

Comment soupçonner un cas de Long Covid ?

Deux cas cliniques, deux entretiens, une aide par intelligence artificielle (IA)

Marc Jamoulle MD, PhD
Médecin de famille. Charleroi
HEC Université de Liege
marc.jamoulle@uliege.be

Dodécagroupe (DDG) de Tubize – SSMG – 22 septembre 2026

Le cadre : un Dodécagroupe de la SSMG

- La réunion du **22 septembre 2026** est celle du **Dodécagroupe (DDG) de Tubize**, sous l'égide de la SSMG.
- La SSMG situe la naissance des **Dodécagroupes en 1984**, dans la continuité de ses groupes loco-régionaux de formation continue.
- Les **GLEM** ont été institutionnalisés plus tard, dans le cadre de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques par les pairs.
- Les deux dispositifs ont ensuite coexisté et partagé des outils et des formations d'animateurs au sein de la SSMG.

Une filiation, pas une identité

Les DDG ont précédé les GLEM et ont installé durablement une culture de formation en petits groupes entre généralistes. On peut parler d'une **filiation pédagogique**, mais pas d'une création juridique directe du GLEM par le DDG.

Sources : SSMG, historique institutionnel (Dodécagroupes, 1984) ; Jonckheer P, Laperche J, Trefois P. *Éducation Santé*, 2001 ; Dechamps I. *Santé conjugulée*, 2004 ; Lefebvre L. *Rev Med Gen*, 2007.

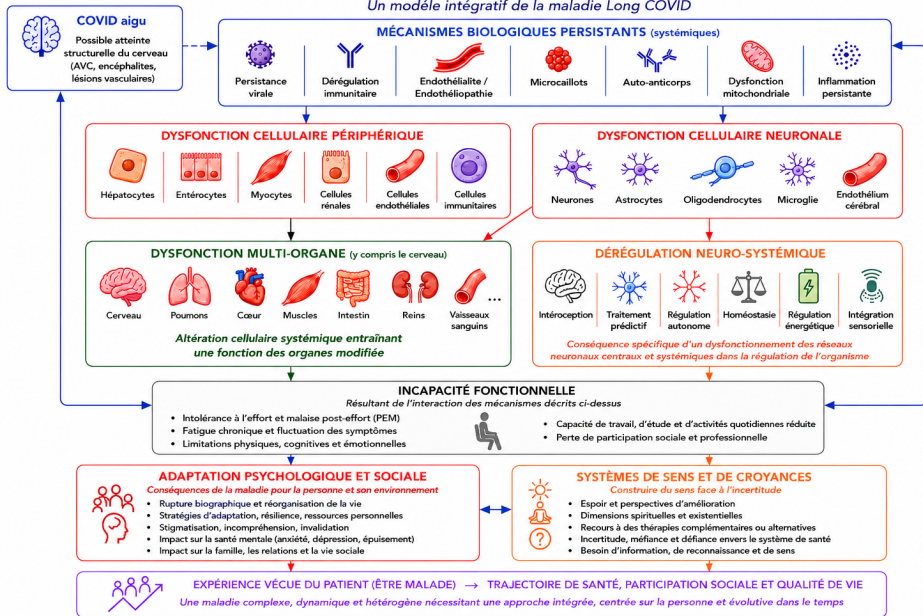
Ce qu'on croit connaître du Long Covid

Une maladie neurologique, systémique, hétérogène, évolutive et invalidante

L'image suivante essaie de synthétiser ce qui est connu

De la persistance virale à l'incapacité fonctionnelle

Un modèle intégratif de la maladie Long COVID



Comment lire ce modèle ?. Après une attaque virale par Sars cov -2

- Des **mécanismes biologiques persistants** peuvent toucher plusieurs types cellulaires.
- Ils peuvent contribuer à une **dysfonction multi-organe** et à une **dérégulation neuro-systémique**.
- Le résultat clinique qui nous importe en première ligne est l'**incapacité fonctionnelle** : effort, cognition, autonomie, travail, participation sociale.
- Cette incapacité s'inscrit ensuite dans une **trajectoire vécue** : adaptation, rupture biographique, relations, croyances et recherche de sens.

