

ACTA

PSYCHIATRICA BELGICA

Numéro spécial Covid-19

Interventions psychologiques
dans les unités Covid

Ce que la pandémie fait à la
psychiatrie : sommes-nous
entrés dans une psychiatrie de
guerre ?

Covid et psychiatrie : quel
enseignement tirer de cette crise ?

Les soins de santé psychiatriques
en wallonie pendant la
pandémie du Sars-Cov-2

Aspect médico-psychologique
relatif à l'épidémie du
coronavirus : mise en place
d'une stratégie de soutien pour
le personnel soignant par les
médecins coordinateurs dans les
maisons de repos et de soins en
Belgique ou EHPAD en France
et impact psychologique pour
les résidents de ces maisons
de repos et de soins privées
et publiques, syndrome de
glissement

3

Sumatriptan Mylan 50mg/100mg	Cat. de remb.	Prix public	TM Omnio	TM Actif
x 6	Bf	10,85 €	1,29 €	2,15 €
x 12	Bf	17,18 €	2,59 €	4,32 €
x 24	Bf	28,04 €	4,51 €	7,59 €
x 48	Bf	46,94 €	7,17 €	12,07 €

Sumatriptan Mylan

Générique d'Imitrex®



6,12, 24 &
48
comprimés

Avantageux
pour votre patient*

Des blisters unitaires :
plus facile
à emporter !

RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Sumatriptan Mylan 50 mg comprimés pelliculés Sumatriptan Mylan 100 mg comprimés pelliculés **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque comprimé contient 50 mg Sumatriptan Mylan sous forme de succinate de sumatriptan Excipients : Chaque comprimé pelliculé contient 163 mg de lactose monohydraté (noyau du comprimé). Chaque comprimé contient 100 mg Sumatriptan Mylan sous forme de succinate de sumatriptan Excipients : Chaque comprimé pelliculé contient 93 mg de lactose monohydraté (noyau du comprimé). **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimé pelliculé. Sumatriptan Mylan 50 mg: Comprimés pelliculés ronds, de couleur rose, portant la mention « SU50 » sur une face et « G » sur l'autre. Sumatriptan Mylan 100 mg: Comprimés pelliculés ronds, de couleur blanche à blanc cassé, portant la mention « SU100 » sur une face et « G » sur l'autre. **DONNÉES CLINIQUES Indications thérapeutiques** Sumatriptan est indiqué pour le traitement aigu des crises migraineuses avec ou sans aura. **Posologie et mode d'administration** Posologie **Adultes** : Recommandations générales concernant l'utilisation et l'administration: Le sumatriptan ne doit pas être utilisé à titre prophylactique. Le sumatriptan est destiné à être utilisé en monothérapie pour le traitement aigu des crises migraineuses et ne doit pas être administré en même temps que de l'ergotamine ou des dérivés de l'ergotamine (y compris le méthysergide). Le sumatriptan doit être utilisé dès que possible après l'apparition de la douleur migraineuse. Néanmoins, le sumatriptan conserve toute son efficacité lorsqu'il est utilisé plus tardivement au cours de la crise migraineuse. Ne pas dépasser les doses recommandées suivantes de Sumatriptan Mylan. La dose recommandée chez l'adulte est de 50 mg de sumatriptan. Certains patients ont besoin de 100 mg de sumatriptan. Bien que la dose orale recommandée de sumatriptan soit de 50 mg, il convient de tenir compte du fait que la sévérité des crises migraineuses est susceptible de varier tant chez un même patient qu'entre patients. Des doses de 25 à 100 mg se sont montrées plus efficaces qu'un placebo lors des essais cliniques, mais une dose de 25 mg est statistiquement significativement moins efficace que des doses de 50 mg ou de 100 mg. Les patients qui ne répondent pas à la première dose de sumatriptan ne doivent pas prendre une seconde dose pour la même crise. Dans ces cas, la crise peut être traitée par paracétamol, acide acétylsalicylique ou anti-inflammatoires non stéroïdiens. Lors d'une crise ultérieure, ils peuvent utiliser à nouveau le Sumatriptan Mylan. Si le patient a répondu à la première dose, mais que les symptômes réapparaissent ultérieurement, 1 ou 2 doses supplémentaires peuvent être prises au cours des 24 heures suivantes, à condition de respecter un intervalle minimal de 2 heures entre les prises et de ne pas dépasser une dose totale de 300 mg sumatriptan au cours de cette période. **Population pédiatrique** L'efficacité et la sécurité des comprimés pelliculés de sumatriptan chez les enfants âgés de moins de 10 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée clinique n'est disponible pour cette tranche d'âge. L'efficacité et la sécurité des comprimés pelliculés de sumatriptan chez les enfants âgés de 10 à 17 ans n'ont pas été démontrées lors des essais cliniques pratiqués sur cette tranche d'âge. L'utilisation des comprimés pelliculés de sumatriptan chez les enfants de 10 à 17 ans n'est donc pas recommandée. **Personnes âgées (plus de 65 ans)** : L'expérience quant à l'utilisation du sumatriptan chez les patients de plus de 65 ans est limitée. Le profil pharmacocinétique ne diffère pas significativement de celui d'une population plus jeune, mais, en attendant la mise à disposition d'autres données cliniques, l'utilisation du sumatriptan chez les patients âgés n'est pas recommandée. **Patients souffrant d'insuffisance hépatique**: Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique bénigne à modérée, on doit envisager l'utilisation de faibles doses de sumatriptan, soit 50 mg. Mode d'administration: Les comprimés sont à prendre avec de l'eau. **Contre-indications** -Hypersensibilité au sumatriptan ou à l'un des excipients. -Antécédents d'infarctus du myocarde, de pathologie cardiaque ischémique ou de spasme des vaisseaux coronaires (angor de Prinzmetal). -Maladie vasculaire périphérique. -Signes ou symptômes indiquant une pathologie cardiaque ischémique. -Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'attaque ischémique transitoire (AIT). -Perturbations importantes de la fonction hépatique. -Hypertension modérée à sévère, hypertension bénigne non contrôlée. -Administration concomitante de préparations contenant de l'ergotamine ou des dérivés de l'ergotamine (y compris le méthysergide) ou tout triptan/5-hydroxytryptamine, agoniste des récepteurs (5-HT₁). -Utilisation concomitante d'inhibiteurs de la monoamine oxydase et utilisation de sumatriptan dans les deux semaines qui suivent l'arrêt du traitement par des inhibiteurs de la monoamine oxydase. **Effets indésirables** Les événements indésirables sont mentionnés ci-après par classes de systèmes d'organe et par ordre de fréquence. Les fréquences sont définies comme suit : très fréquent (≥1/10), fréquent (≥1/100 à <1/10), peu fréquent (≥1/1000 à <1/100), rare (≥1/10.000 à <1/1000), très rare (<1/10.000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Certains des symptômes rapportés comme effets indésirables peuvent être des symptômes associés de migraine. **Affections du système immunitaire** Fréquence indéterminée : Réactions d'hypersensibilité, allant l'hypersensibilité cutanée (telles que l'urticaire) à l'anaphylaxie. **Affections psychiatriques** Fréquence indéterminée : Anxiété. **Affections du système nerveux** Fréquent : Étourdissement, somnolence, troubles sensoriels, y compris paresthésie et hypoesthésie. Fréquence indéterminée : Convulsions, bien que certaines aient été observées chez des patients ayant soit des antécédents de convulsions, soit des affections concomitantes prédisposant aux convulsions. Certains cas de convulsions ont aussi été signalés chez des patients ne présentant aucun facteur prédisposant manifeste ; tremblements, dystonie, nystagmus, scotome. **Affections oculaires** Fréquence indéterminée : Clignotements des paupières, diplopie, altération de la vision. Perte de vision, y compris cas de lésions permanentes. Toutefois, des troubles visuels peuvent également survenir pendant la crise de migraine elle-même. **Affections cardiaques** Fréquence indéterminée : Bradycardie, tachycardie, palpitations, arythmies cardiaques, modifications ischémiques transitoires visibles à l'ECG, vasospasme des artères coronaires, angor, infarctus du myocarde. **Affections vasculaires** Fréquent : Élévation transitoire de la tension artérielle survenant peu après le traitement. Bouffées congestives. Fréquence indéterminée : Hypotension, phénomène de Raynaud. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales** Fréquent : Dyspnée. **Affections gastro-intestinales** Fréquent : Nausées et vomissements survenant chez certains patients, mais on ignore si ces symptômes sont liés au sumatriptan ou à l'affection sous-jacente. Fréquence indéterminée : Colite ischémique, diarrhée. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** Fréquence indéterminée : Hyperhidrose. **Affections musculo-squelettiques et systémiques** Fréquent : Sensation de lourdeur (généralement transitoire, éventuellement intense et pouvant toucher toute partie du corps, y compris le thorax et la gorge), Myalgies. Fréquence indéterminée : Raideur de la nuque, arthralgies. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** Fréquent : Douleur, sensation de chaleur ou de froid, de pression ou de serrement (ces symptômes sont généralement transitoires, sont éventuellement intense et peuvent toucher toute partie du corps, y compris le thorax et la gorge) ; sensation de faiblesse, de fatigue (ces deux symptômes sont généralement transitoires et d'intensité légère à modérée). **Investigations Très rare** : Des troubles mineurs des résultats des tests de la fonction hépatique ont parfois été observés. **Déclaration des effets indésirables suspectés** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé Division Vigilance EUROSTATION II Place Victor Horta, 40/ 40 B-1060 Bruxelles Site internet: www.afmps.be e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Mylan bvba/ sprl Terhulpesteenweg 6A B-1560 Hoeilaart **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Sumatriptan Mylan 50 mg: BE281732 Sumatriptan Mylan 100 mg: BE281741 **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation: 27/03/2006 Date de dernier renouvellement de l'autorisation: 07/12/2012 **DATE DE MISE À JOUR/ D'APPROBATION DU TEXTE** Mise à jour : 04/2020 Approbation : 06/2019 Délivrance: médicament soumis à prescription médicale.

* Vs Imitrex : comparaison du ticket modérateur de la boîte de Sumatriptan Mylan (remboursée) au prix public de la boîte de Imitrex® (non-remboursée), (Inami, 07/2020) - Vs les autres génériques : comparaison des PP d'une boîte de Sumatriptan Mylan 48 comprimés vs 2 boîtes de Sandoz ou EG 24 comprimés, (Inami, 07/2020)

Mylan INFO-PUB 2020-284-F - Date of creation/review : 07/2020

Comité de Direction :

Julien MENDELEWICZ
Arlette SEGHERS
Marc ANSSEAU
Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :

Rédacteur en chef : William PITCHOT
Daniel SOUERY
Michel FLORIS
Eric CONSTANT
Charles KORNREICH

Comité Scientifique :

Per BECH (Hillrod)
Jean BERTRAND (Liège)
Pierre BLIER (Gainesville)
Louis BOTTE (Manage)
Michel CAZENAVE (Paris)
Paul COSYNS (Antwerp)
Francis CROUFER (Liège)
Vincent DUBOIS (Bruxelles)
Jean-Luc EVRARD (Charleroi)
Benjamin FISCHLER (Leuven)
Michel HANSENNE (Liège)
Jean-Yves HAYEZ (Bruxelles)
Pascal JANNE (Mt Godinne)
Lewis JUDD (San Diego)
Siegfried KASPER (Wien)
Rachel KLEIN (New York)
Olivier LE BON (Bruxelles)
Paul LIEVENS (Bruxelles)
Paul LINKOWSKI (Bruxelles)
Juan LOPEZ-IBOR (Madrid)
Isabelle MASSAT (Bruxelles)
Jean-Paul MATOT (Bruxelles)
Christian MORMONT (Liège)
Patrick PAPART (Liège)
Eugene PAYKEL (Cambridge)
Isy PELC (Bruxelles)
Pierre PHILIPPOT (Louvain la Neuve)
Charles PULL (Luxembourg)
Giorgio RACAGNI (Milano)
Philippe ROBERT (Nice)
Jean Paul ROUSSAUX (Bruxelles)
Luc STANER (Rouffac)
Willy SZAFRAN (Brussel)
Herman VAN PRAAG (Maastricht)
Myriam VAN MOFFAERT (Ghent)
Guy VAN RENYNGHE DE VOXVRIE (Brugge)
Paul VERBANCK (Bruxelles)
Nadine VERMEYLEN (Bruxelles)
Jean WILMOTTE (Charleroi)
Nicolas ZDANOWICZ (Mont-Godinne)



PSYCHIATRICA BELGICA

Organe officiel de la Société Royale de Médecine Mentale
de Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

CHRONIQUE D'UN PSYCHIATRE AU TEMPS DU CORONAVIRUS BENOIT GILLAIN	6
HOMMAGE AUX INFIRMIER(E)S ET TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ PHILIPPE DE TIMARY, GENEVIÈVE COOL	8
INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LES UNITÉS COVID LEILA ROKBANI, JULIE SAUSSEZ, PAULINE CHAUVIER, CÉLINE BAURAIN, NATHALIE CHATELLE, FLORENCE CHANTEUX, FRANÇOIS HOCEPIED, KEVIN WAGEMANS, PHILIPPE DE TIMARY, GENEVIÈVE COOL	9
CE QUE LA PANDÉMIE FAIT À LA PSYCHIATRIE : SOMMES-NOUS ENTRÉS DANS UNE PSYCHIATRIE DE GUERRE ? GÉRALD DESCHIETÈRE, ALAIN LUTS, WOLFGANG SCHULLER, JEAN-PHILIPPE HEYMANS, NAUSICA GERMEAU, GENEVIÈVE COOL, PHILIPPE DE TIMARY, LAURIE NIZET	14
COVID ET PSYCHIATRIE : QUEL ENSEIGNEMENT TIRER DE CETTE CRISE ? HASSENE HAMOUDA	19
LES SOINS DE SANTÉ PSYCHIATRIQUES EN WALLONIE PENDANT LA PANDÉMIE DU SARS-COV-2 EMELINE DOGNÉ, LAURELINE NICOLAS, CELIA RENOTTE, CATHERINE KESTENS	22

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA
paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2020 :
Belgique : 140 €

Abonnement : Elena KREMER
Avenue Octave Michot, 4B
B-1640 Rhode-Saint-Genèse
E-mail : abonnement@srmmb.be

Régie Publicitaire : J.P. Felix
jean.pierre.felix@skynet.be
GSM : 0475 28 39 63

Edit. resp. : Benoit GILLAIN, Prés. SRMMB
Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgnot,
B-5002 Saint-Servais/Namur
ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

Le droit de copie de tous nos articles
originaux est strictement réservé.
Les articles n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs.

Illustration de couverture :
Bénédicte Pirene



PSYCHIATRICA BELGICA

Organe officiel de la Société Royale de Médecine Mentale
de Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

ASPECT MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RELATIF À L'ÉPIDÉMIE DU CORONAVIRUS : MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE DE SOUTIEN POUR LE PERSONNEL SOIGNANT PAR LES MÉDECINS COORDINATEURS DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS EN BELGIQUE OU EHPAD EN FRANCE ET IMPACT PSYCHOLOGIQUE POUR LES RÉSIDENTS DE CES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS PRIVÉES ET PUBLIQUES, SYNDROME DE GLISSEMENT CARINE DURAY-PARMENTIER, JEAN-BAPTISTE LAFONTAINE, NOÉMIE NIELENS	32
EMPATHY IN MEDICAL STUDENTS: A RAPID REVIEW OF THE LITERATURE IN 10 KEY QUESTIONS PETERSON ADAM HENET, HÉLÈNE GIVRON, MARTIN DESSEILLES	38

Les 3 articles :

- « Hommage aux infirmier(e)s, hommage aux travailleurs de la santé » de Philippe de Timary, Geneviève Cool
- « Interventions psychologiques dans les unités Covid » de Leila Rokbani, Julie Saussez, Pauline Chauvier, Céline Baurain, Nathalie Chatelle, Florence Chanteux, François Hocepied, Kevin Wagemans, Philippe de Timary, Geneviève Cool ; et
- « Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? » de Gérald Deschietere, Alain Luts, Wolfgang Schuller, Jean-Philippe Heymans, Nausica Germeau, Geneviève Cool, Philippe de Timary, Laurie Nizet

sont parus en mai 2020 dans le numéro spécial Covid du Louvain Médical et édités dans les Acta Psychiatrica Belgica avec l'accord du Rédacteur en Chef, Cédric Hermans.



	Prix public	Intervention patient VIPO	Intervention patient actif
1 x 400 mg (2 ml)	213,89 €	8,00 €	12,10 €



Abilify Maintena[®]

MAINTENANCE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA
PREVENTS RELAPSE¹ - IMPROVES FUNCTIONING² -
BETTER QUALITY OF LIFE²

