même s'il ne vous le dit jamais vraiment. Souvent il peut même lui-même rajouter ce diagnostic si ce

n'était pas réalisé par le médecin, et ce rapport sera donc extrêmement important pour votre défense, et à joindre impérativement comme pièce à votre Recours, en le commentant et en citant les phrases les plus importantes.

Ensuite il va également lister vos symptômes et limitations, et également indiquer les quelques valeurs cliniques totalement hors normes comme la FC élevée ainsi que la SPO2 faible si c'est votre cas, et ceci grâce à son saturomètre pendant les séances de marche.

Il va usuellement aussi indiquer une distance de marche maximale possible de faire avant qu'il voie soit vos douleurs ou essoufflements, soit aussi selon les valeurs cliniques qui commencent à augmenter et dépasser les limites.

Le rapport d'ergothérapie permet également de mentionner les limitations fonctionnelles maximales que vous pouvez faire, et les raisons pour tel ou tel moyen auxiliaire qu'il a fallu installer.

Ce rapport est également à joindre à votre recours s'il dispose d'informations utiles démontrant vos limitations fonctionnelles.

### **2.1.9 Eviter l'aspect psychique**

Il faut impérativement éviter tout ce qui concerne le psyché, car il est évident que le psyché n'est pas forcément au top pour un patient Covid long, mais si vous êtes juste un peu déprimé mieux vaut pas trop le mentionner, sans quoi tout le monde va sauter sur l'occasion pour tenter d'affirmer que vous êtes juste déprimé puisque vous l'avouez, et donc que vous n'avez pas du tout le Covid long. C'est le plus grand combat et accusation des assurances, donc mieux vaut vous méfier, ou tout au moins bien leur indiquer qu'il n'y a aucun lien entre votre Covid long et une quelconque atteinte psychique.

Référez-vous aux mentions de la Prof. Salmon-Céron qui sont explicite à ce sujet (paragraphe 2.1.10).

### **2.1.10 Référence en matière de Covid long et atteinte physiologique**

Basez-vous sur la mention claire de la Prof. Dominique Salmon-Céron, Cheffe du Groupe Covid long de la HAS (Haute Autorité de Santé) française, car c'est une très haute référence en la matière, et ce qu'elle a mentionné dans sa très bonne interview sur France Culture le 3 février 2025, disponible librement sur Youtube ici:

<https://www.youtube.com/watch?v=TCA2rHxHDFw>

Un grand nombre d'affirmations très importantes ont été dites de sa part, que vous devriez aussi utiliser devant les médecins, intervenants ainsi que vos recours, car ils sont absolument cruciaux et démontent toute la théorie du "tout psychique" avancée par beaucoup de médecins et même de soi-disant spécialistes Covid long parfois, dont notamment:

- Le Covid long n'est pas psychosomatique ni d'origine psychique: Minute 15:28
- La Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS du 6.10.2021 est la base ultime de procédure de diagnostic du Covid long (voir paragraphe 2.1.1): Minute 1:48

- "Tout un tas d'autres organes peut être atteint": Minute 2:10. Ceci signifie que l'atteinte est locale aux organes symptomatiques et non pas générée par le cerveau comme le prétendent de nombreux spécialistes Covid long ou de médecins ignorants.
- Il y a 4% de la population est atteinte de covid long dans tous les pays : Minute 2:10.
- Le fauteuil roulant des cas covid long graves s'explique par l'intolérance à l'effort: Minute 4:18. C'est-à-dire le Malaise Post-Effort (MPE) ou PESE, qui est un crash que le patient Covid long subit, et qui démontre également que le problème n'est pas d'origine psychique.

## 2.2 Mitigation en cas de désaccord avec le médecin sur le diagnostic

Si le médecin ou un médecin s'oppose à votre diagnostic de Covid long, ou que l'application de la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS de sa part donne un diagnostic réfutant votre Covid long, en général, il s'agira de venir sur chacune des étapes de la Définition, ainsi qu'avec des preuves cliniques.

Il faudra probablement venir avec votre avocat, ou tout autre moyen ou professionnel à disposition que vous pourriez trouver, avec les conseils que peut fournir l'association Covid long Suisse par exemple, et confronter le médecin en question.

Si le médecin ne veut rien savoir, et surtout s'il est soi-disant spécialiste Covid long, et que vos symptômes sont aisément prouvables, et même avec des valeurs cliniques qui le démontrent, il faut dénoncer ce médecin au Médecin Cantonal au travers d'un "Signalement" contre ce médecin, avec toutes vos preuves et rapports médicaux démontrant son opposition, malgré toutes les preuves que vous avez.

On ne peut en effet pas laisser exercer des médecins qui ont des preuves et s'opposent à un diagnostic de Covid long, alors que ce dernier correspond à la Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS, seul moyen actuel de déterminer correctement ce diagnostic.

