



## Note de lecture

de l'Observatoire Régional de la Santé  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Version actualisée - Octobre 2020

---

# Les risques de trouble de stress post-traumatique chez les personnes hospitalisées pour une Covid-19

État des connaissances disponibles  
et pistes d'intervention

---

Hélène Dumesnil et Dr Pierre Verger, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Pr Guillaume Vaiva, Centre Hospitalier Universitaire de Lille, Université de Lille (Lille Neurosciences & Cognitions U1172 INSERM), Centre National de Ressources et de Résilience pour les psychotraumatismes

## Résumé de la note de lecture

---

Différentes études ont mis en évidence des séquelles psychologiques durables chez les patients ayant survécu au Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ou au Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS). Les premiers résultats provenant de Chine suggèrent qu'une grande partie des patients hospitalisés suite à une Covid-19 ont développé un trouble de stress aigu et sont ainsi susceptibles de développer un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) à court ou moyen terme.

Le TSPT est un trouble psychiatrique qui peut survenir suite à l'exposition à un événement traumatique (catastrophe naturelle ou industrielle, acte criminel, attentats, accident, maladie grave...). Ce trouble a des conséquences sévères et durables sur la vie des personnes atteintes et de leurs proches et est fréquemment associé à des comorbidités somatiques et psychologiques. Près de 3 Français sur 4 (72,7 %) ont déjà été exposés à un événement traumatique et 4 % ont déjà souffert d'un TSPT au cours de la vie.

L'expérience du passage en réanimation constitue une épreuve pour les patients et s'accompagne fréquemment de séquelles physiques, cognitives et psychologiques persistant bien après la sortie de l'hôpital. Un an après leur passage en réanimation, environ 1 personne sur 5 présenterait un TSPT. Les personnes ayant reçu des benzodiazépines, déclaré des souvenirs effrayants des soins intensifs et ayant des antécédents psychologiques sont particulièrement à risque.

Au 30 septembre 2020 (et depuis le 19 mars), l'épidémie de Covid-19 avait entraîné l'hospitalisation d'environ 133 000 personnes en France dont près de 22 000 en réanimation. On peut estimer qu'au moins 5 500 personnes pourraient développer un TSPT et bien plus développer au moins un trouble psychiatrique suite à leur hospitalisation.

La mise en place systématique d'un suivi psychologique pour les patients dès leur sortie de réanimation et d'un dépistage du TSPT à leur sortie de l'hôpital est indispensable pour éviter les discontinuités de soins et assurer une prise en charge adaptée quand nécessaire. La réalisation de travaux de recherche auprès de patients ayant été hospitalisés suite à une Covid-19 permettrait de mieux documenter la survenue de TSPT liées aux épidémies, leurs facteurs de risque, leur durée et les conséquences sociales et d'identifier les besoins de soins et de soutien des personnes affectées et de leurs proches.

## Table des matières

---

1. L'impact psychologique des épidémies de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), de Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et de Covid-19 .....	2
1.1 Des séquelles psychologiques durables chez les survivants du SRAS .....	2
1.2 Premiers résultats disponibles sur le trouble de stress post-traumatique chez les patients hospitalisés suite à une Covid-19 en Chine .....	3
1.3 Un impact psychologique possible au sein de la population générale lié à l'épidémie et aux mesures de confinement .....	4
2. Environ 1 personne sur 5 avec des symptômes de stress post-traumatique 1 an après une maladie grave ou un passage en réanimation .....	5
3. Des prises en charge et interventions pour prévenir et améliorer le pronostic des troubles de stress post-traumatique .....	6
3.1 La recherche de symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique préconisée à la sortie de l'hôpital par la Haute Autorité de Santé .....	6
3.2 Deux types d'interventions ont fait leurs preuves pour réduire les symptômes de stress post-traumatique chez les personnes admises en réanimation .....	6
3.3 Les thérapies cognitivo-comportementales et la désensibilisation par les mouvements oculaires recommandées comme traitements de première intention .....	7
3.4 Des résultats prometteurs des thérapies en ligne pour traiter le TSPT.....	7
4. Conclusion et perspectives dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 .....	8
5. Références bibliographiques .....	9

Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, de nombreux chercheurs ont alerté les pouvoirs publics sur les conséquences négatives potentielles de l'épidémie et des mesures de confinement sur la santé mentale de la population et des professionnels de santé impliqués dans le dépistage et la prise en charge des patients. Cependant, le risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) suite à une hospitalisation pour une Covid-19 a été peu évoqué **(1)** alors que les connaissances sur ce trouble psychiatrique et ses causes indiquent que ce risque ne devrait pas être sous-estimé.