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Abilify Maintena 400 mg, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque flacon contient 400 mg d'aripiprazole. Après reconstitution, chaque millilitre (ml) de suspension contient 200 mg d'aripiprazole. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME PHARMACEUTIQUE** Poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. Poudre: blanc à blanc cassé. Solvant: solution transparente. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Abilify Maintena est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés sous aripiprazole oral. **POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Posologie: Chez les patients n'ayant jamais pris d'aripiprazole, la tolérance de l'aripiprazole oral doit être établie avant l'instauration du traitement par Abilify Maintena. La posologie initiale et d'entretien recommandée d'Abilify Maintena est de 400 mg. La titration de la posologie de ce médicament n'est pas nécessaire. Il doit être administré une fois par mois en une seule injection (avec un délai minimal de 26 jours entre deux injections). Après la première injection, le traitement par 10 mg à 20 mg d'aripiprazole oral par jour doit être poursuivi pendant 14 jours consécutifs de façon à maintenir une concentration thérapeutique d'aripiprazole pendant l'instauration du traitement. Si des effets indésirables surviennent à la dose de 400 mg, une réduction de la dose à 300 mg une fois par mois doit être envisagée. **Oubli de doses:** En cas d'oubli de la 2^e ou de la 3^e dose et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: > 4 semaines et < 5 semaines: Mesure: Administrer l'injection dès que possible, puis reprendre le schéma d'une injection mensuelle. > 5 semaines: Mesure: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante. En cas d'oubli de la 4^e dose ou de doses ultérieures (c.-à-d. après atteinte de l'état d'équilibre) et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: > 4 semaines et < 6 semaines: Mesure: Administrer l'injection dès que possible, puis reprendre le schéma d'une injection mensuelle. > 6 semaines: Mesure: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. **Populations particulières: Patients âgés:** La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena dans le traitement de la schizophrénie chez les patients âgés de 65 ans ou plus n'ont pas été établies (voir rubrique 4.4). **Insuffisance rénale:** Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance rénale (voir rubrique 5.2). **Insuffisance hépatique:** Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, les données disponibles sont insuffisantes pour établir des recommandations. Chez ces patients, le dosage doit être établi avec prudence. La forme orale est à préférer (voir rubrique 5.2). **Métaboliseurs lents connus du CYP2D6:** Chez les patients connus pour être des métaboliseurs lents du CYP2D6, la posologie initiale et d'entretien doit être de 300 mg. En cas d'utilisation concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4, la posologie doit être réduite à 200 mg (voir rubrique 4.5). **Adaptations posologiques liées aux interactions avec les inhibiteurs du CYP2D6 et/ou du CYP3A4 et/ou les inducteurs du CYP3A4:** Une adaptation posologique est nécessaire chez les patients prenant de façon concomitante des inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou du CYP2D6 pendant plus de 14 jours. Lorsque l'inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 est arrêté, il peut être nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à la dose antérieure (voir rubrique 4.5). En cas de réaction indésirable en dépit des ajustements posologiques d'Abilify Maintena, la nécessité d'utiliser un inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 de façon concomitante doit être réévaluée. L'utilisation concomitante d'inducteurs du CYP3A4 et d'Abilify Maintena pendant plus de 14 jours doit être évitée; en effet, dans ce cas, la concentration sanguine d'aripiprazole diminue et peut être inférieure à la concentration efficace (voir rubrique 4.5). **Adaptation posologique d'Abilify Maintena chez les patients prenant des inhibiteurs puissants du CYP2D6, des inhibiteurs puissants du CYP3A4 et/ou des inducteurs du CYP3A4 pendant plus de 14 jours:** Patients prenant 400 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 300 mg. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg. Inducteurs du CYP3A4: Dose ajustée: Utilisation d'aripiprazole à éviter. Patients prenant 300 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 160 mg. Inducteurs du CYP3A4: Dose ajustée: Utilisation d'aripiprazole à éviter. * 200 mg et 160 mg sont obtenus en ajustant le volume d'injection uniquement en utilisant Abilify Maintena poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena chez les enfants et les adolescents âgés de 0 à 17 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** Abilify Maintena doit uniquement être utilisé en injection intramusculaire et ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Il doit être administré uniquement par un professionnel de santé. La suspension doit être injectée lentement en une seule injection (les doses ne doivent pas être divisées) dans le muscle fessier ou deltoïde. La prudence est recommandée afin d'éviter toute injection accidentelle dans un vaisseau sanguin. Les instructions complètes d'utilisation et de manipulation d'Abilify Maintena sont fournies dans la notice d'emballage (informations destinées aux professionnels de santé). Pour les instructions concernant la reconstitution du médicament avant administration, voir la rubrique 6.6. **CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **EFFETS INDÉSIRABLES** **Résumé du profil de sécurité:** Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment observés, rapportés chez au moins 5 % des patients dans deux essais et en double aveugle avec Abilify Maintena, sont la prise de poids (9,0 %), l'akathisie (7,9 %), l'insomnie (5,8 %) et la douleur au point d'injection (5,1 %). **Liste des effets indésirables présentée sous forme de tableau:** L'incidence des EI associés au traitement par aripiprazole est présentée ci-dessous sous forme de tableau. Le tableau est basé sur les effets indésirables rapportés pendant les essais cliniques et/ou l'utilisation après commercialisation. Tous les effets indésirables sont énumérés par classe de système d'organe et fréquence: très fréquents (≥ 1/10), fréquents (≥ 1/100 à < 1/10), peu fréquents (≥ 1/1 000 à < 1/100), rares (≥ 1/10 000 à < 1/1 000), très rares (< 1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). À l'intérieur de chaque classe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissant. La fréquence des effets indésirables rapportés pendant une utilisation après commercialisation ne peut pas être déterminée puisqu'ils sont dérivés de rapports spontanés. En conséquence, la fréquence de ces effets indésirables est qualifiée d'« indéterminée ». **Affections hématologiques et du système lymphatique:** Peu fréquent: Neutropénie, Anémie, Thrombopénie, Neutrophiles diminués, Globules blancs diminués. **Fréquence indéterminée:** Leucopénie. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: Hypersensibilité. **Fréquence indéterminée:** Réaction allergique (par exemple réaction anaphylactique, œdème de Quincke comprenant gonflement de la langue, œdème de la langue, œdème de la face, prurit ou urticaire). **Affections endocriniennes:** Peu fréquent: Prolactinémie diminuée, Hyperprolactinémie. **Fréquence indéterminée:** Coma diabétique hyperosmolaire, Acidocétose diabétique. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** Fréquent: Prise de poids, Diabète, Perte de poids. **Peu fréquent:** Hyperglycémie, Hypercholestérolémie, Hyperinsulinémie, Hyperlipidémie, Hypertriglycéridémie, Trouble de l'appétit. **Fréquence indéterminée:** Anorexie, Hyponatrémie. **Affections psychiatriques:** Fréquent: Agitation, Anxiété, Impatience, Insomnie. **Peu fréquent:** Idées suicidaires, Trouble psychotique, Hallucination, Idée délirante, Hypersexualité, Réaction de panique, Dépression, Labilité affective, Apathie, Dysphorie, Trouble du sommeil, Bruxisme, Diminution de la libido, Altération de l'humeur. **Fréquence indéterminée:** Suicide, Tentative de suicide, Jeu pathologique, Troubles du contrôle des impulsions, Hyperphagie boulimique, Achats compulsifs, Automatisme ambulateur, Nervosité, Agressivité. **Affections du système nerveux:** Fréquent: Trouble extrapyramidal, Akathisie, Tremblement, Dyskinésie, Sédation, Somnolence, Sensation vertigineuse, Céphalée. **Peu fréquent:** Dystonie, Dyskinésie tardive, Parkinsonisme, Perturbation des mouvements, Hyperactivité psychomotrice, Syndrome des jambes sans repos, Rigidité pallidale, Hypertonie, Bradycardie, Hyperparalysie, Dysgueusie, Parosmie. **Fréquence indéterminée:** Syndrome malin des neuroleptiques, État de grand mal épileptique, Syndrome sérotoninergique, Trouble du langage. **Affections oculaires:** Peu fréquent: Cécité oculogène, Vision trouble, Douleur oculaire, Diplopie. **Affections cardiaques:** Peu fréquent: Extrasystoles ventriculaires, Bradycardie, Tachycardie, Onde T d'amplitude diminuée à l'électrocardiogramme, Electrocardiogramme anormal, Onde T inversée à l'électrocardiogramme. **Fréquence indéterminée:** Mort subite inexpliquée, Arrêt cardiaque, Torsades de pointes, Arythmies ventriculaires, QT allongé. **Affections vasculaires:** Peu fréquent: Hypertension, Hypertension orthostatique, Pression artérielle augmentée. **Fréquence indéterminée:** Syncope, Thromboembolie veineuse (y compris embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde). **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** Peu fréquent: Toux, Hoquet. **Fréquence indéterminée:** Spasme oropharyngé, Laryngospasme, Pneumonie de déglutition. **Affections gastro-intestinales:** Fréquent: Bouche sèche. **Peu fréquent:** Reflux gastro-œsophagien, Dyspepsie, Vomissement, Diarrhée, Nausées, Douleur abdominale haute, Gène abdominale, Constipation, Selles fréquentes, Ptyalisme. **Fréquence indéterminée:** Pancréatite, Dysphagie. **Affections hépatobiliaires:** Peu fréquent: Anomalie du bilan hépatique, Enzymes hépatiques augmentées, Alanine aminotransférase augmentée, Gamma-glutamyl transférase augmentée, Bilirubine augmentée, Aspartate aminotransférase augmentée. **Fréquence indéterminée:** Défaillance hépatique, Ictère, Hépatite, Phosphatase alcaline augmentée. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** Peu fréquent: Alopecie, Acné, Rosacée, Eczéma, Induration de la peau. **Fréquence indéterminée:** Rash, Réaction de photosensibilité, Hyperhidrose. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** Fréquent: Raideur musculo-squelettique. **Peu fréquent:** Rigidité musculaire, Contractions musculaires, Contractions fasciculaires, Tension musculaire, Myalgie, Extrémités douloureuses, Arthralgie, Dorsalgie, Amplitude articulaire diminuée, Rigidité de la nuque, Trismus. **Fréquence indéterminée:** Rhabdomyolyse. **Affections du rein et des voies urinaires:** Peu fréquent: Néphrolithiase, Glycosurie. **Fréquence indéterminée:** Rétention urinaire, Incontinence urinaire. **Affections gravidiques, puerpérales et périnatales:** Fréquence indéterminée: Syndrome de sevrage médicamenteux néonatal (voir rubrique 4.6). **Affections des organes de reproduction et du sein:** Fréquent: Dysérection. **Peu fréquent:** Galactorrhée, Gynécomastie, Hypersensibilité mammaire, Sécheresse vulvo-vaginale. **Fréquence indéterminée:** Priapisme. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** Fréquent: Douleur au point d'injection, Induration au point d'injection, Fatigue. **Peu fréquent:** Fièvre, Asthénie, Troubles de la marche, Gène thoracique, Réaction au site de l'injection, Erythème au point d'injection, Gonflement au point d'injection, Gène au niveau du site d'injection, Prurit au point d'injection, Soif, Indolence. **Fréquence indéterminée:** Trouble de la thermorégulation (par exemple hyperthermie, fièvre), Douleur thoracique, Œdème périphérique. **Investigations:** Fréquent: Créatine phosphokinase sanguine augmentée. **Peu fréquent:** Glycémie augmentée, Glycémie diminuée, Hémoglobine glycosylée augmentée, Circonférence de taille augmentée, Cholestérolémie diminuée, Triglycéridémie diminuée. **Fréquence indéterminée:** Fluctuation du glucose sanguin. **Description d'effets indésirables sélectionnés: Réactions au site d'injection:** Pendant les phases contrôlées, en double aveugle, de deux essais, des réactions au site d'injection ont été observées; elles étaient généralement d'intensité légère à modérée et ont disparu avec le temps. La douleur au site d'injection (incidence 5,1 %) est survenue dans un délai médian de 2 jours après l'injection et persiste pendant une durée médiane de 4 jours. Dans une étude menée en ouvert, comparant la biodisponibilité d'Abilify Maintena administré dans le muscle deltoïde ou fessier, les réactions liées au site d'injection étaient légèrement plus fréquentes dans le muscle deltoïde. La majorité étaient légères et se sont améliorées lors des injections ultérieures. Comparée à celle observée dans des études où Abilify Maintena était injecté dans le muscle fessier, la survenue répétée de douleurs au site d'injection était plus fréquente dans le muscle deltoïde. **Leucopénie:** Des cas de neutropénie ont été rapportés au cours du développement clinique d'Abilify Maintena; ils apparaissent généralement vers le 16^e jour après la première injection et persistent pendant une durée médiane de 18 jours. **Symptômes extrapyramidaux:** Dans les essais réalisés chez des patients présentant une schizophrénie stable, Abilify Maintena a été associé à une fréquence de symptômes extrapyramidaux supérieure (18,4 %) à celle observée avec l'aripiprazole oral (11,7 %). L'akathisie était le symptôme le plus fréquemment observé (8,2 %), elle apparaissait généralement vers le 10^e jour après la première injection et persistait pendant une durée médiane de 56 jours. Les patients atteints d'akathisie ont généralement reçu un traitement à base d'un anticholinergique, notamment le mésylate de benzatropine et le trihexyphénydyle. Des médicaments tels que le propranolol et les benzodiazépines (clonazépam et diazépam) ont également été administrés pour contrôler l'akathisie, mais à une fréquence moindre. En termes de fréquence, le parkinsonisme arrivait en seconde position (respectivement 6,9 % pour Abilify Maintena, 4,15 % pour les comprimés d'aripiprazole [10 à 30 mg] et 3,0 % pour le placebo). **Dystonie:** Effet de classe: Des symptômes de dystonie, contractions anormales prolongées d'un groupe musculaire, peuvent survenir pendant les premiers jours de traitement chez les patients qui y sont prédisposés. Les symptômes dystoniques incluent un spasme des muscles du cou qui peut progresser vers une oppression de la gorge, des difficultés de déglutition, des difficultés respiratoires et/ou une protrusion de la langue. Bien que ces symptômes puissent survenir à faibles doses, ils apparaissent plus fréquemment et avec une plus grande sévérité avec les antipsychotiques de première génération, puissants et fortement dosés. Un risque élevé de dystonie aiguë est observé chez les hommes et les patients jeunes. **Païds:** Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus produit actif (aripiprazole comprimé 10 à 30 mg) de l'essai à long terme de 52 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 9,5 % pour Abilify Maintena et de 11,7 % pour les comprimés d'aripiprazole oral (10 à 30 mg). L'incidence d'une perte de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 10,2 % pour Abilify Maintena et de 4,5 % pour les comprimés d'aripiprazole oral (10 à 30 mg). Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus placebo de l'essai à long terme de 52 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4 % pour Abilify Maintena et de 5,2 % pour le placebo. L'incidence d'une perte de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4 % pour Abilify Maintena et de 6,7 % pour le placebo. Pendant le traitement en double aveugle, la variation du poids corporel entre l'inclusion et la dernière visite a été de -0,2 kg pour Abilify Maintena et de 0,4 kg pour le placebo (p = 0,812). **Prolactine:** Dans les essais cliniques pour les indications approuvées et après la commercialisation, une augmentation et une diminution du taux de prolactine sérique ont été toutes deux observées par rapport à la valeur à l'inclusion après traitement avec l'aripiprazole (rubrique 5.1). **Jeu pathologique et autres troubles du contrôle des impulsions:** Le jeu pathologique, l'hypersexualité, les achats compulsifs, l'hyperphagie boulimique et l'alimentation compulsive peuvent se manifester chez les patients traités par l'aripiprazole (voir rubrique 4.4). **Déclaration des effets indésirables suspects:** La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles, Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversdrugreactions@afmps.be, Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg, Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html, TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V. NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ EU/1/13/882/002. DELIVRANCE Sur prescription médicale. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE Avril 2019.

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu/>.

Choisir différemment AUJOURD'HUI pour faire la différence DEMAIN¹⁻⁴

Facile⁵⁻⁷

Rapidement efficace. Aucun complément oral nécessaire^{8,9}

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: Xepion 25 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xepion 50 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xepion 75 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xepion 100 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xepion 150 mg, suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** 25 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 39 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 25 mg de paliperidone. 50 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 78 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 50 mg de paliperidone. 75 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 117 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 75 mg de paliperidone. 100 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 156 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 100 mg de paliperidone. 150 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 234 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 150 mg de paliperidone. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Suspension injectable à libération prolongée. La suspension est de couleur blanche à blanc cassé. La suspension est de pH neutre (environ 7,0). **Indications thérapeutiques:** Xepion est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés par la paliperidone ou la rispéridone. Chez les patients adultes sélectionnés atteints de schizophrénie et ayant précédemment répondu à la paliperidone ou à la rispéridone orale, Xepion peut être utilisé sans stabilisation préalable par un traitement oral si les symptômes psychotiques sont légers à modérés et si un traitement injectable à action prolongée est nécessaire. **Posologie et mode d'administration:** Posologie. Les doses initiales de Xepion recommandées sont de 150 mg au jour 1 du traitement et de 100 mg une semaine plus tard (jour 8), les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. La troisième dose doit être administrée un mois après la seconde dose d'initiation. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 75 mg ; certains patients peuvent bénéficier de doses plus faibles ou plus élevées dans l'intervalle recommandé allant de 25 à 150 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. Les patients en surpoids ou obèses peuvent avoir besoin de doses comprises dans l'intervalle supérieur. Après la seconde dose d'initiation, les doses d'entretien mensuelles peuvent être administrées soit dans le muscle deltoïde soit dans le muscle fessier. Un ajustement de la dose d'entretien peut être effectué mensuellement. Lors des ajustements de dose, les propriétés de libération prolongée de Xepion doivent être prises en compte, car l'effet complet des doses d'entretien peut ne pas être observé avant plusieurs mois. **Substitution de la paliperidone orale à libération prolongée ou de la rispéridone orale par Xepion:** Xepion doit être instauré comme décrit au début de la rubrique Posologie et mode d'administration ci-dessous. Durant le traitement par une dose d'entretien mensuelle de Xepion, les patients précédemment stabilisés sous différentes doses de paliperidone orale sous forme de comprimés à libération prolongée peuvent atteindre une exposition similaire en paliperidone à l'état d'équilibre avec les injections. Les doses d'entretien de Xepion nécessaires pour atteindre une exposition similaire à l'état d'équilibre sont indiquées dans le tableau suivant. **Doses de paliperidone sous forme de comprimés à libération prolongée et de Xepion requises pour atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre lors d'un traitement d'entretien:** Dose précédente de paliperidone sous forme de comprimés à libération prolongée: Injection de Xepion. 3 mg par jour: 25-50 mg tous les mois. 6 mg par jour: 75 mg tous les mois. 9 mg par jour: 100 mg tous les mois. 12 mg par jour: 150 mg tous les mois. La paliperidone orale ou la rispéridone orale précédemment administrée peut être arrêtée au moment de l'instauration du traitement par Xepion. Certains patients peuvent bénéficier d'un arrêt progressif. Certains patients passant d'une dose orale de paliperidone plus élevée (par exemple, 9-12 mg par jour) à des injections dans le muscle fessier avec Xepion peuvent avoir une exposition plasmatique plus faible au cours des 6 premiers mois après le changement. Par conséquent, de façon alternative, il pourrait être envisagé de faire des injections dans le muscle deltoïde pendant les 6 premiers mois. **Substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée par Xepion:** Lors de la substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée, initier le traitement par Xepion à la place de l'injection suivante programmée. Xepion doit ensuite être poursuivi à intervalles mensuels. Le schéma posologique d'instauration de la première semaine incluant les injections intramusculaires (jour 1 et 8, respectivement) décrit en rubrique Posologie et mode d'administration ci-dessus n'est pas nécessaire. Les patients précédemment stabilisés par différentes doses de rispéridone injectable à action prolongée peuvent atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre lors d'un traitement d'entretien par Xepion. Les doses de paliperidone sous forme de comprimés à libération prolongée et de Xepion requises pour atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre: Dose précédente de rispéridone injectable à action prolongée: Injection de Xepion. 25 mg toutes les 2 semaines: 50 mg tous les mois. 37,5 mg toutes les 2 semaines: 75 mg tous les mois. 50 mg toutes les 2 semaines: 100 mg tous les mois. L'arrêt des médicaments antipsychotiques doit être effectué conformément aux informations de prescription associées. Si Xepion est interrompu, ses propriétés de libération prolongée doivent être prises en compte. Il est recommandé de réévaluer périodiquement la nécessité de poursuivre un traitement contre les symptômes extrapyramidaux (SE). **Oubli de doses:** Évitez l'oubli de doses: Il est recommandé que la seconde dose d'instauration de Xepion soit administrée une semaine après la première dose. Afin d'éviter un oubli de dose, les patients peuvent recevoir la seconde dose 4 jours avant ou après l'échéance de la première semaine (jour 8). De même, il est recommandé que la troisième injection et les injections suivantes après le schéma d'instauration soient administrées mensuellement. Pour pallier à un oubli d'une dose mensuelle, les patients peuvent recevoir injections jusqu'à 7 jours avant ou après l'échéance mensuelle. Si la date de la seconde injection de Xepion (jour 8 ± 4 jours) est oubliée, la recommandation d'instaurer à nouveau le traitement dépend de la durée qui s'est écoulée depuis la première injection reçue par le patient. **Oubli de la seconde dose d'instauration (< 4 semaines après la première injection):** Si moins de 4 semaines se sont écoulées depuis la première injection, alors le patient devra recevoir la seconde injection de 100 mg dans le muscle deltoïde dès que possible. Une troisième injection de 75 mg de Xepion dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier devra être administrée 5 semaines après la première injection (quelle que soit la date de la seconde injection). Par la suite, le cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité, sera poursuivi. **Oubli de la seconde dose d'instauration (4 à 7 semaines après la première injection):** Si 4 à 7 semaines se sont écoulées depuis la première injection de Xepion, reprendre le traitement par des injections de 100 mg comme suit: 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli de la seconde dose d'instauration (7 à 13 semaines après la première injection):** Si plus de 7 semaines se sont écoulées depuis la première injection de Xepion, recommencer le traitement comme décrit ci-dessous dans le schéma d'instauration de Xepion. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (1 mois à 6 semaines):** Après l'instauration, le cycle d'injection de Xepion recommandé est mensuel. Si moins de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection, alors la dose précédemment stabilisée devra être administrée dès que possible, suivie par des injections à intervalles mensuels. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 semaines à 6 mois):** Si plus de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection de Xepion, la recommandation est la suivante: **Pour les patients stabilisés par des doses allant de 25 à 100 mg:** 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible de la même dose que celle par laquelle le patient était précédemment stabilisé; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde (même dose) une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou dans le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Pour les patients stabilisés par 150 mg:** 1. une injection d'une dose de 100 mg dans le muscle deltoïde dès que possible; 2. une autre injection d'une dose de 100 mg dans le muscle deltoïde une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle mensuel des injections dans le muscle deltoïde ou dans le muscle fessier de doses allant