L'adresse internet pour les Signalements de médecins pour le canton de Vaud est la suivante, auprès du Médecin Cantonal:

<https://www.vd.ch/prestation/deposer-une-plainte-aupres-de-loffice-du-medecin-cantonal-en-cas-de-dysfonctionnement-dun-fournisseur-de-soins>

Comme indiqué sur la page, l'adresse e-mail à qui envoyer ce Signalement et à faire à cette adresse, mais avec toutes les informations requises sur la page: [signalements.OMC@hin.ch](mailto:signalements.OMC@hin.ch)

Il s'agit ici de l'Autorité Cantonale de surveillance des professions de la santé, décrite dans l'art. 17 et 19 LPSan, sur laquelle vous pouvez vous baser en justice.

Une telle adresse existe pour chaque canton indépendamment, et il faut choisir le lieu où exerce votre médecin.

Un autre moyen est de déposer une plainte pénale au Ministère Public contre ce médecin, ce qui est néanmoins plus complexe et nécessite une assez grande force psychique, et usuellement un avocat, mais si vous n'avez aucun autre moyen ceci peut vous sauver de son faux diagnostic posé à votre encontre, sans quoi il peut vous accuser faussement de problèmes psychiques et vous pouvez terminer en asile psychiatrique.

L'adresse du Ministère Public est usuellement celle du Ministère Public de votre arrondissement. Sur le Canton de Vaud il y en a 4 :

- [Ministère public d'arrondissement de l'Est vaudois](#)
- [Ministère public d'arrondissement du Nord vaudois](#)
- [Ministère public d'arrondissement de la Côte](#)
- [Ministère public d'arrondissement de Lausanne](#)

Toutefois usuellement ces médecins falsificateurs de diagnostics de Covid long, ou incompetents, agissent ainsi contre un grand nombre de patients Covid long, et dès lors plus ces médecins sont dénoncés aux autorités, plus il y a de cas et plus les autorités sont obligées à un moment donné d'agir contre le médecin en question afin de l'écartier de cette fonction, son inaptitude ayant été multipliement signalée par plusieurs patients Covid long.

La question de la médiation par les autorités cantonales ou les hôpitaux est usuellement très mauvaise, car elle va entièrement protéger le médecin, et ses agissements ne seront même pas transmis aux autorités. Ils pourront donc aisément continuer leurs agissements sur les patients Covid long suivants sans jamais être écroués ou punis, voire simplement écartés du métier. La semi-solution qu'ils proposeront ne sera pas suffisante pour vous défendre correctement devant les assurances et les tribunaux, et le risque est grand que vous perdiez votre recours à cause de ce faux diagnostic.

### **3 Conseils d'applications juridiques**

Lors d'une divergence d'opinion relative à une Décision qui a été fournie vous concernant, principalement au sujet d'une assurance maladie ou assurance sociale pour une rente ou prise en charge de vos soins, tout prend une dimension totalement différente.

Ceci peut être le cas pour l'assurance AI, l'assurance maladie, les PC, même le RI, et tout type d'assurance auquel vous devriez avoir droit.

Le monde peut basculer pour nous lorsqu'une telle Décision de Refus ou Décision de Limitation de la part de l'assurance est donnée.

Ce chapitre se concentre sur les diverses choses importantes à faire ou vérifier afin de disposer du maximum de bonnes informations dans votre recours sur la décision en question.

#### **3.1 Prise d'un avocat**

Une question vient rapidement, qui est de savoir si vous devrez prendre un avocat ou non. Usuellement il va de soi qu'il faudrait pendre un avocat, mais toutefois cela implique forcément des coûts importants afin de vous défendre.

Il faut savoir que vous pouvez tout à fait réaliser un recours sans avocat, si vraiment vous ne pouvez pas vous le permettre, mais néanmoins cela demande une importante implication au niveau administratif et demande malgré tout une bonne capacité d'écriture et de logique et de structuration, afin d'amener les arguments le mieux possible devant l'autorité de recours.

Un grand nombre de conseils peuvent être fournis pour trouver un avocat, mais il faut déjà vérifier les choses suivantes:

- Si vous disposez d'une assurance juridique, il faut évidemment l'utiliser mais faites attention à vous assurer que vous avez le droit d'être défendu pour les questions médicales dans votre police, car sinon cette déclaration vous sera comptée comme une déclaration de cas complémentaire, ce qui est négatif (usuellement les assurances juridiques résilient le contrat dès le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> cas déclaré). Faites donc bien attention avant de leur déclarer votre cas.
- Si vous n'avez pas d'assurance juridique, vous pouvez faire votre recours seul, mais ce sera compliqué et il faudrait trouver au moins un avocat de conseils pour vérifier vos écrits. Si vous êtes handicapé, l'association Procap vous permet de disposer d'un avocat qui donne de très bons conseils de haut niveau pour savoir que faire dans la suite de la procédure, mais vous devrez tout réaliser vous-même.
- Si vous disposez de peu de moyens, alors vous pouvez aussi disposer d'un avocat offert par l'aide judiciaire de l'Etat.  
Pour ce dernier cas, il faut usuellement une fortune maximale de 15'000 CHF, à vérifier selon votre canton. Lors de la demande au canton, vous devez fournir votre dernière décision de taxation d'impôts.