Cette note vise à présenter les connaissances scientifiques disponibles sur les risques de TSPT liés à des épidémies et à la Covid-19 et sur les pistes d'intervention possibles pour prévenir ce trouble, le prendre en charge et en améliorer le pronostic chez les personnes touchées.

## 1. L'impact psychologique des épidémies de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), de Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et de Covid-19

### 1.1 Des séquelles psychologiques durables chez les survivants du SRAS

Une revue de la littérature incluant 72 études a été réalisée afin d'identifier et de quantifier les symptômes psychologiques chez les personnes ayant été atteintes du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ou du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS), pendant la phase aiguë de la maladie et sur le moyen et long terme **(2)**.

Parmi les 2 480 patients hospitalisés pour un SRAS ou un MERS inclus dans l'analyse, plus de 4 sur 10 (41,9 %) souffraient d'insomnies et environ 1 sur 3 présentait des troubles anxieux (35,7 %) ou dépressifs (32,6 %) pendant la phase aiguë de la maladie **(2)**.

De nombreuses études de cohorte, incluant un total de 1 332 patients et assurant un suivi s'échelonnant entre 60 jours et 12 ans après la sortie de l'hôpital, ont mis en évidence d'importantes séquelles psychologiques à moyen et long terme chez les survivants du SRAS et du MERS. Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient des troubles du sommeil (100 %), des souvenirs traumatiques liés à la maladie (30,4 %) et une instabilité émotionnelle<sup>1</sup> (23,5 %). Plus d'1 survivant sur 10 présentait une irritabilité (12,8 %), de l'anxiété (12,3 %), des troubles dépressifs (10,5 %) ou une euphorie (10,8 %) **(2)**.

Les résultats de la méta-analyse ont conclu à une prévalence des troubles anxieux à 1 an de 14,8 % et des troubles dépressifs à 2 ans de 14,9 %. Enfin, 3 ans après la maladie, un tiers des personnes (32,2 %) souffrait d'un TSPT **(2)**.

Une autre revue de la littérature basée sur 10 études a montré que, respectivement 5 ans et 8 ans après leur sortie de l'hôpital, 25 % et 24 % des survivants du SRAS souffraient toujours d'un TSPT **(3)**.

#### Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ?

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble psychiatrique qui peut survenir chez l'adulte comme chez l'enfant suite à l'exposition, en tant que victime directe ou en tant que témoin, à un événement potentiellement traumatique, comme une catastrophe naturelle, un acte criminel (agression, vol à main armée, violences sexuelles, prise d'otages, attentat, scène de guerre...), un accident grave (de transports, du travail) ou une maladie potentiellement mortelle. L'exposition peut par ailleurs avoir été vécue par procuration, lorsqu'un individu apprend qu'un proche a été victime d'un événement traumatique **(4)**.

<sup>1</sup> Variabilité et instabilité des manifestations émotionnelles, qui peuvent osciller rapidement entre des débordements de joie, la tranquillité et des décharges spectaculaires de colère ou de larmes.

Différents facteurs de risque de développer des troubles psychologiques ont été identifiés. Le fait d'être une femme, un professionnel de santé, et des souvenirs fréquents de la maladie étaient associés à un risque plus élevé de développer un trouble psychiatrique et un risque accru de trouble sévère suite à la maladie.

De même, le fait d'être atteint d'une maladie chronique et d'avoir perdu un proche du coronavirus étaient également associés au fait de présenter un trouble d'intensité sévère.

Enfin, plusieurs facteurs prédictifs spécifiques du TSPT ont été identifiés :

- » Avoir séjourné en réanimation, avoir bénéficié d'une ventilation mécanique pendant une longue période ou avoir été sédaté (3) ;
- » Présenter une incapacité, des douleurs intenses ou se souvenir fréquemment de la maladie après être sorti de l'hôpital (2).