de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 mois):** Si plus de 6 mois se sont écoulés depuis la dernière injection de Xepion, recommencez le traitement comme décrit ci-dessus dans le schéma d'instauration de Xepion. **Populations particulières: Patient âgé:** L'efficacité et la sécurité chez les patients âgés de plus de 65 ans n'ont pas été établies. En général, la posologie de Xepion recommandée pour les patients âgés présentant une fonction rénale normale est la même que celle des patients adultes plus jeunes dont la fonction rénale est normale. Toutefois, certains patients âgés pouvant avoir une fonction rénale diminuée, un ajustement posologique peut être nécessaire (voir **Insuffisance rénale** ci-dessous pour les recommandations posologiques chez les patients présentant une insuffisance rénale). **Insuffisance rénale:** Xepion n'a pas été étudié de manière systématique chez les patients présentant une insuffisance rénale. Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère (clearance de la créatinine ≥ 50 à < 80 ml/min), les doses initiales de Xepion recommandées sont de 100 mg au jour 1 du traitement et 75 mg une semaine plus tard, les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 50 mg dans un intervalle allant de 25 à 100 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. Xepion n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée ou sévère (clearance de la créatinine < 50 ml/min). **Insuffisance hépatique:** D'après l'expérience acquise avec la paliperidone orale, aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. La paliperidone n'ayant pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, la prudence est recommandée chez ces patients. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de Xepion chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** Xepion est destiné à l'administration intramusculaire uniquement. Il ne doit pas être administré par une autre voie. Il doit être injecté lentement, en profondeur dans le muscle deltoïde ou fessier. Chaque injection doit être administrée par un professionnel de santé. L'administration doit être effectuée par une injection unique. La dose ne doit pas être administrée par des injections séparées. Les doses d'instauration des jours 1 et 8 doivent chacune être administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. Après la seconde dose d'initiation, les doses d'entretien mensuelles peuvent être administrées soit dans le muscle deltoïde soit dans le muscle fessier. Un changement du muscle fessier au muscle deltoïde (et vice versa) doit être envisagé en cas de douleur au site d'injection et si la gêne associée n'est pas bien tolérée (voir rubrique Effets indésirables). Il est également recommandé d'alterner entre les côtés gauche et droit (voir ci-dessous). Pour les instructions relatives à l'utilisation et la manipulation de Xepion, voir la notice (information destinée aux professionnels de santé). **Administration dans le muscle deltoïde:** La taille de l'aiguille recommandée pour les administrations initiales et d'entretien de Xepion dans le muscle deltoïde est déterminée par le poids du patient. Pour les patients ayant un poids ≥ 90 kg, l'aiguille de 11/2 pouce 22 Gauge (38,1 mm x 0,72 mm) est recommandée. Pour ceux ayant un poids < 90 kg, l'aiguille de 1 pouce 23 Gauge (25,4 mm x 0,64 mm) est recommandée. Les injections dans le muscle deltoïde doivent être alternées entre les deux muscles deltoïdes. **Administration dans le muscle fessier:** La taille de l'aiguille recommandée pour l'administration d'entretien de Xepion dans le muscle fessier est l'aiguille de 11/2 pouce 22 Gauge (38,1 mm x 0,72 mm). L'administration doit être faite dans le quadrant supra-externe de la fesse. Les injections dans le muscle fessier doivent être alternées entre les deux muscles fessiers. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active, à la rispéridone ou à l'un des excipients. **Effets indésirables: Résumé du profil de sécurité d'emploi:** Les effets indésirables (E) les plus fréquemment rapportés au cours des essais cliniques ont été insomnie, céphalée, anxiété, infection des voies respiratoires supérieures, réaction au site d'injection, parkinsonisme, prise de poids, akathisie, agitation, sédation/somnolence, nausée, constipation, sensation vertigineuse, douleur musculo-squelettique, tachycardie, tremblement, douleur abdominale, vomissement, diarrhée, fatigue et dystonie. Parmi ces effets indésirables, l'akathisie et la sédation/somnolence sont apparues dose-dépendantes. **Liste récapitulative des effets indésirables:** Les effets indésirables (E) les plus fréquemment rapportés au cours des essais cliniques de fréquence estimée à partir des essais cliniques menés avec le palmitate de paliperidone. Les termes et fréquences suivants sont utilisés: **très fréquent** ($\geq 1/10$); **fréquent** ($\geq 1/100$, $< 1/10$); **peu fréquent** ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); **très rare** ($< 1/10000$) ou **fréquence indéterminée** (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Classes de Systèmes Organes: Fréquence:** Effet indésirable, infections et infestations. **Fréquent:** infection des voies respiratoires supérieures, infection des voies urinaires, grippe. **Peu fréquent:** pneumonie, bronchite, infection des voies respiratoires, sinusite, cystite, infection auriculaire, amygdalite, onychomycose, cellulite. **Rare:** infection oculaire, acrodermatite, abcès sous-cutané. Affections hématologiques et du système lymphatique: **Peu fréquent:** diminution de la numération de globules blancs, thrombocytopenie, anémie. **Rare:** neutropénie, augmentation de la numération des éosinophiles. **Indéterminée:** agranulocytose. Affections du système immunitaire: **Peu fréquent:** hypersensibilité. **Fréquent:** réaction anaphylactique. Affections endocriniennes: **Fréquent:** hyperprolactinémie. **Rare:** sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, présence de glucose urinaire. Troubles du métabolisme et de la nutrition: **Fréquent:** hypoglycémie, prise de poids, perte de poids, diminution de l'appétit. **Peu fréquent:** diabète*, hyperinsulinémie, augmentation de l'appétit, anorexie, augmentation des triglycérides sanguins, augmentation du cholestérol sanguin. **Rare:** acidoose diabétique, hypoglycémie, polydipsie. **Indéterminée:** intoxication à l'eau. Affections psychiatriques: **Tres fréquent:** insomnie. **Fréquent:** agitation, dépression, anxiété. **Peu fréquent:** trouble du sommeil, manie, diminution de la libido, nervosité, cauchemar. **Rare:** catatonie, état de confusion, somnambulisme, émoiement affectif, onargosmie. **Indéterminée:** trouble des conduites alimentaires lié au sommeil. Affections du système nerveux: **Fréquent:** parkinsonisme*, akathisie*, sédation/somnolence, dystonie*, sensation vertigineuse, dyskinésie*, tremblement, céphalée. **Peu fréquent:** dystonie tardive, syncope, hyperactivité psychomotrice, vertige orthostatique, perturbation de l'attention, dysarthrie, dysgueusie, hypoesthésie, parésie. **Rare:** syndrome malin des neuroleptiques, ischémie cérébrale, non réponse au stimuli, perte de la conscience, diminution du niveau de la conscience, convulsion*, trouble de l'équilibre, coordination anormale. **Indéterminée:** coma diabétique, tubation céphalique. Affections oculaires: **Peu fréquent:** vision trouble, conjonctivite, sécheresse oculaire. **Rare:** glaucome, trouble du mouvement oculaire, rétinopathie, photophobie, augmentation du larmoiement, hyperémie oculaire. **Indéterminée:** syndrome de l'iris hypotonique (préopérateur). Affections de l'oreille et du labyrinthe: **Peu fréquent:** vertiges, acouphènes, douleur auriculaire. Affections cardiaques: **Fréquent:** tachycardie. **Peu fréquent:** bloc auriculo-ventriculaire, trouble de la conduction, allongement de l'intervalle QT, syndrome de tachycardie orthostatique posturale, bradycardie, électrocardiogramme anormal, palpitations. **Rare:** fibrillation auriculaire, arythmie sinusale. Affections vasculaires: **Fréquent:** hypertension. **Peu fréquent:** hypotension, hypotension orthostatique. **Rare:** thrombose veineuse, bouffées de chaleur. **Indéterminée:** embolie pulmonaire, ischémie. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: **Fréquent:** toux, congestion nasale. **Peu fréquent:** dyspnée, encombrement des voies respiratoires, sifflements, douleur pharyngolaryngée, épistaxis. **Rare:** syndrome d'apnée du sommeil, congestion pulmonaire, râles. **Indéterminée:** hyperventilation, pneumonie d'aspiration, dysphonie. Affections gastro-intestinales: **Fréquent:** douleur abdominale, vomissement, nausée, constipation, diarrhée, dyspepsie, douleur dentaire. **Peu fréquent:** gêne abdominale, gastro-entérite, dysphagie, sécheresse buccale, flatulence. **Rare:** pancréatite, gonflement de la langue, incontinence fécale, fécule, chéilite. **Indéterminée:** occlusion intestinale, liés. Affections hépatobiliaires: **Fréquent:** augmentation des transaminases. **Peu fréquent:** augmentation des gamma-glutamyltransférases, augmentation des enzymes hépatiques. **Indéterminée:** jaunisse. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: **Peu fréquent:** urticaire, rash, alopecie, eczéma, sécheresse cutanée, érythème, acné. **Rare:** toxicodermie hyperkératosé, pellicules. **Indéterminée:** angioedème, décoloration de la peau, dermatite séborrhéique. Affections musculo-squelettiques et systémiques: **Fréquent:** douleur musculo-squelettique, douleur dorsale, arthralgie. **Peu fréquent:** augmentation de la créatine phosphokinase

Xepion seringue préremplie	Prix ex-usine TVA excl.
25 mg	83,28 €
50 mg	161,31 €
75 mg	213,89 €
100 mg	257,50 €
150 mg	375,21 €
150 mg + 100 mg Starterpack	632,71 €

sanguine, spasmes musculaires, raideur articulaire, faiblesse musculaire, douleur au niveau du cou. **Rare:** rhabdomyolyse, enflure des articulations. **Indéterminée:** posture anormale. Affections du rein et des voies urinaires: **Peu fréquent:** incontinence urinaire, pollakiurie, dysurie. **Rare:** rétention urinaire. Affections gravidiques, péripartales et périnatales: **Indéterminée:** syndrome de sevrage médicamenteux néonatal. Auections des organes de reproduction et du sein: **Fréquent:** aménorrhée, galactorrhée. **Peu fréquent:** dysfonctionnement érectile, trouble de l'éjaculation, trouble menstruel, gynécomastie, dysfonctionnement sexuel, douleur mammaire. **Rare:** gêne mammaire, engorgement mammaire, accroissement mammaire, écoulement vaginal. **Indéterminée:** pruritus. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: **Fréquent:** pyrexie, asthénie, fatigue, réaction au site d'injection. **Peu fréquent:** œdème de la face, œdème, augmentation de la température corporelle, démarche anormale, douleur thoracique, gêne thoracique, malaise, induration. **Rare:** hypothermie, frissons, soif, syndrome de sevrage médicamenteux, abcès au site d'injection, cellulite au site d'injection, kyste au site d'injection, hématoème au site d'injection. **Indéterminée:** diminution de la température corporelle, névrose au site d'injection, œdème au site d'injection. Lésions, intoxications et complications liées aux procédures: **Peu fréquent:** chute. * La fréquence de ces effets indésirables est qualifiée comme « indétectable » car ils n'ont pas été observés lors d'essais cliniques et/ou de rapports post-commercialisation portant sur le palmitate de paliperidone. Ils proviennent soit de rapports spontanés post-commercialisation et la fréquence ne peut être déterminée, soit de données issues d'essais cliniques portant sur la rispéridone (quelle que soit la formulation) ou la paliperidone orale. * Se référer à « Hyperprolactinémie » ci-dessous. * Se référer à « Symptômes extrapyramidaux » ci-dessous. * Dans les essais contrôlés versus placebo, un diabète a été rapporté chez 0,32 % des sujets traités par Xepion comparé à un taux de 0,39 % dans le groupe placebo. L'incidence globale de tous les essais cliniques était de 0,65 % chez tous les sujets traités par palmitate de paliperidone. * **L'insomnie inclut:** insomnie initiale, insomnie du milieu de la nuit; la **convulsion** inclut: crise de Grand mal; l'**œdème** inclut: œdème généralisé, œdème périphérique, œdème qui prend le godet; les **troubles menstruels** incluent: menstruation retardée, menstruation irrégulière, oligoménorrhée. **Effets indésirables observés avec les formulations à base de rispéridone:** La paliperidone est le métabolite actif de la rispéridone, par conséquent, les profils des effets indésirables de ces composés (incluant les deux formulations orale et injectable) s'appliquent à l'un à l'autre. **Description de certains effets indésirables: Réaction anaphylactique:** Rarement, des cas de réaction anaphylactique après l'injection de Xepion ont été rapportés depuis le début de la commercialisation chez les patients ayant précédemment toléré la rispéridone orale ou la paliperidone orale. **Réactions au site d'injection:** L'effet indésirable lié au site d'injection le plus fréquemment rapporté a été la douleur. La majorité de ces réactions a été rapportée comme étant de sévérité légère à modérée. L'évaluation par les sujets de la douleur au niveau du site d'injection réalisée à l'aide d'une échelle analogique visuelle tendait à diminuer en fréquence et en intensité durant toute la période des études de phases 2 et 3 avec Xepion. Les injections dans le muscle deltoïde ont été perçues comme légèrement plus douloureuses que les injections dans le muscle fessier. Les autres réactions au site d'injection ont été principalement d'intensité faible et ont inclus induration (fréquente), prurit (peu fréquent) et nodules (rare). **Symptômes extrapyramidaux:** Les symptômes extrapyramidaux incluaient une analyse pooled des termes suivants : parkinsonisme (incluant hypersécrétion salivaire, raideur musculo-squelettique, parkinsonisme, salivation, phénomène de la roue dentée, bradykinésie, hypokinésie, facies figé, tension musculaire, akathisie, rigidité de la nuque, rigidité musculaire, démarche parkinsonienne, réflexe palpébral anormal et tremblement parkinsonien de repos), akathisie (incluant akathisie, impatience, hyperkinésie et syndrome des jambes sans repos), dyskinésie (dyskinésie, contractions musculaires, choréoathétose, athétose et myoclonie), dystonie (incluant dystonie, hyperrie, torticolis, contractions musculaires involontaires, contracture musculaire, biloboplasme, crise oculogyrique, paralysie de la langue, spasme facial, laryngospasme, myotonie, opisthotonus, spasme oropharyngé, pleurothotonus, spasme de la langue et trismus) et tremblement. Il est à noter qu'un spectre plus large de symptômes est inclus, qui n'ont pas nécessairement une origine extrapyramidale. **Prise de poids:** Dans l'étude de 13 semaines comprenant la dose d'initiation de 150 mg, la proportion de patients présentant une prise de poids anormale + 7 % a montré une tendance dose-dépendante, avec un taux d'incidence de 5 % dans le groupe placebo comparé à des taux de 6 %, 8 % et 13 % dans les groupes traités par Xepion 25 mg, 100 mg et 150 mg respectivement. Pendant la période de transition/entretien de 33 semaines en ouvert de l'essai de prévention de rechute à long terme, 12 % des patients traités par Xepion répondaient à ce critère (prise de poids ≥ 7 %) depuis la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude); le changement de poids moyen (ET) à partir du début de l'étude en ouvert était +0,7 (4,79) kg. **Hyperprolactinémie:** Dans les essais cliniques, des augmentations médianes de la prolactine sérique ont été observées chez les patients des deux sexes qui ont reçu Xepion. Des effets indésirables pouvant suggérer une augmentation du taux de prolactine (par exemple aménorrhée, galactorrhée, troubles menstruels, gynécomastie) ont été rapportés au total chez < 1 % des patients. Un allongement de l'intervalle QT, des arythmies ventriculaires (fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire), une mort subite inexpliquée, un arrêt cardiaque et des torsades de pointes peuvent survenir avec les antipsychotiques. Des cas de thromboses veineuses, incluant des cas d'embolies pulmonaires et de thromboses veineuses profondes, ont été rapportés avec les médicaments antipsychotiques (fréquence indéterminée). Déclaration des effets indésirables suspects: La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique (l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (<http://www.afmps.be>)). Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments Villa Louwigy - Allée Marconi L-2120 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html>. Nature et contenu de l'emballage extérieur: Seringue préremplie (copolymère d'oléfine cyclique) munie d'un bouchon-piston, d'une valve antiretour et d'un capuchon (caoutchouc bromobutyle) avec une aiguille de sécurité de 11/2 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 38,1 mm) et une aiguille de sécurité de 1 pouce 23 Gauge (0,64 mm x 25,4 mm). Présentation: Le conditionnement contient 1 seringue préremplie et 2 aiguilles. **TITULAIRE DE LAutorisation de mise sur le marché:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgique. NUMERO(S) D'Autorisation de mise sur le marché: EU/11/672/001 (25 mg); EU/11/672/002 (50 mg); EU/11/672/003 (75 mg); EU/11/672/004 (100 mg); EU/11/672/005 (150 mg). **MODE DE DELIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE:** 13/09/2018. *Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.*

References: 1. Pandina GJ et al. Journal of Clinical Psychopharmacology (2010) 30 (3) 235-244. 2. Hough D et al. Schizophrenia Research (2010) 116 (2-3): 107-117. 3. Gopal S et al. J Psychopharmacol 2011; 25 (5): 685-697. 4. Nicholl D et al. Curr Med Research Opinion 2010; 26 (6): 1471-1481. 5. SmPC Xepion. 6. Citrome L. Int. J. Clin. Pract. Jan 2010, 64, 2, 216-239. 7. Gopal S et al. Curr. Med. Res. Open. 2010 Feb; 26 (2): 377-87. 8. Alphas L et al. Annals of General Psychiatry 2011; 10, 12. 9. Gopal S et al. Innovations in clinical neuroscience. 2011; 6(3):26-33.

Téléphone: 0800 93 377 - E-mail: janssen@jacbe.jnj.com - Internet: www.janssen.com/belgium

Janssen-Cilag NV



© Janssen-Cilag NV - CP-94262 - 22-mei-2019 - vulw/ Luc Van Oevelen, Antwerpseweg 15-17, 2340 Beerse

ON LE SAVAIT, ON N'A PAS VOULU SAVOIR, VOUS AVEZ DIT DÉNI ? SARS, H1N1, DES VIRUS QUI BOUSCULENT LE MONDE ONT PRÉCÉDÉ CE « SATANÉ COVID-19 »

Benoit GILLAIN

Président de la SRMMB

Service de Psychiatrie, Clinique Saint-Pierre, Ottignies

Voici quelques mois, dans le monde, ici, là-bas, on a réagi à la pandémie : confinement, mesures, masques, gel, déconfinement, zones vertes, rouges, oranges, ...