Prudence

Ce schéma est un modèle intégratif de travail : il ne suppose pas qu'une même chaîne causale soit démontrée chez chaque patient.

Reconnaître, en médecine générale, le moment où une plainte apparemment banale devient une **configuration compatible avec un Long Covid**.

Le fil proposé

- deux situations cliniques récentes ;
- deux entretiens avec l'accord des patientes ;
- une analyse du discours avec l'aide de l'IA ;
- une traduction prudente vers un langage clinique partageable.

Cas clinique 1 — Femme de 30 ans, connue depuis l'enfance

Récemment diplômée en biologie médicale, sportive, sans problème de santé majeur connu.

15 septembre 2026

- Céphalées persistantes (motif de la consultation).
- Fatigue depuis plusieurs mois.
- Se sent épuisée, sans énergie.
- Faiblesse des bras et des jambes.
- Oublis fréquents ; mémoire immédiate perturbée.
- Laborantine, récemment diplômée, en recherche d'emploi.

Je remonte le temps dans le dossier médical informatisé (DMI)...

Cas clinique 1 — Je remonte le temps dans le DMI

18 février 2025

Syndrome grippal : nez bouché, mal de gorge, toux, fatigue importante, **perte d'odorat**.
Les symptômes durent **deux à trois semaines**.

2 avril 2025

« Je suis trop fatiguée depuis une semaine, je sens que quelque chose ne va pas. »
Difficulté à tenir sa journée de stage. Biologie récente normale.

3 novembre 2025

Perception de battements cardiaques irréguliers avec tendance syncopale, parfois à la course, parfois au repos. Impression que le cœur peut battre lentement.

15 septembre 2026 (aujourd'hui)

Fatigue chronique, faiblesse des membres, épuisement, troubles de mémoire immédiate, céphalées.

Cas clinique 1 — Mais le dossier contient aussi autre chose...

2021

Fatigue, amaigrissement, insomnie, difficultés de concentration dans un contexte familial et psychologique très difficile.

10 janvier 2022

PCR (*polymerase chain reaction*) fortement positive pour le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2).

2023 -2024 -2025- 2026

Palpitations, manque d'énergie, stress, céphalées puis épisodes migraineux. Elle s'oblige à étudier quand même. Et obtient son diplôme.

La question clinique

En septembre 2026, faut-il expliquer la fatigue, les céphalées et les troubles cognitifs par son histoire psychologique connue...

ou reconnaître qu'un nouveau phénotype s'est progressivement installé ?

Cas clinique 1 — Analyse de l'interview du 15/09/2026

Entretien avec la patiente, analysé avec son accord par IA.

Méthode : enregistrement, transcription (vook.ai), analyse du texte par IA

1. Extraction sémantique du verbatim, **sans imposer la Human Phenotype Ontology (HPO).**
2. Identification des concepts cliniques exprimés par la patiente.
3. Vérification secondaire, terme par terme, dans HPO.
4. Production de triplets : **Code HPO / terme / verbatim.**

Concepts qui émergent du discours :

- fatigue, fatigabilité et intolérance à l'effort ;
- troubles de mémoire, recherche de mots et désorganisation du langage ;
- palpitations et symptômes déclenchés par l'effort ;
- céphalées, cervicalgies et douleurs diffuses ;
- hyposmie persistante et intolérance au bruit ;
- hypersudation, nausées et manifestations digestives.

Cas clinique 1 — Du récit au phénotype calculable

HPO	Phénotype	Verbatim
HP :0012378	Fatigue	« J'étais toujours en manque d'énergie. »
HP :0003546	Intolérance à l'exercice	« Après 20 minutes, j'étais vraiment épuisée. »
HP :0002354	Trouble de la mémoire	« Parfois, ce que j'ai fait hier, j'ai déjà oublié. »
HP :0030784	Anomie	« J'oublie souvent les mots. »
HP :0004409	Hyposmie	« Ma maman le sent, moi je ne le sens pas du tout. »
HP :0001962	Palpitations	« Quand je cours, j'ai l'impression qu'il bat de manière irrégulière. »
HP :0002315	Céphalée	Douleur de la nuque jusqu'au-dessus du crâne.
HP :0009763	Douleurs des membres	« J'ai mal au bras, aux jambes, un peu partout. »
HP :0000975	Hyperhidrose	« Je transpire beaucoup. Plus qu'avant. »
HP :0002018	Nausée	« Quand je cours... j'ai un petit peu des nausées. »

Ce que l'IA apporte ici

Elle ne pose pas le diagnostic : elle permet de **retrouver, structurer et rendre calculable le phénotype contenu dans le récit du patient.**

Fatigue + intolérance à l'effort
troubles cognitifs et langagiers
hyposmie persistante
palpitations à l'effort
céphalées + douleurs diffuses

Ce n'est plus une succession de plaintes isolées.