### Des conséquences sévères du TSPT sur la santé et la qualité de vie

Les TSPT entraînent des conséquences importantes dans la vie quotidienne, pour la personne et son entourage et affectent fortement les relations sociales et familiales, de même que la poursuite de l'activité professionnelle. Plus de 80 % des personnes atteintes d'un TSPT souffrent d'au moins une comorbidité psychiatrique ou somatique associée. Différentes études ont montré que les personnes atteintes d'un TSPT souffrent fréquemment de troubles anxieux et dépressifs, ou d'un abus ou une dépendance à l'alcool et/ou à la drogue. D'autres études ont mis en évidence que le TSPT constitue un facteur de risque majeur d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de décès par suicide (5). Par exemple, une étude de cohorte réalisée auprès de la population danoise entre 1995 et 2011 a mis en évidence que les personnes avec un diagnostic de TSPT présentaient un risque de décès par suicide 13 fois plus élevé que les personnes n'en souffrant pas, indépendamment de leurs antécédents psychologiques (6). Enfin, la présence de maux de tête et de lombalgies, mais aussi de maladies chroniques rhumatismales, cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque...), ou encore d'asthme associée au TSPT a également été largement documentée (7).

## 1.2 Premiers résultats disponibles sur le trouble de stress post-traumatique chez les patients hospitalisés suite à une Covid-19 en Chine

A ce jour, seuls quelques articles scientifiques ont été publiés sur les conséquences psychologiques de l'expérience d'une forme grave de Covid-19.

Deux enquêtes réalisées en Chine suggèrent que des proportions non négligeables de malades de la Covid-19 présenteraient, à leur sortie de l'hôpital, des symptômes importants d'anxiété (35 à 47 %) et de dépression (28 à 65 %) (2,8).

Par ailleurs, dans une enquête réalisée à Wuhan auprès de 714 patients hospitalisés en raison d'une Covid-19, la quasi-totalité des patients (96,2 %) souffrait probablement d'un stress aigu<sup>2</sup> (score supérieur à 50 à l'échelle PCL-5, PTSD checklist for DSM-5) à leur sortie de l'hôpital (9). Selon les auteurs, ces symptômes pouvaient être liés, entre autres, au vécu de la maladie et de ses symptômes, à l'expérience de l'isolement social lors de l'hospitalisation, à l'incertitude perçue, la peur de mourir ou de contaminer les autres, aux informations anxieuses diffusées dans les médias ou encore aux effets secondaires des traitements médicamenteux.

<sup>2</sup> Les auteurs parlent de TSPT, mais les critères de délai de survenue des symptômes (moins d'un mois après l'événement) correspondent en réalité à un trouble de stress aigu.

### Les symptômes caractéristiques du TSPT

Les symptômes d'un TSPT débutent habituellement dans les 3 premiers mois qui suivent un traumatisme. Cependant, il peut parfois se passer plusieurs mois ou même plusieurs années avant que les symptômes apparaissent : on parle alors de TSPT retardé.

Selon les critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème édition), le TSPT comporte quatre types de symptômes comptabilisant un total de 20 signes cliniques (4) :

- **La reviviscence**, c'est-à-dire la présence d'un ou plusieurs symptômes dits « d'intrusion » associés à un ou plusieurs événements traumatisants (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants d'un événement, rêves récurrents dont le contenu et/ou les émotions sont liés à l'événement ; flashbacks dans lesquels la personne se sent comme si l'événement traumatisant se reproduisait...);
- **L'évitement** persistant de stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques (évitement de souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ; de personnes, endroits, activités rappelant l'événement...);
- **Les altérations des cognitions et de l'humeur**, ayant commencé ou empiré après l'événement traumatique (incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatique ; état émotionnel négatif persistant, comme la peur, l'horreur, la colère, la honte et la culpabilité ; réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ; sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres...);
- **De profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité** (irritabilité et accès de colère, hypervigilance, problèmes de concentration, troubles du sommeil...).