Tout un chacun a été bousculé. On y a mis les moyens.

La « non-maladie » s'est installée comme la vie. Les codes sociaux ont changé. On ne dit plus « bien à vous » ou « bonjour » mais « prenez soin de vous et de vos proches » ; le sanitaire domine.

Ça a commencé fin de l'hiver et ça durera au moins jusqu'au printemps prochain.

Au travers de ce numéro, nous vous partageons comment certains d'entre nous ont vécu cette pandémie et ses conséquences.

Pour beaucoup de nos patients, ce fut, d'une certaine manière, une période bénie : « Le confinement ? C'est ce que je vis toute ma vie, Docteur. Maintenant, « ils » savent ce que c'est d'être seul, coupé des autres et du monde. Puis, c'est quand même plus calme, non ? »

Les patients qu'on connaît, on a continué à les suivre, en présentiel, au téléphone, en visioconférence.

Des nouvelles situations problématiques ? Beaucoup moins.

La sonnerie du téléphone a moins retenti, la vie a eu du sens : lutter, ensemble, contre le virus. Bientôt, après cette période de grande communion, le « *struggle for life* », douloureux, malgré les protections collectives mises en place, reviendra. Les failles referont surface. La douleur, plus intense peut-être, reviendra et nous aurons davantage, voire trop ?, de travail.

Je vous souhaite de pouvoir faire face, accompagner, panser les plaies et continuer à penser notre métier.

Bonne lecture.

CHRONIQUE D'UN PSYCHIATRE AU TEMPS DU CORONAVIRUS

Benoit GILLAIN

Service de Psychiatrie, Clinique Saint-Pierre, Ottignies

Début mars, les informations s'accumulent au sujet d'un virus « Covid-19 » qui se propage. Epidémie ou pandémie ? Un conseil de sécurité en Belgique est prévu pour les 13 mars avec, dans la foulée, une conférence de presse de notre Première Ministre. Le confinement est fort probable vu les informations désastreuses qui nous viennent du nord de l'Italie. Il faudrait éviter un scénario catastrophe du même genre, diminuer la propagation du virus et concentrer les forces et ressources dans les unités de soins qui peuvent y faire face telles que les soins intensifs, ...

Le 12 mars, Vero Cratzborn, la réalisatrice du film « La forêt de mon père », organise une avant-première à Stavelot. Elle souhaite organiser, après la projection, une conférence-débat et des échanges autour du film en présence de ses parents et en particulier son père qui lui a inspiré son film, des usagers d'un centre de jour, des représentants de SIMILES, des amis. Y aller ou pas ? Nous sommes au cinéma, c'est assez confiné, il devrait y avoir du monde. Nous décidons avec mon collègue d'y aller. La réalisatrice a mis beaucoup d'elle-même dans ce film, dans ce projet, cette avant-première. Et puis, ce n'est pas tous les jours que l'on a cette chance de pouvoir participer à un tel événement. Bonne ou mauvaise décision ? En tous cas, le soir en rentrant, rien à se mettre sous la dent : tous les restos et friteries sont fermés même si ces dernières pourront rester ouvertes dans notre Royaume les mois qui suivent...

Le 13 : Décision de confinement. Mesures de protection à prendre, déclenchement du plan d'urgence hospitalier. Dans le cadre d'un tel déclenchement, en psychiatrie, nous avons pour mission d'accueillir les proches et familles de ceux qui seraient concernés par les soins. Ici, c'est tout l'inverse : on ferme les portes, pas de visites, pas de rassemblement. Nous n'avons pas grand-chose à faire...

Les infirmiers s'inquiètent, cherchent des réponses à des questions qui se succèdent. La conférence de presse de notre Première Ministre se termine tard le 13. Nous nous retrouvons l'infirmier-chef et moi-même le samedi 14 dans l'unité. Comme pour beaucoup de services de psychiatrie, une de ses richesses est le mouvement des patients qui entre autres sortent en week-end. On demande à organiser une restriction des contacts des uns avec les autres, c'est la mise en route du confinement qu'il faut orchestrer. Les patients qui sont chez eux sont appelés. Tous ceux qui ne vont pas trop mal, sont invités à rester chez eux et ne pas revenir à la clinique.

Pour permettre d'isoler chaque patient dans sa chambre, il faut réduire le nombre de patients hospitalisés de moitié ! Par ailleurs, repas en chambre, plus de visites, un patient à la fois au fumoir, ...

Les réunions se multiplient, entre professionnels et avec les patients. On tente de mettre en route un nouveau mode de vie dans l'unité. Les réunions se succèdent entre les cadres du service, des cours s'annulent, les patients ne lâchent pas le téléphone. Tout ralentit, presque à l'arrêt.

Parmi les réunions, un conseil médical extraordinaire pour évaluer le PUH, les besoins, les actions à mener. Nous sommes mardi, 4 jours depuis le début du confinement. Tout pour faire face au corona. Un chirurgien demande : jeudi programme opératoire, trois cancers, je fais quoi ? Silence, pas oui, pas non.

Je me dis : voilà, c'est là qu'est ton espace, pas oui, pas non. Pour la psychiatrie c'est la même chose, on ne t'empêchera rien mais il ne faut pas gêner. On reste donc ouvert, urgences, télémedecine et consultations essentielles maintenues.

Aux urgences, ce n'est pas le Désert des Tartares mais ça y ressemble, on attend les patients infectés, on en voit quelques-uns, peu. Les tenues de protection fleurissent. L'ambiance est à l'excitation avec l'envie de faire face. Le corona n'arrivera que quelques semaines plus tard alors pour le moment, c'est calme. Une urgence pour tout le monde. Mise à l'arrêt, fermeture des salles d'op, pas de voitures sur le parking, le service de santé mentale ferme, l'habitation protégée est confinée.

C'est un hôpital général, on a de la chance. Les masques sont là, on remet une blouse blanche, on occupe un local pour faire un vestiaire, les infirmiers portent un pyjama. Pour d'autres, point de travail, découverte du chômage.

A l'hôpital, cette année, les premiers mois sont particulièrement importants. Tous les 5 ans, un projet global fait l'objet d'une évaluation par les directions générales et le Conseil médical avant validation par le Conseil d'administration. Tous les chefs de service doivent être nommés, les mandats étant de 5 ans. Les candidats doivent présenter leur copie. Des réunions du Conseil médical se succèdent. Pour une fois, ce n'est pas en nocturne mais le temps disponible en journée nous permet de nous réunir régulièrement. Une chance parce que cela donne la perspective du mouvement de la continuité du futur dans cette période où presque tout est à l'arrêt à l'exception des soins intensifs, des services de médecine. Après la période d'attente, on y est, la vague est là. Les patients arrivent, les morts se succèdent. Les résultats ne sont pas catastrophiques comme on avait pu le craindre à la lecture des publications du début d'année où le taux de mortalité était désastreux pour les patients rentrant en soins intensifs. La peur est là, va-t-on l'attraper ? Va-t-on transmettre ce virus ? Les soins pourront-ils résister ou sont-ils dépassés ?

Va-t-on, comme pour certains collègues, totalement fermer un service de psychiatrie alors que pourtant les patients sont là, les urgences sont plus rares mais les décompensations psychotiques et maniaques fleurissent. Il y a une augmentation des mesures de protection de la personne du malade mental. Les procédures, continuellement revues, se succèdent. Si on produit moins, on travaille beaucoup, la fatigue s'installe, le télétravail s'organise, les consultations se maintiennent dans les lieux où elles sont autorisées, dans les cabinets, hors des hôpitaux et polycliniques. On s'arrange, on se débrouille, je prête mon cabinet à un collègue dont les patients instables nécessitent d'être vus et où le présentiel a toute son importance. C'est le cas aussi dans les bureaux de consultation qu'on a en ville. C'est là qu'on se rend compte combien ces consultations sont importantes pour toute une série de patients. Il y a ce besoin de réassurance, d'exister.

Aux membre du Conseil fédéral des professions de soin de santé mentale, la question urgente de la ministre : quid des téléconsultations ? On met la pratique en place entre nous, autour de notre présidente : réunions, teams, échange de textes, de littérature. En quelques jours, un avis étayé est rendu. On aura encore à remettre ça sur la question des soins essentiels (et donc, présentsiels). Heureusement, les réponses données ne tombent pas dans les modèles algorithmiques catégoriels. Les aspects plutôt dimensionnels et d'évaluation individuelle prévalent, la gestion du risque en psychiatrie ne se résout pas à des points sur des échelles.

Les consultations reprennent à l'hôpital aussi et le temps est partagé entre des visioconférences, de la télémedecine, des consultations en présentiel, l'organisation du service et le recrutement de nouveaux collègues dans le cadre du projet *Get up Wallonia*, l'organisation du déconfinement du Service de Santé mentale, la reprise générale de l'activité où des contraintes, celles des masques, de la distanciation, des non-visites notamment, viennent s'ajouter à celles du métier.

Fin juin, on est loin du retour à la normale.

Alors, que retenir de cette crise du COVID en psychiatrie ?

Ce que j'en retiens, c'est que la meilleure façon d'y faire face, c'était de faire encore un peu mieux si possible son métier, c'est-à-dire celui de psychiatre à côté de nos collègues généralistes, intensivistes, urgentistes au chevet de nos patients. Ce que je retiendrai aussi, peut-être et surtout, c'est le suicide d'une de mes patientes pour laquelle je m'étais battu. La restriction à 10 personnes aux funérailles m'a empêché d'y assister. Cela a été la même chose pour celle du Professeur Anseau. On a vécu pour éviter la maladie, l'infection, mais ça n'est pas la réponse à la vie, son sens, la vie en commun qui s'appuie sur des rencontres, des célébrations dont nous avons été (et sommes encore) privés.

AUTEUR CORRESPONDANT

BENOIT GILLAIN

Clinique Saint-Pierre
Service de Psychiatrie
Avenue Reine Fabiola, 9
1340 Ottignies
E-mail : benoit.gillain@cspo.be

HOMMAGE AUX INFIRMIER(E)S, HOMMAGE AUX TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Philippe DE TIMARY, Geneviève COOL
Service de Psychiatrie Adulte et Secteur de Psychologie,
Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

Certains savaient qu'elle allait arriver et pourtant personne n'en connaissait l'ampleur. S'appuyant sur les témoignages de ceux qui l'avaient vécu, ils ont essayé de dire, d'avertir de ce qui allait se passer et pourtant c'était difficile à imaginer.

Face à l'inconnu, on peut dire que nous nous étions un peu préparés, avons recherché des solutions pratiques : nous avons mis en place un plan pour y répondre, mais comment combattre un ennemi invisible, sans avoir ni la connaissance de l'ennemi, ni les armes pour s'en protéger efficacement ? Alors qu'on combat la maladie au quotidien avec les connaissances que nous donnent nos métiers, nous nous sommes retrouvés démunis pour lutter contre cette vague qui s'est mise à gonfler lentement, mais sûrement. Un deux sept, treize, vingt quatre..., le nombre de personnes atteintes et en souffrance s'est mis à s'accroître et la clinique, qui venait de se vider de son effervescence habituelle, s'est progressivement muée en un lieu d'accueil et de lutte contre cette terrible maladie.

D'abord un peu incrédules, la fleur au fusil, comme en quatorze, les soignants se sont mis en moins de temps qu'il n'en faut pour dire ouf, à faire un boulot tout à fait différent, à répondre à la nécessité du moment : aider ceux qui souffrent, les aider à respirer, les aider face à leur peur, leur apporter du soutien, un geste d'humanité, et parer au plus pressé, avec les moyens du bord, sans savoir s'ils font bien ou non. Nous sommes alors entrés du jour au lendemain dans une réalité encore impensable hier, celle qu'un petit virus couronné et ravageur impose soudain à tous sa loi implacable et imprévisible. C'est à ce moment-là que les soignants, les infirmiers, les aides-soignants, les nettoyeurs, les médecins, les assistants sociaux, les psychologues, tous travailleurs de l'hôpital ont commencé à vivre ce qu'ils n'avaient jamais vécu : une terrible confrontation à l'impuissance. La

mort qu'on pensait être capable de maîtriser, repousser, retarder était là, d'un moment à l'autre, bouleversant tous les repères qui fondent nos métiers. Embarqués sans vraiment le savoir ou le vouloir sur cette déferlante, dans une barque, nous nous sommes comptés les uns les autres et savions que nous pouvions compter sur les autres ... pour ramer. Et Dieu sait si on a ramé. Chacun y est allé de son idée sur la manière de s'y prendre. Toutes les forces et les idées ont été mobilisées, pour trouver des réponses, incertaines et imparfaites, à ce mal qui nous accablait, qui tuait autour de nous et même parmi nous. Nous nous sommes employés à aider, soigner, accompagner, autant qu'on a pu, dans ce mouvement épuisant, sans trop y penser, pour répondre aux besoins de ces personnes qui souffraient, qui craquaient, qui sombraient. Beaucoup de ces malades sont partis dans la tourmente.

Nous étions trop petits pour retenir la vague. Et par moment, comme Noé sur sa barque, nous nous sommes mis à audire le ou les responsables. Nous nous sommes sentis perdus et abandonnés au milieu d'un déluge, ne sachant pas où l'éclair allait encore frapper, ni quand le déluge allait se terminer. Maintenant, la vague diminue un peu et nous nous retrouvons à compter et panser nos blessures, sans bien savoir comment, tout démunis, nous qui sommes plus habitués à panser les blessures des autres, nous allons devoir panser les nôtres, d'une nature différente. Nous sommes épuisés par toutes ces situations et parfois, alors que nous avons choisi un si beau métier, nous nous surprenons à penser : c'est quoi ce métier que nous faisons ?

Article paru dans le numéro spécial Covid du Louvain Médical (mai 2020)

AUTEUR CORRESPONDANT

PHILIPPE DE TIMARY

Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Psychiatrie Adulte
Avenue Hippocrate, 10
B-1200 Bruxelles

E-mail: philippe.detimary@uclouvain.be

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES DANS LES UNITÉS COVID

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN COVID-19 UNITS

Leila ROKBANI(a), Julie SAUSSEZ(a), Pauline CHAUVIER(a), Céline BAURAIN(a), Nathalie CHATELLE(a),
Florence CHANTEUX(a), François HOCEPIED(a), Kevin WAGEMANS(a), Philippe DE TIMARY(b), Geneviève COOL(a)

(a) Service de Psychiatrie adulte

(b) Service de Psychologie

Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Résumé

Ce texte brosse une esquisse et une analyse de l'expérience d'une partie des psychologues hospitaliers du Secteur de Psychologie des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) dans la temporalité de rupture et de crise du COVID-19 dans et autour des unités de soins COVID. En plus de l'existence d'une permanence téléphonique et de l'organisation de groupes d'écoute et de parole des soignants, l'offre de service aux soignants en particulier ainsi qu'aux patients et aux familles a pu se réaliser pour une grande part via la décision collégiale et volontaire de présence et d'immersion au sein-même des unités de soins. Des signes d'alerte sérieux psychiques et comportementaux chez les soignants, y compris les psychologues eux-mêmes, sont notés qui se doivent d'être pris en considération. Des témoignages de psychologues intervenants, repris tels quels, clôturent l'article.

Mots-clés : Soignants, infirmier(e)s, stress, souffrance psychologique, psychologues.

Abstract

In this article, we sought to describe and analyze the interventions and experiences of a subgroup of psychologists from the psychology department of the Saint-Luc University Hospital, who rapidly stepped in to support care units receiving COVID-19 patients during the COVID-19 pandemic. Besides the setting up of a call center and speech groups aimed at relieving staff members, psychologists collectively and voluntarily decided to immerse themselves into these care units in order to support staff members, patients, and families overwhelmed by the strength of the crisis. Behavioral and psychological alarm signs in care unit staff members and psychologists themselves need to be considered and cared for. At the end of the article, a testimony of the involved psychologists provides an insight into the reality of the crisis.

Key words: Caregivers, nurses, stress, psychological suffering, psychologists.

Samenvatting

Deze tekst schetst en analyseert de ervaring van enkele van de ziekenhuispsychologen van de sector Psychologie van de Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL) in de temporaliteit van breuk en crisis in en rond de COVID-19 zorgunits. Naast het bestaan van een telefonische hotline en de organisatie van luister- en discussiegroepen voor zorgverleners, is het aanbod van service aan zorgverleners in het bijzonder, maar ook aan patiënten en families, grotendeels tot stand gekomen door de collegiale en vrijwillige beslissing om aanwezig te zijn en ondergedompeld te worden in de zorgunits zelf. Er worden ernstige psychologische en gedragswaarschuwingen onder zorgverleners, waaronder de psychologen zelf, opgemerkt die in aanmerking moeten worden genomen. Getuigenissen van interveniërende psychologen, genomen zoals ze zijn, sluiten het artikel.

Trefwoorden : Zorgverleners, verpleegkundigen, stress, psychologisch lijden, psychologen.

INTRODUCTION

Tout au long de cet article, écrit à plusieurs mains, nous tenterons d'explicitier le cadre de notre prise en charge psy au sein des unités COVID et d'en ressortir le sens. De notre expérience au sein d'unités COVID, nous tâcherons de rendre plus concret le travail du psychologue en milieu hospitalier dans ces circonstances inhabituelles. Nous terminerons par différents témoignages, tels quels, de psychologues œuvrant au sein

d'unités COVID. Cet article écrit à la hâte, n'est qu'un premier témoignage, reflet d'une période bousculée d'incertitudes et de mort, mais aussi de volontés fermes de faire-face, de tenir debout, de désir, de vivant. Le décousu apparent et peu académique de l'article est à l'image des décousus et des déchirures typiques des temps d'urgence et de crise. Il sera temps plus tard de proposer une analyse plus approfondie de ces bribes et morceaux et de tirer les enseignements de ces moments d'exception.

LE CONTEXTE

Soumis brutalement à la pandémie du COVID-19, l'univers hospitalier des Cliniques universitaires Saint-Luc s'est radicalement modifié pour faire face aux besoins des patients infectés, souffrant le plus souvent d'insuffisance respiratoire. La diversité des activités de chaque spécialité a été remplacée par un objectif commun dans plus d'une dizaine d'unités cliniques : lutter contre le virus. Les Cliniques toutes entières sont devenues l'univers du COVID : un lieu où l'on garde ses distances, où l'on reste masqués, où l'on est inquiet d'être infecté par d'autres, où l'on craint d'en infecter d'autres.