C'est un phénotype.

Cas clinique 1 : ce que l'entretien révèle

Effort et récupération

- reprise du sport pendant deux à trois mois ;
- épuisement après environ vingt minutes ;
- besoin de s'asseoir et de récupérer ;
- douleurs majorées après l'effort.

Autres domaines

- mémoire et rappel altérés ;
- recherche de mots ;
- hyposmie persistante ;
- palpitations, hypersudation, nausées ;
- douleurs diffuses.

Le signal fort : l'effort n'améliore pas, il augmente le problème.

Cas clinique 2 — Femme de 30 ans : début par une demande administrative

Asthme connu depuis l'enfance, peu symptomatique avant 2020.

Douleur sacro-coccygienne post-partum ancienne, clairement antérieure au Covid.

9 septembre 2026

Je reçois un formulaire du Service public fédéral (SPF) à compléter. La patiente n'est plus suivie régulièrement au cabinet.

Je rouvre le dossier et le Réseau Santé Wallon (RSW) :

- PCR SARS-CoV-2 **positive le 9 octobre 2020** ;
- imagerie lombaire récente montrant une scoliose et des discopathies ;
- plaintes fonctionnelles devenues progressivement très importantes.

Ce qu'elle m'écrit

« Je ne sais plus faire ce que je faisais il y a cinq ans. [...] C'est comme si j'avais le corps d'une personne âgée mais je n'ai que 30 ans. »

Cas clinique 2 — Je remonte dans l'histoire

Avant le Covid

Asthme ancien. Douleur mécanique pelvienne/sacro-coccygienne post-partum, focale, réveillée notamment par la rotation en décubitus : problème à explorer pour lui-même.

9 octobre 2020 : Covid PCR positif

Fièvre, vomissements, aggravation majeure de l'asthme, sensation d'écrasement thoracique, manque d'air et **perte complète de l'odorat**.

Les mois suivants

Raideur importante de la nuque et du dos, vomissements répétés, tremblements, difficulté à rester debout au point de devoir parfois se soutenir au mur.

Après 7–8 mois

Amélioration partielle, mais **pas de retour à l'état antérieur** : « j'ai appris à vivre avec » les symptômes qui persistent.

Cas clinique 2 — Ce que l'interview révèle en 2026

Cognition et langage

- « énormément de trous noirs » et oublis fréquents ;
- perte du fil d'une conversation ou d'une lecture ;
- mots inadéquats, inversions, difficulté à terminer un mot ;
- plusieurs personnes qui parlent : « je n'arrive plus à suivre ».

Effort, sensoriel, neurovégétatif

- après un déplacement : impression d'avoir « fait un marathon » ;
- jambes qui flanchent dans les escaliers, paresthésies des bras et mains ;
- points noirs et vertige au lever ;
- dyspnée/oppression persistante, palpitations épisodiques ;
- odorat fluctuant et goût modifié.

L'entretien fait apparaître un tableau que le dossier fragmenté ne montrait pas.

Cas clinique 2 — Deux problèmes, deux temporalités

Problème antérieur au Covid

- douleur pelvienne/sacro-coccygienne post-partum ;
- douleur focale, mécanique, provoquée par certains mouvements ;
- anomalies rachidiennes à l'imagerie ;
- exploration orthopédique/radiologique spécifique nécessaire.

Phénotype apparu après 2020

- perte d'énergie et mauvaise tolérance à l'activité ;
- dyspnée et oppression thoracique ;
- troubles mnésiques, attentionnels et langagiers ;
- vertiges orthostatiques et palpitations ;
- anosmie initiale, odorat fluctuant et dysgueusie.