Pour retenir un diagnostic de TSPT, les symptômes doivent perdurer au-delà d'un mois par rapport à l'événement ; avant la fin du 1er mois, on parle de Trouble de Stress Aigu. Si les symptômes persistent plus de 3 mois (pour les uns), plus de 6 mois (pour d'autres), on parle de TSPT « chronique ». Ce trouble psychiatrique peut durer des années.

### 1.3 Un impact psychologique possible au sein de la population générale lié à l'épidémie et aux mesures de confinement

Une revue de la littérature basée sur 50 publications a été réalisée afin d'évaluer l'impact psychologique de l'épidémie de Covid-19 au sein de la population générale (11). La plupart des études (46/50) ont été réalisées en Chine. Il en ressort que près de la moitié de la population (44 %) a déclaré avoir été fortement affecté par l'épidémie, environ un tiers (36 %) être stressé par cette situation et rencontrer des troubles du sommeil (34 %). Environ un quart de la population a développé des symptômes d'anxiété (26 %) et de dépression (24 %) et 1 personne sur 6 (15 %) des symptômes de stress post-traumatique consécutifs à l'épidémie.

Par ailleurs, de nombreuses études (11) ont mis en évidence un impact conséquent du confinement sur le bien-être et l'état de santé mentale des personnes, incluant la présence de symptômes d'un TSPT ou d'anxiété, d'insomnies, une consommation excessive d'alcool, ou encore de la colère. Ces symptômes pouvaient persister durant plusieurs années. Être un professionnel de santé plutôt qu'issu de la population générale, le caractère imposé plutôt que volontaire de la quarantaine, mais aussi la présence d'antécédents psychiatriques étaient associés à un impact psychologique plus fréquent et plus sévère. Plusieurs éléments générateurs de stress pendant la quarantaine ont été identifiés : être en quarantaine pour une durée longue ou indéfinie, la peur d'être infecté ou d'infecter ses proches, le sentiment d'ennui, d'isolement et d'inutilité, l'impossibilité d'accéder à certains produits de première nécessité (nourriture, eau, médicaments, matériel médical pour les soignants) ou encore un accès insuffisant aux informations des autorités sanitaires (informations en quantité insuffisante ou de mauvaise qualité). Par ailleurs, la perte de revenus associée à la perte ou l'interruption de son travail et la stigmatisation ou le rejet par les autres étaient aussi générateurs de stress après la quarantaine.

## La prévalence du Trouble de Stress Post-Traumatique au sein de la population générale en France

Différentes études ont mis en évidence la survenue d'un TSPT chez les victimes ou témoins d'événements traumatiques, comme les inondations du Vaucluse (12), la vague d'attentats dans le métro parisien (13), l'explosion de l'usine AZF à Toulouse (14), la tempête Xynthia en Charente-Maritime (15), ou encore l'attaque terroriste au Bataclan (16).

D'après les résultats de l'enquête ESEMeD menée en population générale, près de 3 personnes sur 4 (72,7 %) ont déjà été exposées à un événement traumatique et 3,9 % ont déjà souffert d'un TSPT au cours de la vie. En réalité, le risque varie considérablement au niveau individuel, notamment en fonction de facteurs de vulnérabilité préexistant au traumatisme et de la façon dont l'événement traumatique a été vécu. Le risque de TSPT est plus élevé chez les femmes et chez les personnes ayant des antécédents psychologiques et varie fortement selon le type de traumatisme : les victimes de viol, de violences sexuelles ou conjugales ainsi que celles de kidnapping sont les plus touchées. La durée des symptômes observée dans cette étude est en moyenne de 5 ans, variant entre 3 mois et 28 ans (17).

Une autre enquête, « Santé Mentale en Population Générale », a été menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 auprès de 36 000 personnes. D'après les résultats de cette enquête, la prévalence instantanée (mois écoulé) du TSPT était de 0,7 %, sur la base des critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition). Par contre, des prévalences plus élevées étaient observées sur la base de critères cliniques distinguant différents niveaux de retentissement psychotraumatique. Ainsi, 30 % des personnes ont été exposées au cours de leur vie à un événement potentiellement traumatique, 10 % ont connu des phénomènes de reviviscence (rêves récurrents, flashbacks...) suite à l'exposition à cet événement et enfin 5 % ont développé des symptômes ayant un retentissement majeur sur leur vie quotidienne (18).