Nos professions de soins de santé sont caractérisées dans leur essence par une attention portée à l'autre, une écoute du corps du patient, mais aussi une écoute de ce que le patient peut dire, exprimer, élaborer au moment où il est soumis à l'épreuve de la maladie. Les soins sont une combinaison de gestes précis, indispensables à la santé du patient (les soins), et de paroles et de gestes qui témoignent de l'attention qu'on lui porte (prendre soin). Le philosophe Pascal Chabot, qui s'est intéressé au développement dans nos sociétés du phénomène du burnout distinguait ce qui dans une activité professionnelle relève de l'utile, ces gestes efficaces assortis d'une rentabilité mesurable, comme le sont par exemple la pratique des soins, les examens complémentaires, les prises de sang, les soins spécifiques, voire même tout simplement les toilettes des patients, et ce qui relève du subtil, toutes ces petites actions invisibles, trame des relations humaines, ce qui dans le cadre de l'hôpital humanisent les soins. Cette part ajoutée, subtile et invisible, qui échappe aux radars, est évidemment essentielle à notre fonction de soignants et nourrit nos métiers, en lui donnant cette étoffe qui fait du travail auprès des patients plus que la simple application de techniques mais un réel art de guérir et un art « d'être avec ». Cette part-là est essentielle pour le patient lorsqu'il est mis à l'épreuve des soins, dépossédé un temps par la maladie de sa liberté d'action, du contrôle de sa vie. Ces patients viennent alors dire aux soignants, chacun à leur manière les difficultés dans lesquelles ces situations les mettent, parfois par un comportement, parfois en mots, mais toujours dans une communication chargée du poids des émotions engendrées par la souffrance ressentie. Les équipes de soins sont alors amenées à recevoir ces émotions des patients et sont le plus souvent « outillées » pour le faire. Cette exposition des soignants aux émotions des patients fait le quotidien de la clinique de notre hôpital en temps normal. Ce n'est pas nouveau pour les soignants, habitués quotidiennement à faire face à ces questions mais dans ce cas précis, les vécus des patients et des soignants prennent forcément une signification particulière. Pendant la période singulière que nous traversons avec le développement de la pandémie du COVID-19, et en particulier dans des unités qui s'occupent spécifiquement de ces patients COVID, ces vécus sont exacerbés par le caractère dramatique que prend la situation, par les peurs d'être contaminés et de contaminer, par ce nombre impressionnant d'hospitalisations, d'intubations, de décès.

C'est dans ce contexte particulier que le Secteur de Psychologie des Cliniques universitaires Saint-Luc a pris l'initiative, en concertation avec la Direction des Cliniques et en collaboration étroite avec le Service de Psychiatrie Adulte, de venir « supporter » (au sens anglo-saxon de terme), accompagner, soutenir les équipes soignantes.

AU COMMENCEMENT...

Au départ, certains psychologues intégrés parfois depuis de longues années dans certaines équipes comme en Gériatrie par exemple, ont commencé à rencontrer des patients COVID presque par hasard. Ils ont commencé à « faire le boulot », à exercer leur métier de psychologue au cœur même d'unités devenues très rapidement de réelles unités en et de crise, « se serrant métaphoriquement les coudes » avec les équipes, tout en maintenant les distances préconisées par les hygiénistes de la clinique...

En parallèle aux expériences parfois brutales du terrain, relayées par les psys et dans la suite des premiers signes d'alerte de souffrance manifeste des soignants, nous avons mis en place une Permanence téléphonique destinée au personnel des Cliniques soignant ou non, pour répondre au besoin de parole, aux angoisses, aux incertitudes, à l'impuissance vécue par le personnel. À notre surprise, cette permanence téléphonique sensée aussi répondre aux critères prophylactiques de circonstance n'a rencontré que peu de demandes alors que celles-ci se manifestaient largement et de diverses façons au sein même des services. Ceci venait nous dire probablement quelque chose de la difficulté qui continue à exister pour tout un chacun de venir s'ouvrir, au téléphone, auprès de quelqu'un qu'on ne connaît pas ; ou nous dire quelque chose du fait même que de s'arrêter, individuellement, pour « parler » peut faire peur, peur de se laisser aller, peur de toucher à certaines émotions, peur de ce que les autres pourraient en penser. Ceci venait aussi nous inviter à réfléchir à l'importance de l'existence d'un lien direct ou éprouvé au sein d'un partage d'expérience, *a fortiori* en situation traumatique, pour s'autoriser à en parler à l'autre, peut-être aussi pour s'assurer et se rassurer de trouver « un interlocuteur qui comprendrait », cet incompréhensible. La permanence téléphonique n'était donc probablement pas le mode d'offre d'aide et de soins le plus adéquat en la circonstance première. Néanmoins, et avec les quelques appels reçus, souvent d'urgence, nous avons décidé de maintenir cette possibilité, pensant aussi qu'elle trouverait sa place et une utilité plus grande dans la durée. L'inadéquation relative de la permanence téléphonique au regard de la souffrance débordante des soignants, des patients, des familles, observée sur le terrain ainsi que les premières expériences de psys dans leurs propres unités qui se transformaient rapidement en unités COVID nous a confirmé que la place des psychologues était bien au cœur des unités. Alors que le virus se répandait dans la population et les étages nous avons demandé aux psychologues de venir travailler sur base volontaire au sein des équipes COVID, là où la demande s'exprimait naturellement, là où ce partage était vivant. Ce travail effectif sur le terrain était concomitant d'une mise en chômage temporaire d'une autre partie des psychologues, ce qui par ailleurs posait des questions à plus d'un titre.

PRÉSENCE DU PSYCHOLOGUE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE AU SEIN D'UNITÉS COVID

L'accompagnement au sein des unités COVID a été double : le premier axe s'est fait autour des équipes, le second autour des patients et de leur famille. Si la ligne de démarcation entre les deux axes est nécessaire et importante et si chaque part nécessite des besoins et moyens propres, il apparaît que la porosité de la démarcation voire sa nécessité a vraisemblablement constitué aussi un levier d'optimisation des prises en charge de part et d'autre.

Il y avait au sein des équipes, une multitude de signes et de dires alarmants de souffrance, comme autant d'appels à être entendus et accompagnés et, selon la nature des signes ou des demandes, à être reçus collégialement ou individuellement. Il s'agissait dans notre réponse au travers des premiers signaux émis de souffrance et de demandes souvent informelles ou implicites d'accompagnement, d'un « quelque chose » de l'ordre, dans tous les sens du terme de l'ordre, de pouvoir être là, de prendre le « risque d'en être », de faire partie de cette réalité-là. Lacan décrivait le « Réel » comme un impossible sur lequel on butte et la « réalité » comme structurée par le « symbolique » (le langage). C'est cela qu'il s'agissait pour les équipes, de pouvoir partager et déployer avec nous : la réalité du terrain. C'est-à-dire pouvoir partager cette étrange impression tout à fait dérangement de ne pas pouvoir soigner en ces circonstances de crise « comme il le faudrait », de potentiellement être soi-même le porteur et le vecteur de la maladie et par extension, de la mort comptabilisée au quotidien et relayée dans les médias. « En être » pour les psychologues signifiait donc, un peu paradoxalement, pouvoir e.a. entendre cette réalité du soignant, sa difficulté d'y être, son angoisse, tout en ne voulant pas faire partie de ce risque, voire plus encore de ne pas vouloir faire partie de ce réel-là, alors qu'ils y étaient le plus souvent submergés. Notre rôle a donc été, de prendre part, en tant que psychologues et de remettre en route un dialogue du sens en temps de crise. Entendre, ne pas laisser à l'œuvre l'obnubilation et la pétrification de doutes lancinants se transformer en certitudes culpabilisantes, ne pas laisser se fragmenter, délier, cliver les individualités et les équipes, compromettant ainsi leur travail d'accompagnement et de soin mais aussi leur santé mentale propre et collective.

Toutefois une équipe de soignants ne se laisse pas aller à « se faire soigner » facilement ! Il faut en effet pour les soignants admettre pour cela qu'il y ait possiblement un sujet duquel il faudrait parler et donc concéder à l'existence de difficultés qui sont déjà souvent défensivement minimisées ou vécues d'ordinaire comme des manquements propres alors qu'ici même le contexte était de fait d'emblée à l'origine de manquements: manque d'expérience ou de savoir-faire dans un inconnu jamais vécu, manque de connaissance d'un « ennemi » redoutable qui ne se découvre que très partiellement, nécessités impérieuses d'adaptation et d'assimilation aux règles et aux procédures d'hygiène changeantes de jour en jour, conscience aiguë des insuffisances d'équipements de

base pour faire face. Aussi notre travail s'est-il déployé majoritairement dans un ouvert informel, c'est-à-dire dans une disponibilité au plus près du travail des équipes. Cette position a permis d'entendre et de rencontrer les difficultés du terrain et les réactions qu'elles suscitaient. Il s'agissait dans un premier temps moins d'en répondre que d'en être témoin.

Donc, écouter, entendre l'angoisse où et quand elle surgit, la « traiter ». Traiter l'angoisse n'est pas résoudre la crainte. Il s'agit davantage de déplier, de découdre un déjà décousu, ce qui a fait qu'une situation est devenue impossible à rencontrer. Ces moments d'équipes ont pu apparaître « sur le coup ». « Sur le coup » donc d'un inopiné violent : sur le coup du décès d'un patient, sur le coup d'une annonce dans les médias ou du monde politique, sur le coup de la maladie d'un collègue, sur le coup d'une impuissance, d'une colère etc... Des coups violents portés à leurs pratiques, à leur rôle, à leur mission de soignant, à leur peau collective de « soignant ». Ils ont amené, lors des moments de réunions ou lors des moments moins à « flux tendus », des espaces où nous avons pu répondre de notre présence et ainsi de pouvoir nous attarder sur ce que cela suggère, suscite en elles. Il n'est pas question, de notre place, d'en détricoter le vrai du faux, d'en établir ou non la légitimité de leur position individuelle ou collective. Mais cela a été porté au soignant et qui lui a été à un moment insurmontable. Cette position dans le collectif a pu, pour certains membres de l'équipe représenter un support suffisant pour remettre en mouvement ce qui avait été contraint, mis en tension. Pour d'autres, elle a pu contribuer à des entretiens individuels. Il nous semblait donc fondamental d'être sur place, au plus près de ce que les équipes et les patients traversaient. Comment pouvoir faire confiance à un psy s'il n'est pas lui-même « baigné » comme et avec les équipes soignantes ?

La nécessité et l'importance de cette perspective se sont trouvées confirmées par ailleurs dans l'organisation de groupes de parole formels organisés spécifiquement pour les soignants des unités COVID. Faire acte de témoin était primordial. Dans ces groupes constitués sur base « de coups de trop », subis ou accumulés, nombre d'infirmier(e)s, d'aides-soignantes, de kinés, d'ergothérapeutes ou encore de médecins signifiaient l'importance de pouvoir partager et élaborer avec leurs collègues « du terrain » le vécu de « cette sorte de guerre ». C'est qu'il y avait aussi le constat de leur part d'une difficulté ou d'une réticence de pouvoir en parler dans leurs contextes privés : sentiment d'incompréhension de l'entourage, par trop de décalages avec les réalités ou les nécessités privées internes du confinement, par la violence exercée le cas échéant à parler de la mort, des souffrances, de la tristesse, des angoisses suscitées ou de la colère, éprouvées au quotidien. Nommer l'innommable à la maison, en famille ou avec les amis dans des contextes où les « soupapes » fonctionnelles habituelles faisaient aussi défaut, devenait ainsi « un coup porté ou à porter de trop ».

La question de la présence au sein des unités COVID prend d'autant plus d'intensité qu'il y a toute cette question de risques de transmission, de contamination, d'incertitudes. De plus, comme dans toute profession d'aide, il y a toute l'importance de la relation, de ce qui la rend humaine, vivante de par les expériences partagées. Le psychologue, dans ce contexte,

perd probablement un peu de son « confort » d'être à la fois « dedans » et à la fois « dehors » pour être tout à fait dedans, au risque parfois de perdre de sa « neutralité bienveillante » et d'être touché, ébranlé, perdu parfois comme n'importe quel autre soignant. C'est, nous pensons, ce qui fait la force des collaborations, de la confiance à l'heure du COVID-19.

Nous rendre, en tant que psychologues, auprès des équipes de première ligne et des patients, c'était simplement être là où nous devons être. Faire ce que nous faisons depuis longtemps déjà dans nos unités respectives, de la liaison... De la liaison avec les soignants, car la réalité du COVID, ce sont des soignants envoyés dans des services qui ne sont pas les leurs, redécouvrir des pratiques laissées depuis longtemps voire totalement inconnues. Ainsi, se croisent dans ces services COVID des infirmier(e)s de consultation, de salle d'op, de pédiatrie, se retrouvant tous au chevet de patients aux profils multiples mais souffrant tous du même virus. Nous-mêmes avons dû rejoindre des équipes que nous ne connaissions pas, faisant face à des réalités qui ne sont pas les nôtres, tout comme l'éprouvaient eux-mêmes les autres soignants... Il a donc fallu s'approprier, trouver sa place, ne pas « être dans les pieds ». Comment faire comprendre à une équipe qu'on est là pour elle ? C'est un travail d'ajustement permanent, à gagner petit à petit la confiance, à être là au bon moment, à saisir l'opportunité d'un échange informel.

Depuis longtemps, nous avons la conviction que la liaison à l'hôpital implique aussi que le psychologue se mette « au rythme » des soignants. Il nous semble essentiel que l'équipe puisse percevoir la « continuité » et la disponibilité. C'est aussi à travers cela que la confiance a pu s'établir.

Au sein des unités de soin, le COVID n'a pas à lui seul amené la crise : il a aussi révélé ou mis en exergue, des malaises antérieurs, souvent profonds, liés aux pratiques, aux conditions d'exercices voire à la considération des pratiques professionnelles. À cela s'est ajouté, la reconnaissance unanime de l'opinion publique de la rudesse du travail à l'hôpital. Parfois, avec ambivalence et confusion... Être élevés au rang « de héros et d'héroïnes de la société » peut s'avérer un véritable piège, augmentant paradoxalement les pressions intérieures, les exigences de performance.

Le travail avec les équipes devra se prolonger dans l'après-COVID. Cet inédit d'expérience laissera des traces et des conséquences psychiques à long terme chez de nombreux soignants, y compris chez les psychologues, d'un point de vue individuel et collectif. Les symptômes et les signes d'alerte sont multiples : sentiment de saturation et de débordements, labilité émotionnelle ou difficulté de la gestion émotionnelle, réactivité excessive, hyperactivité voire exaltation défensive, anxiété voire stress aigu, involution dépressive, troubles importants du sommeil incluant des cauchemars, pensées intrusives, ruminations et flash-backs, épuisement, fatigabilité excessive, sentiments de solitude et d'étrangeté, d'impuissance, culpabilités diverses, décompensation dans une situation traumatisante ramenant d'autres commémoratifs anciens, comportements d'évitement ou de retrait divers. Certains soignants pensent et disent déjà « ne pas pouvoir continuer ainsi », devoir arrêter, de quelques jours à quelques semaines, voire quelques mois. À cela s'ajoutent d'autres signes qui peuvent coexister avec les précédents et qui relèvent davantage au rapport à l'autre ou au collectif et qui fondent un sens

des pratiques et de l'expérience : sens aigu et éthique d'un devoir professionnel à la communauté en train de s'accomplir, sentiment accru d'appartenance, de reconnaissance réciproque, de solidarité entre pairs et de confiance au sein d'une communauté professionnelle et institutionnelle...

TÉMOIGNAGES DE PSYCHOLOGUES ŒUVRANT AU SEIN D'UNITÉS COVID

Nous n'avons pu pour des contraintes de place livrer l'ensemble des témoignages qui feront l'objet d'une publication ultérieure dans *Louvain Médical*. Seul le septième donne le ton de leur contenu.

TÉMOIGNAGE 7 : FENÊTRE SUR UNE UNITÉ DE GÉRIATRIE, LEILA ET JULIE

Travailler autrement, ou plutôt exercer nos métiers dans un contexte différent. C'est un des défis que le COVID a amené aux équipes infirmières, médicales et, sans échapper à la règle, aux équipes de psychologues.

Être psychologue dans une unité de gériatrie COVID, c'est accompagner l'insoutenable, c'est tenter de mettre des mots là où ils ne suffisent pas. C'est être là quand une vie s'éteint et redire les mots confiés par des proches « *pour qu'il les entende encore et encore* ». C'est écouter le morceau musical ou permettre la petite bière qui sera la dernière mais qui compte tant. C'est accompagner une famille qui vient dire au revoir à un père, alors que le matin même elle enterrait sa mère. C'est reprendre les mots des médecins avec le patient, avec la famille, c'est écouter et tenter de rassurer. C'est réfréner un geste d'apaisement car on ne peut pas se toucher, c'est encadrer une visite, parfois même à un patient décédé, pour préserver la santé de celui pour qui la tristesse et l'émotion rendent toutes les procédures d'hygiène si futiles. Être psychologue en gériatrie COVID, c'est ressentir et tenter d'apprivoiser chez chacun, chez soi aussi, une palette d'émotions comme la colère, la peur, l'impuissance, le sentiment d'insécurité, le soulagement, etc.

Mais être psychologue dans une unité de gériatrie COVID, c'est aussi des discussions sur la société, la vie, l'art et la mode, les souvenirs... c'est apprendre mille choses de nos patients qui se racontent, rapportent et font leur bilan. Ce sont des mercis qui débordent lorsque l'un d'eux parle à ses proches au téléphone, et des sourires qui en disent long quand on épingle les dessins, les photos, les messages colorés des enfants. Puis c'est surtout la force d'un regard quand la parole n'est plus.

Notre travail nécessite de la rigueur, du professionnalisme et énormément de pluri-disciplinarité d'autant plus belle que teintée des rencontres entre professions qui d'habitude ne se croisent que dans les couloirs... Rire avec une infirmière de pédiatrie qui a du mal à enlever un dentier et remercier ce maçon temporairement sans boulot qui s'affaire à rendre l'unité toute propre. Dans les équipes désormais, il y a ces quelques mots en attendant que nos mains soient suffisamment sèches de solution hydro-alcoolique pour pouvoir enfiler les gants. Il y a ce café réconfort dans la tisanderie, ou en dégustant une pizza généreusement offerte par ceux qui ne sont pas au front. Nous

trouvons un espace au coin d'un lit, lorsqu'une infirmière s'empresse de venir réinstaller un patient plus confortablement et que, d'un accord tacite à trois, nous prenons un peu de temps pour savoir comment chacun se porte. Un autre moment sera après avoir appris ce qu'est la sat' et quelle couleur a une alèse, mais surtout comment on l'appelle « Nous, dans notre service », ...

Notre service, tout est dit, car être psychologue dans une unité COVID, c'est s'inscrire dans un réseau de relations soutenantes multidirectionnelles. « *Monsieur va mieux depuis ton passage, merci pour ton travail !* » est un coup de force puissant quel que soit la nature du passage : infirmier, médical ou psychologique.

Un psychologue dans les équipes, un psy sous les mêmes surblouses et avec les mêmes marques FFP2 sur la peau du nez en fin de journée pour pouvoir écouter et échanger sur le terrain.

Mais un psychologue avant toute autre chose.

Si le cadre change, l'écoute et l'empathie restent nos alliées, au même titre que la prise de recul qui par moment nous challenge beaucoup.

Être psychologue dans une unité de gériatrie COVID, c'est une leçon de vie, une leçon pour l'être humain qui pense trop souvent savoir ou contrôler. La réalité est tout autre. Et c'est là qu'arrive un petit mot, un sourire, une fleur, l'attention d'une collègue qui nous conseille de prendre soin de nous, aussi.