### 3.2 Recours à la Cour des Assurances Sociales CAS

Usuellement, les recours sont réalisés à la Cour des Assurances Sociales du Tribunal Cantonal de votre canton. Elle s'appelle aussi la Casso comme abréviation.

A ce sujet, il faut savoir que chaque Décision de toute assurance, doit comporter les "voies de recours", qui dont donc à qui vous devez faire recours précisément, si vous souhaitez faire recours, et le délai pour réaliser ce recours.

Ceci est très important à lire au plus vite dans votre Décision de refus, afin de savoir combien de temps il vous reste pour réaliser le recours.

Il est aussi important de savoir que même sans avocat, vous pouvez vous lancer à réaliser un recours au tribunal cantonal.

Ce n'est pas forcément si compliqué, il faut simplement bien structurer vos arguments, donner le maximum de preuves même si c'est 50 pièces et 50 pages de recours, ce n'est pas grave, ce sera accepté.

Il faut savoir que la cour des assurances sociales est bien plus tolérante au niveau de la présentation des faits, que les autres cours des tribunaux cantonaux.

Ceci est dû au fait que les questions médicales et de santé doivent pouvoir être défendues plus facilement par les malades que lorsqu'on subit un grief privé d'un autre ordre.

Le juge va donc s'adapter au mieux à votre manière d'écrire et à votre recours, ce qui n'est pas du tout le cas des autres cours, qui exigent usuellement de disposer d'un avocat, et où la procédure et présentation de la demande est extrêmement stricte, et peut faire rater la demande si cela est présenté autrement qu'avec des numéros d'allégués, des déterminations sur allégués, et ainsi de suite.

Vous avez donc toutes vos chances, mais il reste largement préférable de disposer d'un avocat de conseils au moins, qui reste assez cher mais qui va permettre de réduire les frais d'honoraires en les divisant par 10 ou 20 par rapport à une défense avec procuration qui lui est attribuée.

Il faut aussi savoir que lorsque vous prenez un avocat avec procuration, le juge exigera une mise en forme correcte par votre avocat et ne vérifiera pas les preuves, et sera moins tolérant que si vous agissez seul, ou avec un avocat en mode de conseils (ou sous-marin). Il peut donc être avantageux parfois d'agir seul et avec uniquement un avocat de conseils.

Si vous décidez de faire le recours seul, voici quelques conseils :

1. Trouvez quelque part un canevas de Recours, et remplissez chaque chapitre avec vos propres arguments. Ce n'est pas très compliqué mais il vaut mieux disposer d'un bon canevas pour donner une forme à votre document.
2. Assurez-vous surtout que les quelques indications dans la voie de recours indiquée dans la Décision de refus soient bien respectés: usuellement il faut qu'il y ait une motivation, les faits et une conclusion qui soient présents comme chapitres. Si cela est respecté, et dans les délais, votre recours a toutes les chances d'être accepté, et tout dépendra de vos arguments.
3. Utilisez tous les Moyens de diagnostics décrits au paragraphe 2.1 de ce document, et annexez-les comme numéros de pièces à votre Recours.
4. Il n'y a pas de problèmes si votre Recours fait 300 pages avec les annexes, cela est usuel.
5. Faites un "Bordereau de pièces" ou une liste des pièces annexées avec une description sur une seule ligne du contenu pour chaque pièce.

### 3.3 Procédure pour recours contre assurance maladie

Si vous recevez une Décision de Limitation de la part de votre assurance maladie, alors voici quelques conseils.

Ceci concerne le fait que vous auriez par exemple droit à des soins à domicile, ou besoin de cela, mais que votre assurance maladie ou accidents vous envoie subitement, ou au tout début, une lettre de Décision de Limitation, ou aussi appelée de "Garantie de prise en charge avec limitation" en titre de lettre, qui prend en charge en réalité beaucoup moins que ce dont vous avez besoin ou que vous avez droit.

Il faut d'abord savoir qu'il y a tout un processus précis à suivre, et qui est le suivant :

1. Vous devez envoyer une lettre de **Contestation** à votre assurance, usuellement dans les 30 jours suite à cette Décision de Limitation si aucun délai différent n'est indiqué, et à l'attention de l'assurance.