Le piège clinique

Ne pas tout attribuer au Covid — mais ne pas laisser une pathologie préexistante masquer un nouveau phénotype post-infectieux.

Cas clinique 2 — Le retentissement fonctionnel donne la mesure

- Les courses sont devenues difficiles ; elle ne peut plus porter lourd et rester longtemps debout.
- Elle estime pouvoir marcher quelques centaines de metres, mais avec une majoration importante des douleurs ensuite.
- Après un déplacement ou une consultation, elle doit se poser et parfois dormir.
- Toilette et habillage restent possibles, mais lentement, en évitant les mouvements brusques.
- Le ménage est fractionné ; une aide familiale intervient une fois par semaine.
- Les démarches sont faites autant que possible en ligne pour éviter les déplacements.

Le formulaire F3 F4 du SPF difficile à remplir

L'incapacité n'est pas résumée par une lésion unique : elle résulte de la combinaison **douleur + effort + cognition + respiration + manifestations neurovégétatives**.

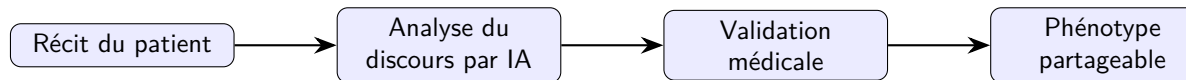
L'IA : non pas diagnostiquer, mais analyser le discours

Cadre pratique : une nouvelle étape de médecine narrative

- entretien enregistré avec l'accord du patient ;
- anonymisation avant analyse ;
- l'IA aide à repérer les concepts dans le récit ;
- le médecin garde la validation clinique.

Ce que l'IA apporte ici

Elle aide à ne pas oublier des dimensions du récit : effort, temporalité, mémoire, langage, douleur, odorat, manifestations neurovégétatives.



Règle de prudence

On part toujours des mots du patient. On ne force pas le récit dans une catégorie préfabriquée.

HPO : un outil pour l'IA

HPO signifie *Human Phenotype Ontology*.

À quoi ça sert ?

- c'est un dictionnaire informatisé en ligne des anomalies phénotypiques ;
- chaque concept a un nom, une définition et un identifiant stable ;
- accès JAX : <https://hpo.jax.org> ;
- il ne remplace pas le diagnostic ;
- il permet de comparer des cas cliniques, de dépister des maladies rares.

Exemple simple d'analyse de texte par IA

« Je suis épuisée après un effort » → fatigue / intolérance à l'exercice .

Ce que montrent les deux cas

Domaine	Cas 1	Cas 2 — MGA.567
Point d'entrée	fatigue et troubles cognitifs dans le DMI	formulaire SPF et incapacité fonctionnelle
Effort / énergie	épuisement après environ 20 minutes de sport	un déplacement peut donner l'impression d'avoir « fait un marathon »
Neurocognition	mémoire récente, rappel, recherche de mots	trous de mémoire, perte du fil, erreurs de mots, difficulté en environnement multi-voix
Sensoriel	hyposmie persistante	anosmie aiguë puis odorat fluctuant, goût modifié
Neurovégétatif / respiratoire	palpitations, hypersudation, nausées à l'effort	vertige au lever, palpitations, dyspnée et oppression thoracique
Facteur de confusion	histoire psychologique antérieure	douleur mécanique pelvienne préexistante

Même résultat clinique

Dans les deux situations, l'entretien recompose une **configuration cohérente** que les entrées successives du dossier ne rendaient pas visible.

Questions à poser devant une fatigue post-COVID

1. Le patient se sent-il différent (avant et après le Covid)
2. Que se passe-t-il **après** un effort physique, cognitif ou émotionnel ?
3. Combien de temps faut-il pour récupérer ?
4. La mémoire, les mots ou l'organisation quotidienne ont-ils changé ?
5. Y a-t-il palpitations, malaise, hypersudation ou nausées ?
6. La douleur, l'odorat, la perception des sons ou de la lumière ont-ils changé ?