Nous remercions Dominique Flahaut, neuropsychologue et psychologue clinicien, pour ses relectures et corrections et pour son soutien tout au long de l'élaboration de cet écrit.

Article paru dans le numéro spécial Covid du Louvain Médical (mai 2020).

AUTEUR CORRESPONDANT

GENEVIÈVE COOL

Responsable du secteur de psychologie
Cliniques universitaires saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
E-mail: genevieve.cool@uclouvain.be

CE QUE LA PANDÉMIE FAIT À LA PSYCHIATRIE : SOMMES-NOUS ENTRÉS DANS UNE PSYCHIATRIE DE GUERRE ?

THE IMPACT OF THE PANDEMIC ON PSYCHIATRY: DID WE STEP INTO WAR PSYCHIATRY?

Gérald DESCHIETÈRE(a), Alain LUTS(a), Wolfgang SCHULLER(a), Jean-Philippe HEYMANS(a), Nausica GERMEAU(a),
Geneviève COOL(b), Philippe DE TIMARY(a), Laurie NIZET(a)

(a) Service de Psychiatrie adulte

(b) Service de Psychologie

Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Résumé

La pandémie due au SARS-Cov2 (COVID-19) a modifié l'organisation des soins en psychiatrie. Après un survol des liens entre psychiatrie et épidémie, nous détaillerons les modalités d'organisation des soins psychiatriques au sein des cliniques universitaires Saint-Luc : diminution globale de l'activité, réorientation d'une partie de l'activité vers des consultations téléphoniques ou par vidéo, organisation d'une partie des lits psychiatriques dédiés à l'accueil de patients souffrant de troubles psychiques et du COVID-19, augmentation importante de l'activité de l'équipe mobile de crise... Un questionnement sera développé sur les changements en cours dans la pratique de la psychiatrie à travers l'utilisation des moyens téléphoniques et l'obligation de porter le masque. Dans sa conclusion, l'article amène quelques interrogations sur l'avenir de la psychiatrie et les liens entre pandémie et réforme de la santé mentale. Nous terminerons brièvement par une réflexion anthropologique sur la psychiatrie de guerre et sur le destin de la mort dans notre société. La pandémie due au SARS-Cov2 (COVID-19) oblige les soignants en psychiatrie à interroger leur façon de concevoir les soins psychiques ainsi que les modalités pour dispenser ceux-ci. Après avoir détaillé les préceptes qui ont jalonné l'organisation des soins psychiatriques au sein des cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL), nous proposerons différentes réflexions sur le travail psychiatrique en période de crise sanitaire. Nous énumérons ensuite différentes hypothèses sur le devenir de la psychiatrie dans le monde de demain.

Mots-clés : Psychiatrie, pandémie, organisation des soins, COVID-19, santé mentale.

Abstract

The COVID-19 pandemic (SARS-CoV-2) has changed the organization of care in psychiatry. After providing a brief overview of the links between the epidemic and psychiatry, this article details the methods used to organize psychiatric care at Saint-Luc University Clinics: overall reduction in activity, shift towards telephone or video consultations, allocation of psychiatric beds for patients suffering from mental disorders and COVID-19, significant increase of the mobile crisis team activity, etc. The changes in psychiatric practice induced by the use of telephone and mask wearing are discussed. As a conclusion, the article raises some questions about the future of psychiatry and the links between the pandemic and mental health reform. We end with an anthropological reflection on war psychiatry and the fate of death in our society.

Key words: Psychiatry, pandemic, organization of care, COVID-19, mental health.

Samenvatting

De SARS-Cov2 (COVID-19) pandemie veranderde de organisatie van de zorg in de psychiatrie. Na een overzicht van de verbanden tussen de psychiatrie en de epidemie, gaan we dieper in op de organisatie van de psychiatrische zorg binnen het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc: algemene daling van de activiteit, heroriëntatie van een deel van de activiteit naar telefonische of videoconsultaties, organisatie van een deel van de psychiatrische bedden gewijd aan de opvang van patiënten met psychische stoornissen en COVID-19, aanzienlijke toename van de activiteit van het mobiele crisisteam... Er zal een bevraging worden ontwikkeld over de veranderingen die gaande zijn in de praktijk van de psychiatrie door het gebruik van telefonische middelen en de verplichting tot het dragen van een masker. In de conclusie van het artikel worden enkele vragen gesteld over de toekomst van de psychiatrie en het verband tussen een pandemie en de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. We sluiten af met een antropologische reflectie over oorlogspsychiatrie en het lot van de dood in onze samenleving. De SARS-Cov2 pandemie (COVID-19) dwingt psychiatrische hulpverleners om vraagtekens te zetten bij de manier waarop zij denken over psychologische zorg en de modaliteiten voor het verlenen ervan. Na het uitwerken van de voorschriften die de organisatie van de psychiatrische zorg in de Universitaire Ziekenhuizen van Saint-Luc (CUSL) hebben gekenmerkt, zullen we verschillende beschouwingen over het psychiatrisch werk in tijden van gezondheids crisis voorstellen. We zullen dan verschillende hypothesen opsommen over de toekomst van de psychiatrie in de wereld van morgen.

Trefwoorden : Psychiatrie, pandemie, organisatie van de zorg, COVID-19, geestelijke gezondheid.

INTRODUCTION

Habituellement, quand les termes psychiatrie et épidémie sont associés, c'est pour parler de l'extension des catégories nosographiques telles que celles du TDHA et ou de la dépression. Des livres, des articles récents ou plus anciens, évoquent le terme d'épidémie en référence à l'extension du nombre de diagnostics de troubles de l'humeur ou d'hyperactivité chez l'enfant. Parfois, dans des articles d'épidémiologie psychiatrique, est posée l'hypothèse du lien entre des épidémies de grippe et la survenue de troubles schizophréniques. Récemment la psychiatrie fut convoquée pour évoquer l'épidémie d'overdose liée aux produits morphiniques aux USA.

Il est donc rare que la pratique psychiatrique soit associée à la gestion d'une pandémie telle que nous la vivons actuellement. Ce constat se confronte maintenant à la nécessité de réfléchir sur les conditions d'exercice de la psychiatrie en ces temps de pandémie. Le nombre de tribunes dans les médias généralistes donne ainsi à penser que plus personne ne peut mettre de côté le devenir du prendre soin des patients psychiatriques dans l'organisation d'une société en période de crise sanitaire.

Même les plus « normaux » d'entre nous sont ou seront affectés par les conséquences sociétales de cette pandémie : confinement et restriction des relations sociales, télétravail, expérience de solitude extrême ou d'intimité obligatoirement partagée (violences intra-conjugales) ... Il y a une analogie à faire entre le vécu de confinement et l'expérience psychiatrique asilaire où l'isolement était la règle habituelle. Vivre cette expérience de réclusion chez soi, c'est probablement l'occasion d'expérimenter sans le vouloir le ressenti de milliers de patients souffrant psychiquement, cantonnés chez eux, par angoisse ou méfiance vis-à-vis du monde extérieur, ou contraints à vivre ce sentiment de confinement au sein des structures hospitalières.

ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES DURANT LE CONFINEMENT AU SEIN DES CLINIQUES

La réactivité des changements opérés dans le service de psychiatrie adulte des CUSL actée le 16 mars fut synchrone avec la logique propre d'un hôpital général ancré dans un territoire urbain et cosmopolite. Une crise sanitaire telle qu'une pandémie virale n'autorise pas les attermolements parfois fatidiques au concept de santé publique. Dès le début de la crise en Belgique, à l'instar d'autres spécialités médicales – la psychiatrie n'est-elle pas une branche médicale comme une autre ? –, le nombre de patients pris en charge en psychiatrie diminua drastiquement et rapidement : annulation de rendez-vous par les patients angoissés de se rendre à l'hôpital, diminution des hospitalisations, fort ralentissement du nombre de patients aux urgences psychiatriques hormis les situations liées aux évaluations de personnes dans le cadre de la procédure de mise en observation, priorisation des soins à prodiguer tels que le stipulaient les recommandations des instances publiques. Cette décroissance brutale permit un temps pour l'organisation du service qui se synthétise ainsi :

Les équipes des différentes unités qui constituent le service de

psychiatrie adulte se sont organisées en shift afin de ne pas surcharger des locaux souvent exigus.

L'activité de l'unité d'hépatologie intégrée (Unité 74 – activité programmée autour des problématiques alcool) fut orientée vers les patients COVID-19.

L'unité de crise continua l'accueil de patients où le challenge fut de concilier prises en charge psychiatrique et mises en place de procédure permettant de réaliser des tests (PCR et scanner thoracique) chez des patients à hospitaliser, de manière volontaire ou non, et cela dans des conditions rendues souvent difficile tant par l'infrastructure (locaux exigus) qu'à la nature même de la pathologie psychiatrique aigue. Différents aménagements furent pris en collaboration avec les urgences générales : la spécificité COVID+ de l'unité d'observation des urgences générales déplacera l'accueil des patients psychiatriques pour une nuit dans les lits de l'unité 21, l'unité aigue d'hospitalisation en psychiatrie qui accueillit ainsi un plus grand nombre de patients pour des séjours courts. Le travail d'évaluation dans le cadre de la loi de mise en observation, comme précédemment mentionné, concerna un plus grand nombre de situations qu'habituellement. Ce travail fut aussi rendu plus complexe avec la nécessité de tester pour le COVID-19 des patients souvent peu collaborant aux soins et engendra des stress importants dans l'équipe soignante.

Le travail de l'unité de psychiatrie de liaison, moins dense en début de crise, fut concentré sur le soutien aux équipes soignantes (dans les unités COVID ou non) et sur la prise en charge de patients habituels bien que moins nombreux.

Le service comprend une unité d'hospitalisation aiguë de psychiatrie générale de 24 lits.

Dans un premier temps, nous avons vidé la salle au maximum afin de diminuer les risques de contamination pour les patients dont l'état permettait un retour au domicile et afin d'avoir une réserve de lits pour ceux qui nécessiteraient des soins urgents en lien ou non avec la situation de confinement liée à la pandémie.

Par la suite, il nous est rapidement paru impératif de pouvoir accueillir des patients contaminés par le Sars-CoV-2 dans notre unité. En effet, certaines personnes présentant des pathologies psychiatriques lourdes peuvent difficilement être prises en charge de manière optimale dans des unités somatiques, et ce même avec le passage régulier de la psychiatrie de liaison.

En quelques jours, nous avons donc délimité une sous-unité de 8 lits en collaboration avec les hygiénistes, des membres de l'équipe de médecine interne ainsi que le service technique. Après que toutes les mesures d'hygiène et de sécurité aient été contrôlées, nous avons pu accueillir notre premier patient positif qui présente une forme asymptomatique.

Concernant les 14 autres lits ouverts, nous accueillons majoritairement des patients hospitalisés à partir de l'unité de crise, pour des hospitalisations provisoires allant d'une nuit à plusieurs jours ainsi que pour des hospitalisations à court et moyen terme.

La spécificité de la prise en charge de nos patients par des intervenants fixes (psychiatre, psychologue, assistant social, infirmier de référence) a dû s'adapter au roulement du personnel soignant impliquant une discontinuité de personne. Les aspects plus psychothérapeutiques ont du faire place à des suivis intensifs basés sur des axes médicaux et psychologiques de soutien.

Par ailleurs, la pensée et la vie communautaire, chères à l'identité collective de notre unité, a dû être mise de côté au vu des règles

institutionnelles de confinement. La définition de projet de soins pour chaque patient bien qu'habituelle fut encore renforcée par la survenue de la pandémie.

L'équipe mobile de crise, installée au sein de l'unité de crise depuis fin 2011, dès le début de la crise sanitaire modifia sa façon de travailler en élargissant les indications du travail au domicile des patients, afin de ne pas surcharger les locaux exigus de l'unité de crise et d'urgences psychiatriques et de permettre de gérer des situations difficiles en évitant autant que possible le recours aux structures hospitalières. Nos visites à domicile furent plus nombreuses, les consultations à la demande d'un tiers se passèrent directement sur le lieu d'intervention, les conditions de prises en charges furent allégées afin de faire bénéficier davantage de personnes de ce type de suivi. La nécessité de toutes ces prises en charge fut chaque fois décidée après une concertation d'équipe, réalisée par téléphone ou vidéoconférence afin de garantir un processus de décision collégiale. Dans le contexte actuel, il n'est pas inutile de mentionner que toutes les visites à domicile furent effectuées en garantissant autant que possible la sécurité de l'équipe : masque en tissu ou chirurgicaux, blouse et visière quand le patient avait été testé positivement au COVID-19. Nous profitons également de ces visites pour sensibiliser les proches et les patients aux mesures de santé publique : distanciation physique, hygiène des mains, port du masque... Mieux, devant les recommandations à venir dès la fin du mois de mars et grâce aux partenariats installés par des membres de l'équipe, et vu la précarité sociale et parfois relationnelle de ces patients, nous avons pu offrir un masque en tissu à tous les patients rencontrés à domicile et parfois à leur entourage proche (ainsi qu'à de nombreux patients venus aux urgences).

Le travail de consultation qui est une activité importante en psychiatrie adulte fut remplacé autant que possible par des suivis téléphoniques ou par vidéoconférence, la nomenclature obtenue pour ces suivis étant, une fois n'est pas coutume, relativement favorable à la psychiatrie. Les consultations menées sur place furent donc celles qui revêtaient un caractère indispensable soit par manque d'alternative soit consécutives à la problématique psychique intrinsèque du patient : comme l'attestent certaines études, il est difficile d'assurer un suivi téléphonique chez une personne qui pense que son téléphone ou son ordinateur est surveillé par les services secrets ou la mafia.

RÉFLEXIONS SUR LES MODALITÉS DE SOIN

Les lignes qui précèdent rendent compte de la possibilité octroyée aux soignants d'assurer des suivis par téléphone ou par visioconférence (Teams, Skype...). Ces dernières modalités de suivis sont assez récentes, et liées à la disponibilité chez les patients de moyens technologiques nécessaires. Bien que leur validité soit confirmée depuis un certain temps, elles n'étaient pas encore rentrées de plein pied dans la pratique psychiatrique contemporaine en Belgique. Il est probable que nous assistions, non à un bouleversement des pratiques habituelles, mais à l'émergence d'un dispositif supplémentaire que la crise pandémique aura pérennisé. Ces moyens techniques ne se limitent pas à la rencontre soignant-soigné mais sont également utilisés pour les réunions cliniques ou institutionnelles, debriefing de situation. Le plus grand challenge

du travail psychiatrique est probablement de continuer à travailler en équipe alors que le nombre de personnes qui sont « au chevet » du patient se réduit.

Si la diffusion de la crise sanitaire est liée pour partie à l'évolution technique du monde, les moyens d'assurer les réponses à celle-ci sont également tributaires des techniques contemporaines. En ce sens, nous pourrions dire que la psychiatrie n'est ni technophile, ni technophobe. Dans cette logique, et sans que cela ne soit proprement psychiatrique, la possibilité de délivrer des prescriptions à des patients de façon distancielle est aussi remarquable et permet d'assurer la continuité des soins.

Les modalités du soin psychique sont évidemment liées aux mesures d'hygiène recommandées lors de cette crise sanitaire. Il n'est parfois vain d'expliquer aux personnes les plus en souffrance psychiquement le respect voire la motivation des conseils prodigués en matière de lavage des mains ou de port du masque, voire l'intérêt ou la nécessité d'un test PCR ou d'un scanner thoracique. Ces difficultés alourdissent la dimension intrinsèquement relationnelle du soin psychique et maintiennent la psychiatrie dans une approche toujours contextuelle. Elles viennent aussi confirmer et accentuer des questions éthiques présentes dans la gestion d'une pandémie. En résumé, la pandémie révèle tout à la fois l'impossible confinement de certains sujets souffrants d'affections psychiatriques et la posture de retrait naturel des autres, protégeant peut-être ces derniers de l'infection par le COVID-19.

Un dernier élément des modalités a trait au traitement psychotrope, qui nécessite une surveillance particulière s'il faut lui adjoindre d'autres traitements en cas d'infection au COVID-19 symptomatique, avec parfois leurs effets secondaires redondants et leurs métabolismes enchevêtrés. Des études récentes mentionnent par ailleurs l'éventuel caractère protecteur de certains traitements antipsychotiques vis-à-vis du SARS-CoV-2.

SPÉCIFICITÉS DU SOIN PSYCHIQUE

Le soin psychique, davantage encore que les autres soins médicaux, comprend une dimension transférentielle, la dimension corporelle de la présence du soignant incarne un repère pour le patient qui est parfois en difficulté de symbolisation ou de matérialisation de ses limites corporelles. Le transfert s'ancre sur les différentes particularités physiques et psychiques de l'intervenant. Comme déjà évoqué plus haut, autant la continuité des soins semble être possible par téléphone ou dans certains cas par vidéoconférence, autant entamer un suivi par ces moyens de communication semble plus complexe et dépend de la nature de l'affection de la personne en demande de soins. Il est parfois nécessaire de rencontrer le soignant pour engager un suivi et témoigner des enjeux de sa vie psychique, intime et relationnelle. Un rendez-vous présentiel est parfois un préalable à la possibilité de faire confiance. Il faudra interroger les particularités du soin psychique dans le cadre du port du masque ou de relation thérapeutique à distance, empêchant ainsi pleinement l'expression de la communication non-verbale, essentielle en psychiatrie. Mehrabian évoque que dans la communication, moins de 10% du message se transmet par les mots, l'essentiel se transmet par les mouvements du visage (notamment par les muscles autour des yeux) et par le ton de la voix. Il s'agira pour les soignants de s'adapter à la présence du masque, de pal-

lier au manque de la communication non-verbale, de trouver une manière de rassurer le patient alors que la voix n'est plus aussi audible. Plus globalement, l'éventuelle mise à mal des éléments transférentiels, socle de la relation thérapeutique en psychiatrie, pourrait modifier les évidences du soin psychique.

LES RÉFLEXIONS ET LES QUESTIONS QUE LA PANDÉMIE POSE À LA PSYCHIATRIE

La pandémie a forcé les dispensateurs de soins psychiatriques à repenser leur organisation : suivis par téléphone ou par vidéoconférence, diminution du nombre de séjours hospitaliers, croissance des admissions forcées, préférence pour les hospitalisations en chambres individuelles, augmentation de l'activité au domicile du patient... La pandémie dessine peut-être un autre horizon pour la psychiatrie de demain. Il est trop tôt pour déterminer si ces changements deviendront structurels de l'organisation des soins mais il est certain que la pandémie a bousculé le champ psychiatrique. Qu'en sera-t-il demain de la réforme de la psychiatrie initiée en 2011 qui devait consacrer le processus de désinstitutionalisation, la Belgique étant un des pays avec le plus haut taux de lits psy-

chiatriques par habitant ? Quel sera l'avenir des soins communautaires présentés comme l'avenir de la psychiatrie par différentes instances internationales et qui ont été mis à mal par les mesures de distanciation physique ? Comment concilier des lieux où se travaillent le lien thérapeutique et les mesures d'hygiène précitées, en cas de nouvelles pandémies dont certains spécialistes prédisent la survenue prochaine ? L'hôpital psychiatrique qui va être construit aux abords des cliniques pourrait-il devenir le premier lieu de soin à être composé essentiellement de chambres individuelles ?