Ceci est un peu pareil qu'un recours dans le contenu, mais par contre vous devez l'envoyer à l'assurance et ce n'est donc pas du tout un recours au tribunal.

Néanmoins, votre lettre de Contestation peut être très courte, tenant juste sur une page avec 2-3 petits arguments. Ceci est préférable, car au moins elle est envoyée dans les 30 jours, et vous pourrez fournir toutes les preuves et arguments complets par la suite en continuant les communications concernant cette Contestation, vous permettant de respirer un peu et en vue de recevoir leur Décision sur contestation. L'assurance va examiner votre Contestation, mais c'est usuellement la phase la plus longue, il faut compter 1 an et demie parfois, même si cela peut être plus rapide, mais difficilement moins de 6 mois.

L'assurance fait souvent trainer les choses, ou demandent plus de détails, alors que nous ne pouvons plus payer nos factures...

Elle va demander plus de précisions, de rapports médicaux et de données sur vous à vos intervenants si vous en avez.

Cela suscitera beaucoup de communications et de lettres, rapports et ainsi de suite, en justifiant et démontrant au mieux possible votre atteinte et vos limitations fonctionnelles, en vous basant sur les preuves du paragraphe 2.1 et tous les autres moyens à votre disposition.

A ce stade, parfois les structures de soins ne vous répondent pas si vous n'avez pas d'avocat, ce qui est interdit car vous avez droit à votre dossier en tant que patient mais vous ne pouvez rien faire hormis les signaler au Médecin cantonal (ce qui prendra des années donc ce ne sera pas suffisant). Il faut donc usuellement disposer d'un avocat, paradoxalement, contre votre propre structure de soins pour qu'elle transmette les informations sur vous-mêmes, car sinon elle refuse, si c'est une mauvaise structure de soins (et vous ne le saurez jamais jusqu'à arriver à ce stade). Une fois tous vos arguments fournis, et leurs arguments contrés correctement, il faut leur demander de fournir une **Décision sur Contestation**, et ceci plusieurs fois si nécessaire.

2. L'assurance va enfin vous envoyer une **Décision de refus sur Contestation** après un moment donné. Usuellement cela s'appelle simplement une "Décision" en titre de lettre de leur part. Ceci est précieux, car cela vous permet enfin de passer à l'étape juridique suivante.

3. Une fois la **Décision de refus sur Contestation** reçue de leur part, il faut suivre les voies de recours indiquées sur la **Décision** s'il y en a, mais sinon l'étape suivante usuelle est de faire **Opposition sur Décision** de refus sur la **Contestation** dans les 30 jours, et à l'attention de l'assurance toujours (c'est écrit également sur la voie de recours).

Le contenu est pareil, il faut indiquer que vous n'êtes pas d'accord, exactement comme un recours mais vous changez le titre et mettez "Opposition sur **Décision** du 1.1.2020" par exemple, selon la date de la **Décision**, et avec le contenu indiqué dans la voie de recours tout au moins.

4. L'assurance va fournir une "**Décision de refus sur Opposition**".

C'est finalement cette **Décision de refus sur opposition** qui pourra être recourue auprès du tribunal cantonal, ce qui sera enfin le début de votre recours officiel, car ce n'est que dès ce moment-là que l'assurance va déterminer une "voie de recours" dans cette **Décision**, avec l'indication à qui faire le recours, et avec le délai de 30 jours pour le faire afin qu'il soit valide.

5. Il vous faut donc maintenant rapidement faire votre **Recours au Tribunal** cantonal, par votre avocat, ou avec son aide, ou tout vous-même tout seul, en respectant le délai indiqué sur cette **Décision** dans la section "voies de recours" (usuellement de 30 jours), et bien suivre ces indications.

Ce recours sera à envoyer au Tribunal Cantonal, Cour des Assurances Sociales (hormis si indication contraire dans la voie de recours).

Dès ce moment et l'envoi de ce recours, les délais officiels du tribunal comptent, et l'assurance ne peut plus retarder.

Il faut malgré tout compter aisément 1.5 à 2 ans pour que le recours soit jugé jusqu'au bout.

Il y aura une Réponse de la part de l'assurance, avec un dossier complet très gros et beaucoup de pièces de leur part également.

Vous pourrez envoyer une détermination sur cette réponse, et contre-argumenter. L'assurance va usuellement affirmer toutes sortes de choses, y compris fallacieuses parfois, à votre rencontre.

Il faudra garder son calme et répondre simplement par une nouvelle détermination à chacune de leurs affirmations, par une nouvelle lettre au juge.