Le TSPT est un trouble sous-diagnostiqué, notamment parce qu'il est mal connu par les professionnels de santé et tardivement repéré. Ces derniers n'ont généralement pas été suffisamment formés, pendant leurs études médicales ou paramédicales, à la psychotraumatologie et à la victimologie (19).

## 2. Environ 1 personne sur 5 avec des symptômes de stress post-traumatique 1 an après une maladie grave ou un passage en réanimation

Une méta-analyse a été réalisée afin d'estimer la proportion de personnes qui développent un TSPT après leur passage en soins intensifs, sur la base de 48 études. La prévalence de TSPT a été estimée globalement à 19,8 %, avec de fortes variations observées entre les études (de 3,7 à 48,7 %). Une augmentation de la prévalence de TSPT a été observée avec le temps (prévalence de 15,9 % à 3 mois, 16,8 % à 6 mois, 19 % à 12 mois et 20,2 % à plus de 12 mois) (20).

Une autre méta-analyse a été réalisée afin d'estimer la présence d'un TSPT chez des personnes ayant survécu à des maladies graves ayant nécessité une hospitalisation en soins intensifs ou en réanimation, sur la base de 36 cohortes incluant plus de 4 200 patients (21). Près d'un quart (24 %) des personnes présentaient des symptômes significatifs de TSPT (score à l'échelle IES-R supérieur à 35) entre 1 et 6 mois après le passage en soins intensifs et 22 % entre 7 et 12 mois après. Différents facteurs de risque ont été identifiés, parmi lesquels l'administration de benzodiazépines en soins intensifs, avoir déclaré des souvenirs effrayants des soins intensifs (cauchemards, hallucinations...) ou encore la présence d'antécédents psychologiques. A l'inverse, certaines caractéristiques personnelles comme le sexe et l'âge, le diagnostic et la sévérité de la maladie ou encore la durée du séjour en soins intensifs n'étaient pas associés à la présence d'un TSPT.

### **Le séjour en réanimation : une épreuve physique et psychologique pour les patients**

L'expérience du passage en réanimation constitue une épreuve pour les patients, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique (peur de la mort, perte d'autonomie, isolement, environnement anxiogène avec le bruit, la lumière et les appareillages, interactions limitées et difficiles, perte des repères spatio-temporels...). Par ailleurs, bien après leur sortie de l'hôpital, les personnes présentent fréquemment de nombreuses séquelles physiques, psychologiques et cognitives, appelées Syndrome Post Réanimation (« Post Intensive Care Syndrome »). Certaines études estiment que 50 à 70 % des survivants des unités de soins intensifs développent ce syndrome (22).

Sur le plan physique, les personnes souffrant du Syndrome Post-Réanimation rencontrent des difficultés pour accomplir les tâches de la vie quotidienne et à se déplacer et se sentent extrêmement fatiguées et faibles. Elles sont également affectées sur le plan psychologique, avec des symptômes évocateurs de TSPT : elles rapportent très fréquemment des cauchemars ou flashbacks, le ressenti d'émotions négatives en se rappelant de la maladie, des symptômes d'anxiété (peur et inquiétude constantes, attaques de panique...) et de dépression (pleurs, désintérêt pour toute activité...) et des troubles de l'humeur. Enfin, sur le plan social, les patients rapportent des difficultés d'ordre relationnel, avec leur famille et leurs amis (23).