Si tous ces défis posés à la psychiatrie de demain restent aléatoires, il est certain que cette pandémie risque aussi d'avoir une incidence sur la survenue des pathologies mentales : l'article du Lancet mentionné plus haut évoque le devenir psychique des personnes ayant été confronté à un isolement dans le cadre d'une pandémie. Ainsi si les conséquences psychologiques d'épisode de confinement ne doivent pas empêcher ces limitations, l'article rappelle la nécessité d'explicitier ce type de décision, notamment pour éviter des processus de stigmatisation et de détérioration de la santé mentale des populations qui ont dû être confinées. Les effets psychiques d'une quarantaine peuvent se mesurer des années après l'épisode de quarantaine et sont très variés : épuisement, anxiété, trouble de l'humeur, état de stress post-traumatique... Il est recommandé d'être particulièrement attentif au développement de ces troubles dans toute la population ayant subi une mise en quarantaine.

CONCLUSION

L'avenir de la psychiatrie après six semaines de confinement se dessine en pointillés, entre retour à la situation pré-pandémique ou évolution vers des changements durables dans l'organisation et la pratique des soins psychiatriques. Un premier enseignement concerne la comparaison de cette situation sanitaire avec une période guerre. Nous savons que la prévalence de troubles mentaux augmente en situation de conflits et nécessitent de repenser les interventions en santé mentale. Cette crise, et tout potentiel fécond de changement qu'elle peut représenter, ne doit pas nous amener à sous-estimer l'ensemble des souffrances qui en ont découlé – les décès, les hospitalisations, le vécu de confinement et de solitude. Mais toute crise, représente aussi une opportunité pour trouver un meilleur équilibre et de nouveaux ajustements dans l'organisation des soins. Un second constat concerne la vocation de soignant qui a également été magnifiée durant cette période. Il est certain que la perception des soignants par le social sera modifiée et que les soignants eux-mêmes se sont interrogés sur leur rôle dans cette crise. Pour paraphraser les conclusions d'un article consacré à la psychiatrie de guerre : « la confrontation au risque vital dans *cette situation de guerre* est susceptible de bouleverser les aménagements subjectifs. Cette confrontation place le *soignant* face à ses propres déterminations, complexes et indues, qui l'ont amené à s'engager dans le métier des *soins*. Si les manifestations cliniques n'en sont pas toujours aussi spectaculaires, chacun peut néanmoins s'interroger à certains moments sur « ce qu'il est venu chercher ici ». Enfin, le dernier constat englobe une perspective anthropologique. Depuis le début de ce siècle, notre société a évolué discrètement vers un culte de l'immortalité. Les progrès de la médecine ne l'expliquent qu'en partie. Tous les impératifs concernant notre alimentation, notre consommation d'alcool, nos habitudes tabagiques, nos activités physiques, notre manière de conduire nous ont portés à croire que notre mort était très lointaine. Aujourd'hui, avec l'apparition de la pandémie, l'inversion de la tendance est brutale. Soudain, chacun se rend compte que dès qu'il est né, l'humain peut mourir. La confrontation à la finitude engendre l'angoisse. C'est le cas pour chacun d'entre nous mais il est à craindre que dans les semaines à venir, nombreux seront ceux qui seront amenés à consulter en psychiatrie parce que cette angoisse prendra une forme pathologique.

Article paru dans le numéro spécial Covid du Louvain Médical (mai 2020).

RÉFÉRENCES

1. Pignarre Ph, Comment la dépression est devenue une épidémie, 2011, Editions La découverte.
2. Landman P, La fausse épidémie de TDHA. *Revue Etude*. 2018 ; 11 – 53-64.
3. Ellul P, Fond G. « Focus sur la schizophrénie : infections, auto-immunité et dysbiose intestinale », *L'information psychiatrique*, 2016 ; 93 (10) ; 2016 : 797-802.
4. Gebelhoff R. « The opioid epidemic could turn into a pandemic if we're not careful » *The Washington Post*, 9 février 2017.
5. Constant E. « Les patients psychiatriques, les oubliés de la crise sanitaire du Covid-19 ? » *La Libre Belgique*, 25 mars 2020 ou Gaillard R, « Que les Français sachent que des soignants feront tout leur possible pour les sauver mais vivront des dilemmes terribles », *Le Monde*, 23 mars 2020.
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. « The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence », *Lancet*. 2020; 395: 912–20.
7. Swain G. « Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie ». Collection Bibliothèque des Sciences humaines, Gallimard, 1994.
8. Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux
9. Directive concernant l'organisation des soins en santé mentale du 17 mars 2020 (SPF Santé Publique Sciensano et entités fédérées) et Directive aux hôpitaux psychiatriques du 3 avril 2020 (SPF Santé Publique – Sciensano et Entités fédérées)
10. Eikenberry SE, Mancuso M, Iboi E, Phan T, Eikenberry K, Kuang Y, *et al.* « To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic ». *Infectious Disease Modelling*. 5 2020; 293-308.
11. Backhaus A. « Videoconferencing Psychotherapy: A Systematic Review ». *Psychological Services*. 2012; 9, (2): 111–131.
12. Massé G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. *L'information psychiatrique*. 2006; 82(10), 801-810.
13. Godleski L, Darkins A, Peters J. « Outcomes of 98,609 U.S. Department of Veterans Affairs Patients Enrolled in Telemental Health Services, 2006 2010 ». *Psychiatric services*. April 2012 Vol. 63 No. 4 383-385.
14. Gordon DE *et al.* « A SARS-CoV-2 protein interaction map reveals targets for drug repurposing. » *Nature*. 2020; <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2286-9>.
15. Mehrabian, A. *Nonverbal Communication*, New Brunswick, NJ, Aldine Transaction. 2007
16. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. « New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis ». *Lancet*. 2019; 394: 240–48.
17. Rondier JP. « Intervention planifiée : le vécu du risque vital. Témoignage d'un psychiatre militaire », *Perspectives Psy*. 2010 ; 49 (1) : 35-37.

AUTEUR CORRESPONDANT

GÉRALD DESCHIETÈRE

Cliniques universitaires St-Luc
Service de psychiatrie adulte
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles - Belgique

E-mail: gerald.deschietere@uclouvain.be

COVID ET PSYCHIATRIE : QUEL ENSEIGNEMENT TIRER DE CETTE CRISE ?

COVID AND PSYCHIATRY: WHAT CAN WE LEARN FROM THIS CRISIS?

Hassene HAMOUDA
Centre Neuropsychiatrique Saint-Martin - Frères de la Charité, Dave

Résumé

Cet article témoigne d'une expérience vécue au sein du Centre neuropsychiatrique Saint-Martin à Dave, en lien avec la crise du Coronavirus. Le but est de contribuer à une compréhension de l'impact de cette crise sur notre société, mais également sur nous, travailleurs et patients au sein d'une institution. L'accent sera mis sur les patients qui résident dans des services plus chroniques, en particulier au sein d'une maison de soins psychiatriques (MSP) « Le Sénevé ».

Mots-clés : Covid, crise, impact.

Abstract

This article testifies to an experience lived at the Saint-Martin Neuropsychiatric Center in Dave, in connection with the Coronavirus crisis. The aim is to contribute to an understanding of the impact of this crisis on our society, but also on us, workers and patients within an institution. The focus will be on patients residing in more chronic wards, in particular in a psychiatric care home (MSP) "Le Sénevé".

Key words: Covid, crisis, impact.

Samenvatting

Dit artikel getuigt van een ervaring in het Saint-Martin Neuropsychiatric Centre in Dave, in verband met de Coronavirus-crisis. Het doel is om bij te dragen aan het inzicht in de impact van deze crisis op onze samenleving, maar ook op ons, werknemers en patiënten binnen een instelling. De focus zal liggen op patiënten die op meer chronische afdelingen verblijven, met name in een psychiatrisch verzorgingstehuis "Le Sénevé" (MSP).

Trefwoorden : Covid, crisis, impact.

INTRODUCTION

En Décembre 2019, l'information concernant les premiers cas infectés en Chine, dans la province du Hubei à Wuhan, a été communiquée dans les médias.

L'infection s'est rapidement répandue dans le monde en quelques semaines plus tard, un premier cas est dépisté positif en Belgique, en février 2020.

Avec l'évolution de la pandémie, des mesures de confinement sont mises en place par le gouvernement comme dans plusieurs autres pays. En Belgique, ces mesures ont débuté le 18 mars. Une date de fin des mesures était initialement prévue au 5 avril, mais a dû être reportée au 4 mai.

Les mesures de confinement prises par le gouvernement ont été restrictives, mais nécessaires pour ralentir le flux d'hospitalisation massif dans les hôpitaux généraux.

Ce type de crise sanitaire, ainsi que les mesures de limitation de libertés, ne sont pas sans conséquences pour la population, pour les soignants et pour les patients, notamment ceux qui sont déjà en détresse psychologique.

CONSEQUENCES SUR LES SOIGNANTS

Au début de l'annonce de la propagation de la pandémie via les médias, un sentiment d'insécurité chez les soignants commence à apparaître.

Les mesures de confinement, consécutives à l'extension de la pandémie, mettent à l'épreuve notre humanité en tant que soignants. Cette « mise entre parenthèses » de notre vie privée et professionnelle dénature notre fonctionnement en institution, le temps est déformé, les priorités changent, les rituels se modifient.

Cette épreuve est émotionnellement perturbante voire cataclysmique. Des différentes réactions relationnelles et comportementales apparaissent : certaines personnes sont plutôt centrées sur leurs propres craintes... d'autres se sentent plus concernées par les autres.

L'insécurité et la perte des repères détournent de la mission d'apporter des soins à autrui et ramène à la question de sa propre survie. L'angoisse des soignants est principalement

liée à la peur d'apporter le virus dans leur entourage. C'est un instinct de protection.

Comment alors combiner ce sentiment légitime de crainte avec le devoir et la mission des soins ? Cela n'est pas simple comme dilemme : soit je continue mon travail et je mets en danger mon entourage, soit je laisse tomber mon travail, ma mission, les patients malades, pour assurer la protection de mon entourage.

Il est indispensable de prendre en considération sa propre sécurité et celle de son entourage, et dans le même temps de tenir compte du fait que les patients nécessitent également des soins. Comment les soignants se débrouillent-ils avec ce paradoxe ? Certaines personnes sont plutôt centrées sur elles-mêmes.

Or, quand le « je » est excessivement fermé sur soi, le monde devient persécutant et une logique de paranoïa s'installe. Le discours adopté sera par exemple : « L'hôpital ne fait pas le nécessaire pour assurer note sécurité. Le gouvernement ne prend pas ses responsabilités, etc. ».

COMMENT PORTER LE « JE », DONT LES LIMITES SONT TRACÉES AUTOUR DE SOI, VERS UN « NOUS » COMMUNAUTAIRE ?

La protection du « je » crée une frontière hermétique face à l'extérieur. La personne perd son objectivité, elle ne sait plus réfléchir de façon rationnelle. Pour se défendre, elle peut être dans la critique de l'autre, la non-reconnaissance du travail collectif et la déconstruction. Des remarques mal placées et inappropriées peuvent être adressées à l'autre de manière à relever des manquements chez lui, alors que la souffrance est commune. La seule façon de dépasser ce centrage sur soi est l'intelligence collective qui devient la clé pour s'en sortir.

Affirmer « Je vais faire comme les autres, prendre un certificat médical, je n'effectuerai plus les soins tant qu'on n'a pas de masques, je ne prends plus les paramètres ni ne fais les prises de sang » est une attitude centrée sur soi qui n'est pas constructive. Le problème est justifié, mais l'intelligence collective peut permettre de décaler le regard et de trouver des solutions : ainsi, au CNP Saint-Martin, comme dans d'autres institutions, le personnel s'est mis à confectionner des masques en tissu.

CONSEQUENCES SUR LES PATIENTS

La nouvelle réforme de la psychiatrie, visant à diminuer le nombre de lits en psychiatrie a donné naissance à plusieurs projets d'« autonomisation » des patients, auparavant pris en charge en hôpital psychiatrique. Parmi ces projets, la mise sur pied de maisons de soins psychiatriques ou MSP.

Officiellement, une MSP est une habitation collective destinée aux personnes souffrants d'un trouble psychique chronique stabilisé ou aux personnes handicapées mentales. L'accompagnement des résidents d'une MSP est assuré par une équipe multidisciplinaire : psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux. L'accompagnement se concentre sur la conservation et la stimulation des capacités des résidents.

Dans la réalité, les MSP accueillent bien souvent des patients pour la plupart très déficitaires, dépendants d'une structure institutionnelle, étant donné la gravité de leurs déficits, leurs pathologies chroniques, lourdes et souvent non stabilisées.

Dans la MSP « Le Sénevé », avec l'équipe pluridisciplinaire, nous avons anticipé les difficultés d'adaptation des patients à la situation de confinement. Nous avons imaginé des scénarios catastrophes où les patients n'allaient pas supporter la restriction des sorties, l'arrêt des visites, des situations où ils allaient « décompenser », passer à l'acte et à la violence, etc.

Notre surprise a été que les patients ont eu des capacités, non seulement pour comprendre la situation, mais aussi pour respecter les mesures de confinement tout en gardant leur calme.

C'est donc l'occasion d'interroger les effets de cette crise sanitaire sur les patients et leurs pathologies mentales. Dans la littérature scientifique, nous trouvons des approches de phénomènes semblables répertoriées par la psychologie sociale. En effet, en temps de guerres ou à la suite de catastrophes naturelles, certaines personnes lourdement atteintes de pathologies psychiatriques invalidantes retrouvent un ancrage dans la réalité. Est-ce à dire que la menace qui pèse sur la santé et la sécurité du collectif pourrait avoir un effet bénéfique sur les patients ? Quand la réalité partagée est menacée, le psychisme est-il mieux armé ? Peut-être existe-t-il, c'est une hypothèse intéressante, des mécanismes homéostatiques qui équilibrent notre organisme (santé physique et mentale) en fonction de la menace extérieure. Une autre hypothèse explicative consiste à faire référence à une « souffrance d'appartenance » : « Si je ne partage pas cette souffrance avec mes semblables, alors je ne fais pas partie de la communauté et la pire souffrance c'est l'exil ».

Quand un patient est centré sur sa propre souffrance, son monde intrapsychique est construit par des représentations symboliques individuelles. Or, quand le réel extérieur menace, la souffrance est transposée, d'un niveau autocentré, vers un autre niveau, de souffrance commune cette fois, qui fait se développer un moi indifférencié. Tout se passe comme si, psychologiquement, il était impossible de contenir en même temps une souffrance intérieure et extérieure, si bien que le poids de la réalité extérieure l'emporte, au moment où la communauté est menacée.

Pour preuve, l'exemple d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde chronique, ayant l'habitude de venir en hôpital de jour, qui semble au téléphone bien stabilisé avec un discours cohérent et dépourvu d'éléments délirants. Il trouve un sens à une souffrance commune. Il suit les actualités de l'évolution de la pandémie et cela n'a plus laissé de place pour des éléments psychotiques.

Cette période de « lune de miel » a progressivement pris fin. Après quelques semaines, les patients résidents dans les MSP

commencent en effet à montrer des signes de nervosité, de difficultés d'adaptation, mais cela reste marginal. À l'heure actuelle, on remarque un nombre limité de patients qui expriment par leur comportement de ras le bol de la situation. Nous apprenons tous à faire face à cette situation en faisant appel à nos ressources adaptatives. Nous pratiquons de plus en plus des « vidéos-conférences » en réunion ou en entretiens avec les familles ou le réseau. Le soutien familial devient de plus en plus précieux pour aider les patients.

Le lien étroit entre le somatique (l'organique) et le psychique est de nos jours plus qu'évident et a été démontré dans plusieurs études.

Les premiers jours, voire les deux premières semaines du confinement, des professionnels des services d'urgences ont fait mention d'une baisse inexplicable du nombre de patients aux urgences. Du jour au lendemain, il semble qu'il y ait une baisse rapide de ces consultations. Les patients ne feraient plus d'AVC, ni d'arrêt cardiaque ?

Ce ralentissement étrange et supposé du flux d'entrées dans les urgences somatiques, ne serait-ce que les premiers jours, n'entretient-il pas un lien avec notre instinct inconscient de survie ? Est-ce que la conscience de la menace extérieure n'aurait pas joué un rôle de facteur protecteur de notre organisme par des mécanismes inconscients ? Cela vaudrait la peine à posteriori d'étudier dans les statistiques des hôpitaux généraux pendant cette période particulière, dans les services d'urgences. Cette hypothèse vaut d'être proposée aussi bien pour les urgences somatiques que psychiatriques.

La crise que nous connaissons marque indéniablement un avant et un après. Une des questions est dès lors de savoir comment transformer ce vécu en une expérience qui permette d'évoluer. Au niveau professionnel, des ressources adaptatives sont présentes chez les soignants. À titre d'exemple : prendre contact avec les patients pour avoir de leurs nouvelles par téléphone, avec le souci de maintenir le lien, faire des entretiens en se promenant sur le site, etc. En tant que médecin psychiatre, de cette leçon que nous donne la nature, je retire que nos idéaux, nos objectifs sont fragiles. La société actuelle, avec sa manière uniforme de mettre en avant la réussite professionnelle, le travail, le rendement, le chiffre, nous fait oublier l'important et le vrai sens de nos valeurs.

Nous aspirons de plus en plus à une carrière professionnelle, à la réussite sociale et professionnelle alors que dans le même temps les liens familiaux sont de plus en plus fragiles. L'évolution des maladies psychiques et d'autres phénomènes « pseudo-pathologiques », tels que la toxicomanie, la délinquance, etc. sont un prolongement de ce problème d'appauvrissement des liens, si l'on se réfère aux théories de l'attachement. Ces fausses valeurs d'idéologie « Narcissique » nous font oublier nos valeurs les plus fondamentales, de lien, d'union, de partage et d'altruisme. Il faut reconnaître qu'avec la crise sanitaire, nous passons plus de temps à investir notre foyer, notre famille et nos enfants.

Nous nous préoccupons plus de nos proches, de nos familles. Pour autant que nous disposions d'un tissu social et familial existant...

De plus, la protection de l'environnement est un sujet important. Ce que nous vivons actuellement nous force à diminuer nos déplacements en voiture et à utiliser d'autres moyens de locomotion, ce qui permet de diminuer la pollution. Nous nous adaptons en faisant du « télétravail », des « vidéoconférences », nous sommes plus en contact avec la nature : certains essaient de se mettre au sport. Il serait intéressant de réfléchir à la question de savoir comment garder de bonnes habitudes dans le cœur de nos ressources adaptatives.

Est-ce ce que la crise du Coronavirus va nous aider à prendre conscience de ces aspects ? Ou est-ce qu'après la crise, nous reprendrons un fonctionnement identique au précédent ? La nature est source de sagesse, d'enseignement et j'espère que, de cette crise, nous allons tirer des leçons, surtout sur le plan humain. Celle-ci nous fait changer de perspective : si nous la voyons comme étant une alliée, une forme de leçon que la nature nous enseigne, peut-être pouvons-nous nous décaler de la « toute-puissance » humaine, sortir de la prétention à la domination des espèces et de la nature. Peut-être que cela va nous ramener à une position d'humilité : nous ne sommes que des visiteurs de cette planète et, comme tout le monde un jour, « nous finirons par partir », raison pour laquelle il faut apprendre à partager et prendre soin de la terre durant notre voyage.