6. Suite à 2-3 échanges d'argumentations par des Répliques, Dupliques ou Déterminations que le juge vous transférera ou vous proposera (qui sont des simples lettres de votre part nommées ainsi en titre), le juge va décider qu'il n'y a plus le droit aux échanges, et que l'affaire est instruite. Et dès lors il va fixer soit une audition, ou alors carrément donner un jugement par écrit.

Il faudra simplement attendre les instructions du juge.

7. Si le jugement vous est défavorable, vous pouvez faire un recours au Tribunal Fédéral. Et il faut usuellement verser un paiement initial de 500 CHF tout au moins (jusqu'à 1500 CHF) et avant la fin du délai de réponse, voire plus encore à la fin surtout si le recours est perdu.

### **3.4 Conseils généraux de stratégie juridique**

#### **3.4.1.1 Stratégies pour prise en charge de frais de soins**

Usuellement, lorsqu'une assurance refuse de prendre en charge vos frais de soins, en particulier ceux des soins à domicile, elle réalise une Limitation qui est très brutale, nommée aussi une "Garantie de prise en charge avec limitation" en titre de lettre.

Néanmoins il y a ici une foule d'arguments qui peuvent être avancés par l'assurance pour refuser ces soins, et chaque recours doit se défendre en fonction de ce qui est avancé.

Toutefois, usuellement l'assurance va tenter d'agir ainsi dans sa lettre de Décision de Limitation ou lors des échanges pendant la Contestation :

Elle peut prendre la liste des prestations de l'art. 7 al.2 let. c ch.1 OPAS, qui est également nommé le "catalogue par défaut" des prestations prises en charge par la LAMal et donc votre assurance maladie de base. Ceci est contenu dans l'Ordonnance OPAS, qui contient le numéro de document fédéral suivant 832.112.31.

On peut la trouver ici (ou sinon taper "OPAS 832.112.31" sur Internet) :

En français:

<https://www.lexfind.ch/tolv/234042/fr>

En allemand:

<https://www.usz.ch/app/uploads/2020/12/832.112.31.pdf>

En italien:

<https://www.lexfind.ch/tolv/234822/it>

L'article 7 al.2 de cette Ordonnance OPAS est donc le catalogue de base de ce que la LAMal doit couvrir, mais attention car elle n'est PAS exhaustive, comme indiqué, alors que votre assurance maladie va probablement tenter de faire croire qu'elle est exhaustive, et donc que rien d'autre que cela ne peut être pris en charge.

C'est la première contre-vérité.

En réalité il y a des choses qui permettent la prise en charge d'autres prestations, décrites ci-dessous.

#### **3.4.1.1.1 Rajout par l'évaluatrice**

L'évaluation de l'évaluatrice de votre structure de soins peut tout à fait rajouter des choses si cela touche le domaine de la nourriture et de la toilette et du minimum vital pour survivre. Il faut simplement qu'elle le justifie dans une lettre.

#### **3.4.1.1.2 Rajout par le médecin sur Mandat médical OPAS art. 8**

Le médecin peut rajouter des prestations dans son Mandat médical, aussi appelé simplement "l'Ordonnance médicale".

Il faut savoir que TOUT ce qui y est listé doit être pris en charge par la LAMal, ce que les assurances cachent aux infirmiers évaluateurs et à tout le monde, et tentent de faire croire en les manipulant que ce n'est pas le cas.

Pourtant c'est réellement le cas et garanti à l'art. 8 al.1 OPAS, qu'il faut alors montrer et expliquer dans votre Recours au Tribunal.

Selon cet article, il faut donc que tout ce que le médecin a listé dans son Mandat médical soit rajouté au catalogue art. 7 al.2 OPAS, dans l'évaluation réalisée par votre infirmier évaluateur.

Exigez que ce soit vraiment le cas (si c'est justifié), et que sur le Mandat médical il soit bien écrit selon "OPAS art. 7 et 8", ce qui définit ce cas précis.

C'est le meilleur moyen de gagner votre recours, mais il faut que le médecin ait listé des prestations dans son Mandat médical. S'il ne l'a pas fait, soit cela était justifié, et sinon il faut tenter de demander au médecin de rajouter telle ou telle prestations, surtout si votre réseau de soins estime également que cela vous est vraiment nécessaire à la survie. En général il acceptera s'il ne l'a pas déjà fait, et surtout s'il y a suffisamment de preuves cliniques de cette impossibilité de faire telle ou telle chose.

Basez-vous sur les Moyens de diagnostics du paragraphe 2.1 pour y parvenir et démontrer ceci.

A savoir que la préparation des repas, amener le plateau et débarrasser sont des prestations qui peuvent être listées sans problèmes dans le Mandat médical, et l'évaluateur a alors le devoir de les inclure dans son Formulaire d'évaluation OPAS, dans les minutes de soins 'c' OPAS mensuelles (soins de base). Il en a l'obligation selon cette Ordonnance OPAS art. 8 al.1. Ce n'est que l'Assurance qui peut refuser cela et en argumentant, mais l'évaluation doit toujours contenir la totalité du vrai besoin de "soins requis" pour votre survie, avec les prescriptions du Mandat médical.

