HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE

Troubles psychiatriques et aspects psychologiques associés aux symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte

Validée par le Collège le 6 avril 2023

Le vécu des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte varie suivant la durée et la sévérité de l'atteinte mais ses spécificités permettent de dégager des constantes dans son retentissement psychologique.

L'évaluation des troubles psychiatriques s'inscrit dans une démarche globale de prise en charge des personnes ayant des symptômes prolongés après un épisode de Covid-19.

Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux et dépressifs. Leur prévalence à 3 et 6 mois est plus élevée qu'en population générale.

En 2023, quel est l'état de santé mentale de la population générale ?

La pandémie de Covid-19 a entrainé partout dans le monde une dégradation de la santé mentale. Selon l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

En France, l'enquête CoviPrev de Santé Publique France confirme cette dégradation de la santé mentale dans la population française en matière de symptômes dépressifs et anxieux, de problèmes de sommeil et de pensées suicidaires.

Les plus touchés sont les 18-24 ans et les personnes ayant une situation financière difficile ou déclarant des antécédents de troubles psychologiques.

Quels sont les principaux troubles psychiatriques des patients ayant des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte ?

Épidémiologie

Après un épisode de COVID-19 par rapport à une autre infection respiratoire, le risque relatif de développer un trouble anxieux ou un trouble dépressif est augmenté respectivement de 11 à 15 % et de 6 à 11 % pendant 6 à 8 semaines chez l'adulte.

La prévalence médiane du trouble de stress post-traumatique à 3 mois après un épisode aigu de COVID varie de 13 % à 16 %.

Chez les patients ayant des symptômes prolongés après un épisode de COVID-19, les symptômes anxieux et dépressifs concernent environ 15 % des patients ayant été hospitalisés et 30 % des patients n'ayant pas été hospitalisés.

Principaux troubles psychiatriques

Les principaux troubles psychiatriques que développent les patients avec des symptômes prolongés de la Covid-19 sont les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, les troubles dépressifs, les idées/conduites suicidaires et le suicide (cf. annexe 1).

Diagnostic différentiel

L'existence de ces symptômes prolongés n'exclue pas la recherche d'un diagnostic psychiatrique comorbide.

Les troubles anxieux et dépressifs figurent parmi les diagnostics différentiels à considérer pour certains symptômes prolongés notamment :

- fatigue, troubles de concentration et d'attention, palpitations, oppression thoracique, sueurs, tremblements, douleurs musculaires, sensation de suffocation, nausées, diarrhée, engourdissements ou picotements, étourdissements, vertiges, **pour les troubles anxieux** ;
- fatigue, perte d'appétit, troubles du sommeil, troubles de concentration et d'attention, **pour les troubles dépressifs**.

L'ensemble de ces symptômes peuvent néanmoins exister en dehors d'un trouble dépressif ou anxieux.

Ces symptômes ne peuvent être attribués à un diagnostic psychiatrique que si les critères diagnostiques sont présents : syndrome, rupture de fonctionnement, critères temporels (cf. annexes 1 et 3).

Les troubles anxieux et dépressifs sont un facteur de risque de symptômes prolongés à la suite d'un épisode de COVID-19.

Quelle étiologie ?

L'étiologie des troubles psychiatriques associée aux symptômes prolongés de la Covid-19 de l'adulte demeure mal connue. Elle conjugue probablement à la fois des mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux.

Aspects psychologiques

L'épisode de COVID-19 a parfois eu lieu dans des situations éprouvantes, voire traumatisantes : situation de détresse respiratoire avec éventuellement séjour en USI, sensation de mort imminente. Certains patients ont été confrontés à la maladie de proches et parfois à leur décès. Mais surtout, il n'existe pas actuellement de réponses à la plupart des questions que les patients se posent. L'évolution lente des connaissances sur les mécanismes, les incertitudes sur l'évolution de ce syndrome, l'absence de traitement spécifique favorisent un sentiment de perte de contrôle de son destin et une impression d'impuissance.

Les réponses faites aux demandes des patients mettent souvent en doute leurs plaintes qu'il s'agisse de leur entourage familial, professionnel ou social et prennent parfois un aspect stigmatisant très éprouvant. Le malade se retrouve souvent obligé de démontrer la réalité de ses symptômes. Cette situation occasionne régulièrement des ruptures du parcours de soins.