## 3. Des prises en charge et interventions pour prévenir et améliorer le pronostic des troubles de stress post-traumatique

### **3.1 La recherche de symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique préconisée à la sortie de l'hôpital par la Haute Autorité de Santé**

En France, les patients qui sortent de réanimation ou de soins intensifs suite au Covid-19 sont pour la plupart orientés vers des unités de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ou de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) spécialisés dans les affections respiratoires. Les personnes âgées polypathologiques et dépendantes sont généralement prises en charge en secteur gériatrique, ou dans d'autres secteurs, en hospitalisation complète ou de jour. La rééducation et réadaptation à domicile s'organise quant à elle de différentes manières (professionnels libéraux à domicile, télésoin, HAD de rééducation, équipe mobile) et le rôle du médecin traitant y est essentiel. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé mentionnent que le bilan médical avant l'admission en Soins de Suite et Réadaptation ou le retour à domicile doit intégrer la recherche de symptômes évoquant une anxiété, une dépression ou un TSPT. Le cas échéant, il est recommandé de proposer aux patients un suivi psychologique ou une stimulation cognitive par télésoin (24).

### **3.2 Deux types d'interventions ont fait leurs preuves pour réduire les symptômes de stress post-traumatique chez les personnes admises en réanimation**

#### La réalisation d'un journal de bord pour les patients de soins intensifs

Certains établissements hospitaliers (notamment dans les pays scandinaves) réalisent un journal de bord pour les patients de soins intensifs : il s'agit d'un document où les soignants et la famille racontent au patient les événements du quotidien qui se déroulent pendant son hospitalisation en soins intensifs (déroulement de la journée, progrès, visites, actualités...). Ce journal permet au patient de retracer l'histoire de son séjour, de témoigner d'une présence auprès du patient et de donner une dimension humaine aux soins et à l'individu.

Une revue de la littérature, basée sur 8 publications, a montré que la réalisation d'un journal de bord était associée à une réduction significative des troubles anxieux (OR= 0,32, p=0.02) et dépressifs (OR= 0,39 p=0.02). Deux études ont également démontré leur effet protecteur des symptômes de TSPT chez les patients, comme chez leurs proches (25).

### Le suivi psychologique des patients après leur passage en soins intensifs

Une revue de la littérature incluant 26 publications a été réalisée afin d'estimer les effets du suivi des patients après leur passage en soins intensifs sur leur état de santé physique et mentale. Les suivis axés sur le rétablissement physique étaient associés à une réduction des symptômes dépressifs et à une meilleure qualité de vie déclarée à court terme. Les suivis incluant une composante physique et psychologique étaient associés à une réduction significative des symptômes de TSPT à moyen terme (26).

### **3.3 Les thérapies cognitivo-comportementales et la désensibilisation par les mouvements oculaires recommandées comme traitements de première intention**

En France, depuis 2007, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme et la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (thérapies de type EMDR) sont les traitements recommandés en première intention par la Haute Autorité de Santé pour traiter les TSPT. L'hypnose et d'autres psychothérapies, de même que certains traitements médicamenteux, peuvent aussi être indiqués dans certaines situations (27). L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2013 des recommandations allant dans le même sens, mentionnant la nécessité d'une aide psychologique de première urgence après l'exposition à un traumatisme, puis d'une orientation des patients vers des TCC ou des thérapies de type EMDR (28).

Plusieurs méta-analyses ont été publiées ces dernières années sur l'efficacité des traitements (6) pour traiter le TSPT. Elles ont confirmé que les TCC axées sur le traumatisme et notamment les thérapies du processus cognitif (TPC), les thérapies cognitives (TC) et le traitement par Exposition Prolongée (EP), de même que les thérapies de type EMDR, constituent les traitements les plus efficaces du TSPT et doivent être recommandés en première intention (29,30). Certains traitements médicamenteux peuvent également être efficaces (comme les antidépresseurs de type ISRS ou IMAO), mais les résultats sont moins robustes (31,32)

#### **Les traitements efficaces du TSPT**

**La Thérapie du Processus Cognitif (TPC)** est une thérapie qui apprend aux patients à évaluer et à modifier les pensées problématiques qui surviennent depuis qu'ils ont vécu un événement traumatisant. Le principe de la TPC est qu'il est possible de changer son ressenti et son comportement en modifiant ses pensées.

**La thérapie cognitive (TC)** est un type de psychothérapie qui s'attaque aux pensées et cognitions automatiques et dysfonctionnelles pour tenter de les modifier ou les assouplir et de les remplacer par un mode de raisonnement plus rationnel.