Vous pouvez alors déposer un Recours auprès du Tribunal ou selon le paragraphe 3.3, en argumentant que le Formulaire OPAS de votre infirmier évaluateur contient bel et bien telle ou telle prestation dans son évaluation, et qu'elle est listée sur le Mandat médical, et dès lors que l' "évaluation" de l'assurance est erronée.

#### **3.4.1.1.3 Rajouts selon les Droits de l'Homme**

Les Droits de l'Homme ne permettent pas de laisser une personne sans qu'on lui apporte de la nourriture, s'il ne peut pas se nourrir ou se préparer des repas seul. Il faut tenter d'expliquer ceci dans votre recours, mais cette partie dépasse le cadre de ce document.

### 3.4.1.2 Conseil de simuler un problème psychique

Certains risquent de vous conseiller de simuler ou affirmer à l'assurance ou devant les juges que vous avez un problème psychique, car cela faciliterait l'obtention de la prise en charge de vos frais de soins à domicile notamment.

Si c'est le cas cela est en ordre mais si vous n'avez pas de problèmes psychiques, ou des problèmes psychiques induits par la situation de Covid long uniquement, il vaut mieux éviter cela, car en finalité cela peut vous poser des problèmes complémentaires. Les médecins vont alors changer leur diagnostic et dire "ah mais il a un problème psychique, donc il n'a pas le Covid long", et ils risquent d'invalider votre diagnostic de Covid long (même si les deux sont possibles: covid long et problèmes psychiques, ces derniers étant souvent induits par toute la situation pesante du Covid long et ses implications, mais sans lien direct).

De plus, les assurances ou médecins pourraient pousser pour que vous soyez interné en psychiatrie, afin de se débarrasser de vous. C'est donc un jeu dangereux que je déconseille vivement, même si dans certains cas cela pourrait permettre la prise en charge de certains frais, mais il faut rester conscient de ce risque.

La meilleure stratégie et la plus adaptée est de viser la prise en charge selon la liste du Mandat médical, décrite dans ce document.

## 3.5 Tactiques des assurances ou structures de soins

Il y a plusieurs tactiques classiques utilisées par les assurances à votre rencontre, qui sont mentionnées pour certaines ci-dessous, et auxquelles il faut être attentif afin de ne pas tomber dans ces pièges qui vous feront perdre votre recours.

### 3.5.1 Importance du Formulaire OPAS

Lorsque vous êtes dans une structure de soins à domicile (OPAS ou CMS), vous disposez obligatoirement d'un infirmier évaluateur, car c'est la loi qui impose cela.

C'est cet infirmier évaluateur qui doit réaliser votre "Formulaire OPAS", et qui est basé sur les articles de l'Ordonnance OPAS tel que mentionnée au paragraphe 3.4.1.1 et à l'annexe **Erreur ! Signet non défini..**

Ce formulaire OPAS est crucial, car c'est lui qui contient tout le total de soins à vous prester en termes de soins 'c' (soins de base), ainsi que 'b' (soins des infirmiers chez vous) ainsi que 'a' (temps de l'infirmier évaluateur), listés dans l'art. 7 al.2 OPAS. Il y a la lettre A, B et C dans cet article qui sont détaillés, avec une liste des prestations minimales (pas exhaustive), et nommée le "catalogue de base par défaut des prestations de soins selon LAMal".

Il vous faut impérativement exiger de votre infirmier évaluateur qu'il vous transmette cette fiche OPAS ou Formulaire OPAS, avant de le transmettre au médecin, car selon OPAS art. 8a al.1, il DOIT vous consulter pour obtenir votre accord avant de l'envoyer au médecin pour signature.

C'est ici que tout se joue, faites TRES attention !

L'évaluateur peut vous faire croire que "cela n'est simplement pas pris en charge par l'assurance Monsieur, désolé". Ne l'écoutez surtout pas, et exigez que la liste des prestations indiquées dans votre Mandat médical soit bel et bien intégrée (voire paragraphe 3.5.2). Ayez toujours un œil constant sur ce Formulaire OPAS et demandez-le à votre structure de soins tous les 3 mois ainsi qu'à votre médecin, constamment, et vérifiez bien et calculez bien le nombre d'heures indiquées en termes de soins A, B, et C OPAS art. 7 al.2.