Le retentissement affectif et familial est important : fragilisation des liens devant la chronicisation de l'atteinte, altération de la vie amoureuse et sexuelle, dégradation de l'image de soi.

Dans le domaine professionnel, certains symptômes sont particulièrement invalidants quoique non visibles : la fatigue, la fatigabilité à l'effort physique ou intellectuel, les troubles cognitifs, les douleurs, etc.

Sur le plan social, les difficultés que peuvent rencontrer les patients dans la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie, dans la complexité des arrêts de travail, sont éprouvants psychologiquement.

Quelles prises en charge ?

Comme dans toute relation thérapeutique, l'écoute, l'information et la décision partagée sont essentielles.

Il est primordial d'établir un climat de confiance réciproque dans lequel le médecin reconnaît la réalité des symptômes et de leur retentissement.

La prise en charge de l'anxiété et sa prévention comportent une information du patient sur l'évolution attendue des symptômes prolongés.

L'échelle HAD peut éventuellement donner des indications sur le diagnostic des troubles anxieux et dépressifs (cf. annexe 5).

Le risque suicidaire doit être évalué systématiquement.

La prise en charge des troubles psychiatriques doit être multidisciplinaire et multidimensionnelle. Il faut distinguer :

- les réactions psychologiques adaptatives, d'intensité modérée, nécessaires pour faire face aux situations ;
- de celles dont l'intensité et la durée ont un impact sur la vie quotidienne et peuvent nécessiter le recours à un psychiatre ou un psychologue.

La prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique des troubles anxieux, dépressifs et post-traumatique ne présente pas de spécificité dans le cadre des symptômes prolongés après un épisode de COVID-19.

La reprise d'une activité physique quotidienne est favorisée, conduite de façon progressive et adaptée aux capacités du patient (cf. Fiche kinésithérapie et réentraînement à l'effort).

Pour les patients ayant des symptômes cognitifs prolongés après un épisode de COVID-19, il est recommandé de prendre en compte :

- le risque d'aggravation des symptômes cognitifs en cas de prescription d'un traitement anxiolytique ou hypnotique ; des techniques non médicamenteuses validées constituent une alternative de choix dans ce domaine ;
- la possibilité d'une amélioration des symptômes cognitifs en cas de traitement efficace d'un trouble psychiatrique comorbide, après, notamment, la mise en place d'une prescription adéquate d'antidépresseurs.

Annexe 1. Troubles psychiatriques des patients ayant des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte

Troubles anxieux

Pour rappel, l'anxiété s'exprime dans quatre registres :

- cognitif : incertitude, représentations menaçantes, etc. ;
- émotionnel : peur ;
- comportemental : hypervigilance, conduites d'évitement, etc. ;
- physique : tension musculaire, palpitations, tachycardie, sueurs, tremblements, paresthésies, douleur ou gêne thoracique, sensation d'étouffement, nausées, sensations vertigineuses, etc.
- Ces symptômes peuvent prendre la forme d'une attaque de panique (cf. annexe 2).
- Les troubles anxieux se distinguent de l'anxiété-symptôme par leur caractère récurrent ou chronique et par leur retentissement fonctionnel.
- Parmi les différents troubles anxieux chez les personnes ayant des symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19, le trouble anxieux généralisé (TAG) est le plus fréquemment rencontré, devant le trouble panique. La prévalence dépend de l'âge et de la gravité de l'infection aiguë. La durée de l'hospitalisation constitue également un facteur de risque.

Trouble de stress post-traumatique

L'hospitalisation et en particulier le passage en réanimation ou l'intubation augmentent la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) (cf. annexe 3) de manière plus importante que celles des troubles anxieux ou dépressifs.

Troubles dépressifs

L'épisode dépressif caractérisé est défini par la présence de symptômes dépressifs (tristesse, perte d'intérêt et de plaisir, fatigue, troubles de concentration et d'attention, etc.), quasiment tout le temps, quasiment tous les jours, pendant au moins 2 semaines et à l'origine d'une détresse subjective ou d'un retentissement fonctionnel (cf. annexe 4).