**La technique d'Exposition Prolongée (EP)** consiste à s'exposer selon certaines règles aux stimuli anxiogènes ou phobogènes pour diminuer la réponse anxieuse qui y est associée.

**La thérapie de type EMDR** (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing » c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers, et visant à une désensibilisation émotionnelle.

### **3.4 Des résultats prometteurs des thérapies en ligne pour traiter le TSPT**

Deux méta-analyses récentes ont mis en évidence l'efficacité des TCC délivrées par internet pour réduire les symptômes de stress post-traumatique (29,33), notamment au-delà de 8 séances (33). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence du fait de la faible qualité des études (29). Une intervention d'une durée de 6 semaines combinant une TCC et un outil auto-administré de type EMDR en ligne a été évaluée et a donné lieu, 3 mois après l'intervention, à une baisse significative de la sévérité du TSPT (34). Le développement des thérapies en ligne apparaît comme une piste prometteuse de traitement du TSPT dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 (35,36) mais dont les bénéfices restent à confirmer.

## 4. Conclusion et perspectives dans le contexte de l'épidémie de Covid-19

---

Le TSPT a des conséquences **sévères et durables** sur la santé physique et psychologique, sur la qualité de vie et sur les relations sociales des personnes touchées et de leurs proches.

A la date de l'actualisation de cette note (2 octobre 2020), l'épidémie de Covid-19 avait entraîné l'hospitalisation d'environ 133 000 personnes, dont environ 22 000 avaient été admises en réanimation. En se basant sur les données disponibles dans la littérature, on peut estimer qu'au moins 20 % des personnes ayant développé une forme sévère de Covid-19 et/ou ayant été en réanimation pourraient développer un TSPT, à court ou à moyen terme. Ce chiffre est probablement plus important encore si d'autres pathologies psychiatriques telles que la dépression, les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus ou la dépendance vis-à-vis de l'alcool ou de drogues, sont prises en compte.

Des interventions devraient être mises en place afin de prévenir la survenue d'un TSPT et d'améliorer le pronostic des personnes touchées :

- » La proposition systématique d'un suivi psychologique aux patients et son organisation dès leur sortie de réanimation et/ou soins intensifs ;
- » Le dépistage systématique chez ces personnes d'un TSPT à leur sortie de l'hôpital, mais aussi à intervalles réguliers plusieurs mois après ;
- » La mise en place d'un suivi psychologique et d'un traitement adapté<sup>3</sup> chez les personnes diagnostiquées avec un TSPT.

Enfin, des travaux de recherche devraient être menés auprès des patients ayant été hospitalisés suite à une Covid-19, afin de suivre leur état de santé psychologique (enquête de cohorte) et de recueillir leur expérience et ressenti de la maladie et de l'hospitalisation (enquête qualitative). Ces travaux pourraient permettre de mieux documenter les TSPT liés aux épidémies et leurs conséquences, de mieux identifier les attentes et besoins des personnes concernées par ce trouble et de proposer des interventions susceptibles d'améliorer leur qualité de vie. Ils devraient aussi permettre de documenter les conséquences sociales des hospitalisations et des troubles psychiatriques post-traumatiques.

---

<sup>3</sup> La TCC ou thérapie EMDR sont recommandées mais peu de thérapeutes sont formés à l'utilisation de ces techniques dans le cadre du TSPT et la distribution territoriale des ressources est inégale.