Ceci est vital, car c'est ici que le combat juridique commence: Si vous acceptez, même oralement, devant votre infirmier évaluateur que c'est en ordre pour vous, et que l'évaluation ignore des prestations vitales pour vous, il ne vous le dira pas mais cela va directement impliquer une "facture privée" mensuelle à votre attention. Cette facture privée peut attendre 500 CHF, 1000 CHF, et jusqu'à 3500 CHF par mois ! Vous ne pourrez pas payer et les autres assurances vont s'assurer de ne pas les prendre en charge, et ce sera la case poursuites et saisies et internement ou EMS...

C'est donc principalement ce Formulaire OPAS qui est le centre de tout le reste qui sera fait et les rentes, car tout dépendra de ce "besoin requis" qui est un besoin de soins médical selon votre état de santé, et indépendant de ce que les assurances veulent payer ou non. Les juges devront donner priorité à cette évaluation et non pas la soi-disant évaluation de l'assurance qui va tout supprimer.

Exigez que lorsque votre infirmier évaluateur passera pour définir votre besoin et faire l'évaluation, qu'il y ait aussi l'infirmier référent qui soit présent, et votre assistant social, et un membre de votre famille.

Ainsi il devra confronter chacune de ces personnes, car s'il est seul avec vous, il pourra bien plus aisément vous manipuler, si par exemple il a été lui-même manipulé ou soudoyé par l'assurance pour vous faire ce forcing. C'est en effet des centaines de milliers de francs qui seront directement économisés pour l'assurance devant vous, en quelques secondes ou minutes si vous acceptez!

Exigez de rendre votre réponse seulement dans quelques jours. Rien ne presse pour les Formulaires OPAS, ils peuvent attendre 1-2 semaines sans soucis.

Exigez à votre médecin également qu'il vous envoie ce formulaire OPAS reçu de votre structure de soins pour vérification avant qu'il ne la signe : certaines modifient encore ce besoin depuis qu'ils vous ont montré le montant des heures mensuelles, pour autant qu'ils vous les aient montrés, et donc vous ne serez même pas au courant de ce qui se fait par derrière et vous recevrez une lettre de Limitation de l'assurance, ou parfois même pas et uniquement une facture privée mensuelle énorme tout à coup, pour cette raison.

### **3.5.2 Tentative d'ignorer le Mandat médical par la structure de soins**

L'infirmier évaluateur peut tenter de vous faire croire que la liste des prestations rajoutées dans le Mandat médical par le médecin ne doivent pas être prises en compte dans leur évaluation dans le Formulaire OPAS. Ceci malgré cette obligation mentionnée à l'art. 8 al.1 OPAS. C'est le cas de certaines OSAD ou CMS: Fuyez-les au plus vite et trouvez une autre OSAD, et Signalez cette OSAD au Médecin cantonal, car c'est illégal !

Mentionnez entre-temps à votre évaluateur qu'il doit intégrer ceci dans ce formulaire OPAS, et sinon changez d'OSAD.

Parlez-en également à votre réseau de soins et à votre médecin, mais usuellement hormis le Ministère Public ou me Médecin cantonal, personne ne peut attraper ces faussaires, il faut donc les Signaler aux autorités sans aucun ménagement, pour votre propre survie ou les patients suivants.

### **3.5.3 Mention de l'assurance aux évaluateurs d'intégration de leur évaluation**

Lorsqu'une assurance vient chez vous pour faire une "évaluation", c'est en général pour ensuite produire une "Limitation" sur leur prise en charge de vos soins, appelée "Décision de limitation", ou "Garantie de prise en charge avec limitation".

Dans cette lettre de Limitation, qui est envoyée usuellement à votre structure de soins avec vous en copie seulement, il se peut que l'assurance indique ceci :

*"Nous vous remercions de tenir compte de cette limitation pour les prescriptions suivantes".*

Ils sous-entendent par là que l'infirmier évaluateur de votre structure de soins devrait modifier son évaluation sur sa fiche OPAS.

Ceci est une injonction par l'assurance qui est entièrement fautive:

L'évaluation de l'infirmier évaluateur selon OPAS art. 8a al.1 est une évaluation du "besoin requis" de soins pour la survie du patient.

Elle est une évaluation de la santé du patient, et donc l'évaluateur n'a aucun droit de se soumettre à une évaluation de l'assurance. Il doit donc garder son évaluation sans aucune influence de la part de l'assurance, ce qui est garanti dans l'art. 8a al.1 OPAS et suivants.

La séparation entre assurance et l'infirmier évaluateur de votre structure de soins est primordiale, et garantie par la loi, sans quoi ce serait bien trop facile de falsifier les évaluations, au gain financier énorme des assurances, ce que la loi interdit spécifiquement et prévient par ces articles de lois.

Basez-vous sur ces choses et mentionnez-les à l'évaluateur, et qu'il n'a aucun besoin ni le droit d'obéir à cette injonction de l'assurance.