Ce qu'il ne faut pas faire trop vite

Pièges

- conclure trop vite à un simple déconditionnement ;
- réduire le tableau à une anxiété ou à une plainte isolée ;
- perdre la temporalité : infection, effort, délai, récupération.
- labo et imagerie négatives et donc il n'y a rien, c'est les nerfs ,c'est dans la tête, c'est un burnout

Point clé

Le Long Covid se soupçonne dans la combinaison : **perte du soi + chronologie + effort + neurocognition + dysautonomie + douleur.**

« D'accord... et maintenant, qu'est-ce que j'en fais ? »

C'est une excellente question

Vous venez d'identifier un problème clinique que vous ne savez pas encore complètement expliquer.

Vous êtes dans l'incertitude.

- Ne pas fabriquer trop vite une certitude diagnostique.
- Ne pas renvoyer le patient parce que les examens habituels sont rassurants.
- Transformer l'incertitude en **question clinique** : qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui persiste, qu'est-ce qui aggrave, qu'est-ce que je dois encore exclure ?

Le premier acte médical ; partager l'incertitude

Reconnaître le problème, et dire au patient que l'on va essayer de comprendre.

Première chose : écrire l'histoire du patient

Faire un récit médical

- comment était la personne **avant** ;
- l'infection et ce qui s'est passé ensuite ;
- ce qu'elle vit **aujourd'hui** ;
- l'effet de l'effort et le temps de récupération ;
- le retentissement sur autonomie, travail et vie familiale ;
- ce qui reste incertain et les autres diagnostics à explorer.

Puis chercher des relais

Tout le monde ne va pas monter une recherche sur le Long Covid.

Dans mon réseau, quelques confrères à **Liège, Bruxelles, Namur** — et probablement ailleurs — ont décidé de documenter ces situations et d'aller plus loin lorsque c'est nécessaire.

Moi, j'ai monté une recherche... mais je suis pensionné, j'ai du temps et le besoin de comprendre

Et sur le plan thérapeutique ?

Pas encore de traitement causal établi

À ce jour, pas de **traitement étiologique démontré applicable à l'ensemble des patients** Long Covid.

Mais cela ne signifie surtout pas : « il n'y a rien à faire ».

Beaucoup de choses sont déjà médicales

- écouter et reconnaître le retentissement ;
- rechercher et traiter ce qui est traitable ;
- soulager les symptômes ;
- soutenir autonomie, travail et vie sociale.

Et si l'effort aggrave les symptômes ?

Ne pas pousser à dépasser les limites.

Repérer le **malaise post-effort (PEM)** / l'**exacerbation symptomatique post-effort (PESE)** ; stabiliser, fractionner, alterner activité et repos : **pacing**.

Une augmentation fixe et progressive de l'exercice n'est pas indiquée en présence de PESE.

Pour beaucoup de patients, apprendre leurs nouvelles limites signifie aussi faire le deuil de ce qu'ils étaient.

Sources : Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Clinical management of COVID-19 : living guideline*, juin 2025 ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Long COVID Clinical Guidance*, 2026.

Pour ne pas rester seul : quelques ressources

Long Covid Belgium

Association créée **par et pour les patients**, avec une forte implication de patients à profil scientifique et de proches. Documentation particulièrement riche, informations pratiques et soutien.

longcovidbelgium.be

Long Covid Open Library – Zotero

Bibliographie publique, structurée et évolutive, organisée par systèmes corporels et concepts selon la *Core Content Classification in General Practice* (3CGP).

zotero.org/groups/4929325/long_covid_open_library

Jamoulle M. *Structuring knowledge on Long Covid : a bibliographic approach based on 3CGP*. 2025. [ORBi: 2268/327758](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:fr:inra-2025-07-01-2268-327758).

Wallonie : Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) – Le Ressort

Le **Centre Ressources Lésion Cérébrale (CRLC)**, financé par l'AVIQ et porté par Le Ressort, accompagne les personnes présentant une **lésion cérébrale acquise** : orientation, soutien et démarches socio-administratives. Donner une attestation décrivant l'atteinte cérébrale — **encéphalite** lorsque ce diagnostic est médicalement défendable. leressort.be 081/61.10.78

Réseau Long Covid – liste WhatsApp

Réseau multidisciplinaire modéré par moi : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, neuropsychologues, biologistes moléculaires, neuroradiologues et quelques patients très investis. Vous pouvez **demandeur à rejoindre la liste**, ou simplement **m'envoyer une question à lui soumettre** ; marc.jamoulle@uliege.be.

Documenter – orienter – partager la question.