## 5. Références bibliographiques

1. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Glob Health Res Policy*. 5 juin 2020;5:29-29.
2. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020/05/18 éd. juill 2020;7(7):611-27.
3. Davydow DS, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Psychosom Med*. mai 2008;70(4):512-9.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, Washington DC; 2013.
5. Gradus JL. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. *Clin Epidemiol*. 2017;9:251-60.
6. Gradus JL, Antonsen S, Svensson E, Lash TL, Resick PA, Hansen JG. Trauma, comorbidity, and mortality following diagnoses of severe stress and adjustment disorders: a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol*. 1 sept 2015;182(5):451-8.
7. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2015;28(4):307-11.
8. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020/06/07 éd. sept 2020;291:113190-113190.
9. Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 27 mars 2020;1-7.
10. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 11 août 2020;293:113382-113382.
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Lond Engl*. 14 mars 2020;395(10227):912-20.
12. Verger P, Hunault C, Rotily M, Baruffol E. [Risk factors for post traumatic stress symptoms five years after the 1992 flood in the Vaucluse (France)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2000;48 Suppl 2:2S44-53.
13. Verger P, Dab W, Lamping DL, Loze J-Y, Deschaseaux-Voinet C, Abenheim L, et al. The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995-1996 bombings in France. *Am J Psychiatry*. août 2004;161(8):1384-9.
14. Riviere S, Schwoebel V, Lapiere-Duval K, Guinard A, Gardette V, Lang T. Predictors of symptoms of post-traumatic stress disorder after the AZF chemical factory explosion on 21 September 2001, in Toulouse, France. *J Epidemiol Community Health*. mai 2008;62(5):455-60.
15. Raguenaud M-E, Germonneau P, Leseigneur J, Chavagnat J-J, Motreff Y, Vivier-Darrigol M, et al. Epidemiological surveillance linked to an outreach psychological support program after the Xynthia storm in Charente-Maritime, France, 2010. *Prehospital Disaster Med*. oct 2012;27(5):483-8.
16. Vandentorren S, Pirard P, Sanna A, Aubert L, Motreff Y, Dantchev N, et al. Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 2018;212(4):207-14.
17. Husky MM, Lepine J-P, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey. *J Trauma Stress*. août 2015;28(4):275-82.
18. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 1 déc 2008;34(6):577-83.

- 19.** Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Saint Jammes JT, Dieu E, Sorel O, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2019;177(7):717-27.
- 20.** Righy C, Rosa RG, da Silva RTA, Kochhann R, Migliavaca CB, Robinson CC, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 11 juin 2019;23(1):213.
- 21.** Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med.* mai 2015;43(5):1121-9.
- 22.** Caillard A, Gayat E. La vie après la réanimation. [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation; 2019. Disponible sur: [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/la\\_vie\\_apres\\_la\\_reanimation\\_etienne\\_gayat\\_paris\\_.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/la_vie_apres_la_reanimation_etienne_gayat_paris_.pdf)
- 23.** Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, Nunna K, Nausran U, Robinson KA, et al. Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Crit Care Lond Engl.* 26 oct 2016;20(1):345.
- 24.** Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile - Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3180112/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile-reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3180112/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile-reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19)
- 25.** McIlroy PA, King RS, Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Ramanan M. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* févr 2019;47(2):273-9.
- 26.** Rosa RG, Ferreira GE, Viola TW, Robinson CC, Kochhann R, Berto PP, et al. Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care.* août 2019;52:115-25.
- 27.** Haute Autorité de Santé. Guide médecin affection longue durée : affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)
- 28.** Organisation Mondiale de la Santé. WHO guidelines on conditions specifically related to stress [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)
- 29.** Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology.* 2020;11(1):1729633.
- 30.** Cuijpers P, Veen SC van, Sijbrandij M, Yoder W, Cristea IA. Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 3 mai 2020;49(3):165-80.
- 31.** Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 25 janv 2006;(1):CD002795.
- 32.** Amos T, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 8 juill 2014;(7):CD006239.
- 33.** Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. EFFECTIVENESS OF INTERNET-DELIVERED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Depress Anxiety.* 1 sept 2016;33(9):783-91.
- 34.** Spence J, Titov N, Johnston L, Dear B, Wootton B, Terides M, et al. Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (iEMDR): an open trial [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* [Internet]. 2013;2(79). Disponible sur: <http://openr.es/8l>
- 35.** Lenferink LIM, Meyerbröker K, Boelen PA. PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry Res.* 1 nov 2020;293:113438.
- 36.** Moring JC, Dondanville KA, Fina BA, Hassija C, Chard K, Monson C, et al. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder via Telehealth: Practical Considerations During the COVID-19 Pandemic. *J Trauma Stress.* 13 mai 2020.





**Les risques de trouble de stress post-traumatique  
chez les personnes hospitalisées pour une Covid-19**  
état des connaissances disponibles et pistes  
d'intervention

Note de lecture  
Observatoire Régional de la Santé  
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Octobre 2020