### **3.5.4 Protection tarifaire**

L'assurance a tendance à affirmer une contre-vérité dans leurs lettres de Décisions de Limitations, qui est la suivante par exemple:

*"Protection tarifaire : Les fournisseurs de prestations ne peuvent exiger de rémunération auprès de notre assuré(e) pour des prestations relevant de l'art. 7 OPAS. (art. 44, al. 1)".*

Ils argumentent ensuite en mentionnant que selon cet article de loi art. 44 al.1 (de la loi LAMal mais qu'ils n'indiquent pas pour que vous ne puissiez pas vérifier que c'est faux), que si vous avez besoin de plus de prestations, notamment de soins 'A' OPAS art. 7 al.2, cela est impossible, et que votre structure de soins n'aurait pas le droit de vous fournir ces heures supplémentaires dont ils auraient besoin, et ceci même si c'est vous qui paieriez ces heures !

Ceci est absolument inacceptable, et un abus de pouvoir multiple et illégal.

Le but ici est pour l'assurance de faire en sorte que la structure de soins ne puisse plus passer de temps à justifier votre besoin, car cela prend des heures et donc du temps pour défendre votre cas.

Ainsi ils visent principalement les soins de type 'A' OPAS, c'est-à-dire le temps passé par l'infirmier évaluateur rien que pour regrouper les documents et permettre une meilleure caractérisation de votre état, afin de le démontrer aux juges, ou rien que pour fournir les documents nécessaires.

Comme l'évaluateur n'est payé ni par l'assurance qui refuse de payer des heures complémentaires pour vous défendre ainsi que défendre votre besoin, ils tentent de vous interdire également de payer le montant supplémentaire dont a besoin votre structure de soins pour apporter les arguments en votre faveur afin que vous puissiez vous battre contre l'assurance et devant les tribunaux.

Pourtant, ce sont des informations qu'eux seuls peuvent fournir, car eux seuls les possèdent.

De ce fait, l'assurance fait en sorte que la structure ne soit pas payée pour son supplément d'heures pour votre dossier, et usuellement la structure de soins vous indiquera simplement qu'elle ne peut plus rien faire, car elle n'est plus payée, et que vous n'avez même pas le droit de les payer pour faire leur administratif, hormis si c'est une très bonne structure de soins.

Or la réalité est que cette phrase mentionnée par l'assurance en fin de lettre usuellement est totalement erronée !

En réalité, ce que l'art. 44 al.1 LAMal est ceci très précisément :

*"Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire)."*

Ceci est tout différent, et indique uniquement que votre structure de soins n'a pas le droit d'appliquer un tarif plus élevé qu'environ 78 CHF/h pour tous les soins qu'ils vous prodiguent.

Nous sommes donc très loin de ce que l'assurance tente de faire croire à votre infirmier évaluateur et à vous-même, ce n'est que contre-vérité.

Dans un tel cas, exigez de l'assurance de permettre à votre structure de soins de prester les heures de soins 'A' OPAS art. 7 al.2 avec facturation à vous-même, et avec vous en copie dans leur lettre.

S'ils refusent, alors faites une "Demande de Mesure superprovisionnelle" à votre juge du Tribunal Cantonal, en demandant qu'il statue sur cet élément, et vous permette de payer vous-même les suppléments nécessaires par l'assurance.

Il va accepter car c'est vraiment une falsification de l'esprit de la loi dont il s'agissait par l'assurance, et cela a été confirmé par expérience.

Suite à cette permission et correction du juge, vous pourrez l'indiquer à votre structure de soins, et elle pourra donc vous facturer au privé toutes les heures supplémentaires qu'ils doivent passer en soins 'A' OPAS d'évaluation et de coordination. Même si cela sera cher, ils devraient être conciliants et faire le moins cher possible, mais si vous pouvez vous le

permettre cela donnera enfin toutes les preuves nécessaires au tribunal ou à vous-même pour vous défendre et défendre votre cas, ou à votre avocat.

## 4 Conclusion

Ces éléments devraient vous permettre de bien mieux vous défendre et obtenir vous rentes ou prises en charges, ou alors de les défendre devant la justice, ou devant des médecins ou intervenants, ou les assurances.

Ce document est appelé à évoluer en fonction des diverses informations semblant utiles pour tous.

Lausanne, le 23.5.2026  
Daniel Bürgin

### Annexes:

---

- 1 Définition d'atteinte au Covid long de l'OMS du 6.10.2021, pages principales (plusieurs langues)
- 2 Détermination générale atteinte covid long selon OMS, par D. Bürgin, du 23.5.2026
- 3 Liste des symptômes du World PhysioTherapy Day 2021, page 2, de juin 2021 (plusieurs langues)
- 4 Canevas de feuille de relevé manuscrit pour séance de physio de marche avec Pacing, du 23.5.2026