Les facteurs de risques sont principalement la sévérité de l'infection, le passage en unité de soins intensifs, l'isolement, ainsi que les antécédents de dépression.

Suicidalité

Si ce domaine n'est pas encore bien exploré, certains auteurs alertent sur le fait que certains symptômes prolongés à la suite de la Covid-19 (troubles neurocognitifs, dépression, troubles du sommeil…) et les conséquences psycho-sociales des symptômes prolongés entraînent généralement une hausse de la suicidalité (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides).

Annexe 2. Symptomatologie de l'attaque de panique

Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

- palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque ;
- transpiration ;
- tremblements ou secousses musculaires ;
- sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement ;

- sensation d'étranglement ;
- douleur ou gêne thoracique ;
- nausée ou gêne abdominale ;
- sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ;
- frissons ou bouffées de chaleur ;
- paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) ;
- déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) ;
- peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou » ;
- peur de mourir.

Annexe 3. Caractéristiques du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est caractérisé par la persistance des symptômes suivants, plus d'un mois après l'exposition directe ou indirecte à un événement traumatique :

- la présence d'intrusions : souvenirs, cauchemars, flashbacks, etc. ;
- une détresse psychologique ou réaction physiologique marquée en cas de réexposition ;
- un évitement des indices de rappel ;
- une altération des cognitions et de l'humeur : amnésie dissociative, distorsions cognitives négatives, perte d'intérêt pour autrui ;
- une hyperactivation neurovégétative : irritabilité, impulsivité, hypervigilance, sursaut / distractibilité / insomnie.

Annexe 4. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

Selon le DSM-5, les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur : au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p.ex. se sent triste, vidé, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plans précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB. Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé.

NB. Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, de ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considéré attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque. NB. Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Source : American Psychiatric Association. Trouble du spectre de l'autisme. Dans: DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e Edition. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015

Annexe 5. HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Source : Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. Ann Med Psychol 1985;143(2):175-89.

Références bibliographiques

1. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. Nature 2021;594(7862):259-64. http://dx.doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9.
2. Buttery S, Philip KEJ, Williams P, Fallas A, West B, Cumella A, et al. Patient symptoms and experience following COVID-19: results from a UK-wide survey. BMJ Open Respir Res 2021;8:e001075. https://doi.org/10.1136/bmjresp-2021-001075.
3. Santé publique France. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 36 de l'enquête CoviPrev. Mis à jour le 11 janvier 2023. Saint-Maurice: SPF; 2023. https://www.sante-publiquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19.
4. Groff D, Sun A, Ssentongo AE, Ba DM, Parsons N, Poudel GR, et al. Short-term term and long-term rates of postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a systematic review. JAMA Netw Open 2021;4(10):e2128568. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28568.
5. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet 2021;397(10270):220-32. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8
6. Ladds E, Rushforth A, Wieringa S, Taylor S, Rayner C, Husain L, et al. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. BMC Health Serv Res 2020;20:1144. https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y.
7. Bosworth M, Pawelek P, Ayoubkhani D. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 5 January 2023. London: Office for National Statistics; 2023. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/5january2023.
8. Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk. QJM 2021;114(2):95-8. http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcab007.
9. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. The Lancet Psychiatry 2021;8(5):416-27. http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00084-5.
10. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. The Lancet Psychiatry 2021;8(2):130-40. http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
11. Taquet M, Sillett R, Zhu L, Mendel J, Camplisson I, Dercon Q, et al. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. Lancet Psychiatry 2022;9(10):815-27.http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00260-7.
12. Wang S, Quan L, Chavarro JE, Slopen N, Kubzansky LD, Koenen KC, et al. Associations of depression, anxiety, worry, perceived stress, and loneliness prior to infection with risk of post–COVID-19 conditions. JAMA Psychiatry 2022;79(11):1081-91. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640.
13. Xie Y, Xu E, Al-Aly Z. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. BMJ 2022;376:e068993. http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-068993.

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Troubles psychiatriques et aspects psychologiques associés aux symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'adulte**, **méthode réponse rapide**, **avril 2023**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur **www.has-sante.fr**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – avril 2023