CONCLUSION

Nous sommes des professionnels de la santé mentale, souvent exposés à la souffrance d'autrui. Pour pouvoir dépasser celle-ci, en faire quelque chose, la parole est nécessaire, ainsi que le travail collaboratif et en équipe. La parole rend possible la recherche et le partage du sens, comme la possibilité de surmonter des obstacles. Prenons garde à pérenniser les fondamentaux de notre métier.

Le sentiment de se sentir concerné est la base, pas seulement de notre travail, mais aussi de notre humanité.

AUTEUR CORRESPONDANT

HASSENE HAMOUDA

CNP St-Martin - Frères de la Charité
Rue St-Hubert, 84
5100 Dave (Namur)

E-mail : Hassene.hamouda@saintmartin.ofc.be

LES SOINS DE SANTÉ PSYCHIATRIQUES EN WALLONIE PENDANT LA PANDÉMIE DU SARS-COV-2

MENTAL HEALTH CARE IN WALLONIA DURING THE SARS-COV-2 PANDEMIA

Emeline DOGNÉ(a), Laureline NICOLAS(b), Celia RENOTTE(b), Catherine KESTENS(c)

(a) Étudiante en médecine, ULiège

(b) Étudiante en médecine, candidate à la spécialisation de Psychiatrie, ULiège

(c) Psychiatre, CHR Huy

Résumé

Objectif : L'organisation des soins de santé en Belgique a dû être entièrement repensée afin de lutter efficacement contre le Covid-19 et sa propagation massive dans la population belge. Mais qu'en est-il des services de psychiatrie ? Les auteurs de cet article ont tenté de mettre en avant les différentes mesures prises au sein des institutions psychiatriques et les conséquences de ces dernières sur l'organisation du service.

Méthode : Les auteurs ont contacté par mails et par téléphone tous les hôpitaux psychiatriques ainsi que les hôpitaux généraux comportant un service de psychiatrie/pédopsychiatrie de Wallonie. Cette enquête a été réalisée sur base d'un questionnaire portant sur l'organisation générale des différents services. Environ 70 % des services contactés ont donné suite à cette enquête.

Résultats : Le 17 mars 2020, les institutions psychiatriques ont reçu des mesures gouvernementales destinées à tous les hôpitaux généraux, sans directives précises pour la psychiatrie. Il a fallu attendre le 3 avril pour obtenir des informations et instructions spécifiques aux établissements psychiatriques. Avant cette date, chaque institution a mis en place ses propres directives en tenant compte sa propre population ainsi que du matériel et du personnel soignant disponibles. Les précautions recommandées par le gouvernement ne sont pas forcément applicables dans toutes les institutions, notamment dans les institutions infanto-juvéniles. Nous avons repris, par critères, l'ensemble des résultats obtenus et relevé les divergences entre institutions. Cette liste est non exhaustive. Les différents critères étudiés sont :

- Occupation des services de psychiatrie et aménagement de ceux-ci (repas, activités...);
- Maintien du contact avec les patients qui ne peuvent plus bénéficier d'une hospitalisation;
- Aménagement des consultations;
- Gestion du confinement à l'hôpital;
- Utilisation du matériel de protection par les patients et le personnel soignant;
- Gestion du risque de contamination par les nouvelles entrées;
- Séparation des patients Covid et non Covid au sein des services de psychiatrie;
- Gestion du personnel suspecté d'avoir été infecté par le COVID-19;
- Réquisition du personnel pour les services de médecine interne;
- Cellule de soutien au bénéfice du personnel;
- Ligne téléphonique ouverte à la population générale.

Discussion : La situation s'est révélée compliquée à gérer mais l'ensemble des institutions psychiatriques a su y faire face. Cette pandémie a permis de mettre en lumière les faibles moyens mis à disposition des différentes institutions. Le caractère imprévisible de cette crise a mis à mal la capacité d'anticipation. La rapidité de la progression ainsi que le manque de connaissances à propos de ce virus et de ces conséquences sont probablement des facteurs explicatifs. L'analyse de deux articles a également permis de comprendre la situation en Chine et en France.

Conclusion : Cette première analyse nous permet de mettre en évidence des points qu'il serait intéressant d'approfondir afin d'être mieux préparés dans les années à venir si une pandémie venait à se reproduire.

Mots-clés : coronavirus, Covid-19, SARS-CoV-2, santé mentale, psychiatrie, Wallonie, Belgique.

Abstract

Objective : Health care organizations had to be completely reinvented in order to battle against Covid-19 and its spreading throughout Belgium, but what about psychiatric patients ? The lockdown makes us fear the worst: psychiatric decompensation related to isolation, the rise of anxious or addictive disorders, etc. What can we expect next? The authors of this article tried to put in light the variety of measures taken in the different Belgian psychiatric institutions as well as the consequences of those on the organization of the units.

Methods : The authors reached by phone calls or e-mails to all psychiatric hospitals as well as general hospitals including a psychiatric ward, in Wallonia. This survey has been based on a questionnaire about the general organization in the units. About 70% of the reached units answered.

Results : On the 17th of March 2020, the psychiatric institutions received governmental measures that were designated for general hospitals. It was not until the 3rd of April we were able to obtain specific information for psychiatric hospitals. Before that date, each institution had to decide for themselves what actions to take and adjust those measures depending on the following factors: population type, staff, and equipment availability. Those measures can't be applied as they are in every institution, especially in pediatric ones. We reviewed, by criteria, all the results that were collected and pointed out the variations between institutions. This list is non-exhaustive, the studied criteria are :

- Occupancy rate in psychiatric units
- How to keep in touch with home sent patients
- Arrangement of consultations
- The lockdown in a hospital
- Use of protective barriers by staff members and patients
- Risk management of contamination by new comers
- Distinction between psychiatric Covid and non-Covid patients
- Risk management of infected staff members
- Dispatching of the supernumerary staff in general Covid units
- Psychological support unit for staff members
- Call-center.

Discussion : This situation has been extremely hard to manage but all of the psychiatric institutions were forced to deal with it. This pandemic allows us to shed light on the lack of resources in the different institutions. The unpredictable nature of this crisis highlighted the inability to anticipate. The rapidity of the progression as well as the lack of knowledge about this virus and its consequences are probably explanatory factors.

Conclusion : The analysis of two articles also helped to understand the situation in China and France. This initial analysis enables us to highlight points that would be interesting to explore in order to be better prepared in the coming years if a pandemic was to recur.

Key words: *Coronavirus, Covid-19, SARS-CoV-2, mental health, mental care, psychiatric, Wallonia, Belgium.*

Samenvatting

Doel : De organisatie van de gezondheidszorg in België diende volledig te worden herzien om de Covid-19-crisis en de grootschalige verspreiding van het coronavirus onder de Belgische bevolking op doeltreffende wijze te bestrijden. Hoe is de toestand echter bij de psychiatrische diensten? De auteurs van dit artikel hebben gepoogd de verschillende maatregelen te schetsen die in de psychiatrische instellingen zijn genomen en de gevolgen van die maatregelen voor de organisatie van de dienstverlening.

Methode : De auteurs hebben via e-mail en per telefoon contact opgenomen met alle psychiatrische hospitalen alsook met de algemene ziekenhuizen met een dienst voor psychiatrie/ pedopsychiatrie in Wallonië. Deze enquête werd afgenomen op basis van een vragenlijst die betrekking heeft op de algemene organisatie van de verschillende diensten. Circa 70% van de diensten waarmee we contact hebben opgenomen, hebben de vragen van de enquête beantwoord.

Resultaten : Op 17 maart 2020 kregen de psychiatrische instellingen kennis van de door de regering genomen maatregelen die bestemd waren voor de algemene ziekenhuizen, zonder dat er voor de psychiatrie specifieke maatregelen werden afgekondigd. Pas op 3 april kregen ze informatie en instructies die specifiek van toepassing waren op de psychiatrische instellingen. Vóór die datum had elke instelling al eigen richtlijnen opgesteld en maatregelen getroffen, rekening gehouden met de eigen bevolking en met het beschikbare materieel en het zorgpersoneel dat kon worden ingezet. De door de regering aanbevolen voorzorgsmaatregelen zijn niet steeds toepasselijk in alle instellingen, inzonderheid in de instellingen voor kinderen en jongeren. We hebben, per criterium, alle verkregen resultaten geïnventariseerd en de verschillen tussen instellingen onder de aandacht gebracht. Deze lijst is niet beperkend. We hebben de volgende criteria bestudeerd:

- Bezetting van de diensten voor psychiatrie en organisatie van deze diensten (maaltijden, activiteiten ...).
- Behoud van het contact met de patiënten die niet meer in het ziekenhuis kunnen worden opgenomen.
- Organisatie van de raadplegingen.
- Beheer van de lockdown in het ziekenhuis.
- Gebruik van het beschermingsmaterieel door de patiënten en het zorgpersoneel.
- Beheer van het besmettingsrisico als gevolg van nieuwe patiënten.
- Scheiding tussen covid- en niet-covid-patiënten binnen de diensten voor psychiatrie.
- Beheer van het personeel in geval van vermoeden van covid-19-besmetting.
- Opvoeding van het personeel voor de diensten van inwendige geneeskunde.
- Cel ter ondersteuning van het personeel.
- Telefoonlijn open voor de globale bevolking.

Bespreking : Het bleek moeilijk om de toestand te beheren, maar alle psychiatrische instellingen zijn daarin geslaagd. Deze pandemie heeft toegelaten de aandacht te vestigen op de beperkte middelen waarover de verschillende instellingen beschikken. Het onvoorzienbare karakter van deze crisis vormde een bedreiging voor het vermogen om te anticiperen. De snelle progressie van het virus en het gebrek aan kennis betreffende het virus en zijn gevolgen zijn waarschijnlijk verklarende factoren. De analyse van twee artikelen heeft ook inzicht geboden in de toestand in China en in Frankrijk.

Conclusie : Aan de hand van deze eerste analyse kunnen we de aandacht vestigen op bepaalde punten die het verdienen om nader te worden onderzocht, opdat we in de komende jaren beter voorbereid zouden zijn mocht een nieuwe pandemie uitbreken.

Trefwoorden : *coronavirus, Covid-19, SARS-CoV-2, geestelijke gezondheid, psychiatrie, Wallonië, België.*

INTRODUCTION

La pandémie mondiale due au virus Covid-19 a touché plus de 2,6 millions de personnes dans le monde avec 184 000 décès. La Belgique, pays de 11 millions d'habitants, comptabilise quant à elle 6.679 décès en date du 24 avril 2020 ainsi que de nombreuses victimes directes et indirectes de la maladie et du confinement. Cette crise est sans précédent. Plus de la moitié de la population mondiale en est affectée et tous les secteurs (social, économique, médical, les indépendants, les PME...) sont touchés.

L'ensemble des soins de santé en Belgique a dû être repensé afin de lutter efficacement contre le Covid-19 et sa propagation massive dans la population belge. Voici quelques mesures appliquées dans les hôpitaux : consultations annulées, chirurgies électives reportées, hôpitaux de jour fermés, services entiers fermés et transformés en unités Covid, etc.

En ce qui concerne les patients psychiatriques, des décisions et précautions ont été prises de manière individuelle en attendant des directives spécifiques à l'attention des directeurs des hôpitaux psychiatriques.

L'OMS a mis en garde l'Europe concernant la durée potentielle de la lutte contre le coronavirus. Il est donc nécessaire que les patients psychiatriques soient pris en charge au vu de l'inévitable longueur de ce combat.

METHODES

Les auteurs ont recensé l'ensemble des services de psychiatrie en Wallonie (institutions psychiatriques ou hôpitaux généraux). Une liste de questions de base a été établie et proposée aux différentes institutions :

- Si le service accueille toujours des patients :

- Comment le confinement est-il géré au sein du service ?
- Quelles sont les consignes reçues et celles appliquées dans le service ?
- Comment les consultations sont-elles organisées, sont-elles toutes annulées et, si ce n'est pas le cas, comment sont-elles gérées ? Y-a-t-il des téléconsultations ?
- Comment sont organisés les activités et les repas ?
- Comment sont organisées les visites ?
- Comment sont organisées les entrées ?
- Y-a-t-il des modifications au sein du fonctionnement du service : liaison, urgences, mise en observation, hôpital de jour, etc ?
- Que faire si un patient présente des symptômes du COVID-19 ou s'il est confirmé COVID positif ?
- Quelle est la capacité d'accueil par rapport à l'occupation actuelle des lits ?

- Si le service n'accueille plus de patients :

- Le contact avec les patients est-il conservé d'une manière ou d'une autre et, si oui, comment ?

- Y-a-t-il eu mise en place d'une ligne téléphonique d'aide pour les patients extérieurs ou pour le personnel soignant ?

- Que pense le personnel soignant des différentes mesures

mises en place et de leur efficacité ? Et si ceux-ci voyaient quelque chose à modifier ?

Ces différentes questions ont été posées par e-mail ou via contact téléphonique.

Sur base des réponses récoltées, les auteurs ont dressé une liste de toutes les mesures prises, tous hôpitaux confondus et ont ensuite comparé ces différentes mesures prises en fonction des hôpitaux. Les auteurs ne préciseront pas les noms des hôpitaux.

RESULTATS

Le 17 mars 2020, les hôpitaux généraux ont reçu des consignes de précaution, que les institutions psychiatriques ont également suivies. Les directives spécifiques pour les hôpitaux psychiatriques ont seulement été envoyées le 3 avril 2020, soit trois semaines après le début du confinement. Les différentes institutions psychiatriques avaient déjà adapté les consignes générales reçues en fonction de leur type de patientèle et des moyens à leur disposition.

Dans un premier temps, diverses mesures de précaution (recommandations fédérales) ont été adoptées dans l'ensemble des institutions :

- Lavage des mains fréquent et régulier, à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydroalcoolique.
- Distanciation sociale (1,5 mètre minimum).
- Éviter de se toucher les yeux, le nez, la bouche.
- Lors de toux ou éternuements, se couvrir la bouche, éternuer et tousser dans le coude.

Cet article propose une synthèse de toutes les dispositions et précautions prises dans les différentes institutions de Wallonie.

OCCUPATION DES SERVICES DE PSYCHIATRIE

La plupart des institutions travaillent en service plus ou moins réduit (taux d'occupation avoisinant de manière générale les 70 %) car certaines institutions telles que les hôpitaux de jour ont décidé de fermer leur service, d'autres de ne garder en hospitalisation que les cas les plus graves. De nombreux patients ont réclamé un retour au domicile par crainte d'être contaminé par le Covid-19 mais aussi à cause de la restriction des sorties et des visites. Dans les hôpitaux pédopsychiatriques, bon nombre de parents ont décidé de garder leurs enfants à la maison suite à la décision du Conseil d'État de fermer les écoles à partir du lundi 16 mars 2020.

D'autres services ont néanmoins continué d'hospitaliser des patients sans tenir compte du degré d'urgence (< 10 % des hôpitaux). En effet, la grande majorité des institutions n'acceptaient plus que les hospitalisations urgentes, voire uniquement les cas dont le pronostic vital était engagé. D'autres encore permettaient d'hospitaliser uniquement sur demande du médecin traitant ou du psychiatre traitant.

Maintien du contact avec les patients précédemment hospitalisés ayant dû être renvoyés au domicile

Les patients de retour à leur domicile ont continué à être suivis et ce, au mieux par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques ou par le biais de visio-conférences. Ces entretiens ont été

réalisés à diverses fréquences en fonction des hôpitaux. Certains hôpitaux contactent les patients quotidiennement (avec un contact supplémentaire de 1 à 2 fois par semaine de la part du psychiatre), d'autres fixent leurs rendez-vous téléphoniques 1 à 2 fois par semaine.

Une autre manière de maintenir le contact avec ces patients est sans aucun doute l'existence des équipes mobiles qui continuent de circuler (pour la plupart), en s'adaptant aux mesures d'hygiène.

AMÉNAGEMENT DES CONSULTATIONS

Afin de limiter au maximum les allées et venues de patients dans les hôpitaux et ainsi limiter la propagation du Covid-19, les consultations physiques pour les patients externes ont été annulées. Toutes les institutions interrogées proposent des consultations téléphoniques (qu'il leur est autorisé de facturer) ainsi que, pour la majorité, des consultations en visio-conférence.

Dans certains cas, les consultations se font tout de même en personne selon le degré d'urgence. Dans ce cas, une organisation complexe entre les différents psychiatres est nécessaire afin d'éviter toute rencontre entre les différents patients. Les plages horaires doivent être suffisamment espacées afin qu'il n'y ait pas de contact entre les patients, notamment dans la salle d'attente.

Outre les consultations, certaines investigations ou actes thérapeutiques se sont vus modifiés. Les VCN (vitesses de conduction nerveuse), par exemple, ne sont pratiquement plus réalisées, tandis que les sismothérapies sont encore pratiquées.

GESTION DU CONFINEMENT À L'HÔPITAL

Il est très compliqué de respecter de manière stricte un confinement et une distanciation sociale dans un service de psychiatrie, et plus encore en pédopsychiatrie. Plusieurs paramètres doivent être adaptés pour permettre un maintien du fonctionnement du service en assurant une sécurité maximale pour le patient ainsi que pour le personnel soignant.

Voici les paramètres étudiés :

- Gestion du risque de contamination par les nouvelles entrées ;
- Confinement en chambre ;
- Adaptation des activités de groupe ;
- Gestion des repas ;
- Visites ;
- Sorties ;
- Respect de la distanciation sociale.

Gestion du risque de contamination par les nouvelles entrées

Au vu de la durée d'incubation du Covid-19, il est très compliqué d'éliminer entièrement le risque que représente l'entrée d'un nouveau patient dans un service.

Alors que la plupart des hôpitaux appliquent des mesures générales à l'ensemble des patients, d'autres mettent en place des mesures de dépistage de leurs nouveaux arrivants. Les mesures ont évolué avec le temps et les recommandations, en lien avec le matériel présent au niveau des centres de tri. Certaines institutions ont rapidement eu des accords de

dépistage avec l'hôpital général ou le centre de tri à proximité pour toute personne présentant des symptômes (patient comme personnel soignant). À la date du 17 avril, dans certains services, tous les patients ont été dépistés en complément des patients entrants par les urgences qui, eux, l'étaient déjà auparavant.

Certaines institutions ont décidé que tout patient entrant devait rester en isolement sanitaire pour une durée variable de 7 à 14 jours selon l'apparition ou non de symptômes. Dans certains hôpitaux, une mesure régulière des paramètres est prise (température, tension artérielle, saturation...). Toutes ces mesures réduisent le risque mais ne peuvent pas éliminer. Certaines entrées se font via les mises en observation (MEO). Celles-ci sont un peu particulières puisqu'elles sont obligatoires, via certificat médical validé par un magistrat. Elles sont maintenues, et il n'y a pas forcément de mesure particulière appliquée dans ce contexte. Un frottis n'est pas nécessairement réalisé avant le transfert vers une institution psychiatrique, sauf en cas de symptômes. Même si le patient se révèle être positif au COVID-19, la MEO doit tout de même avoir lieu. Dans ce cas, le patient transitera obligatoirement 15 jours en isolement. Cependant, au vu du taux élevé de faux-négatif, quelques institutions ont pris la décision d'isoler toute personne venant de l'extérieur suite à une MEO durant 14 jours, quel que soit le résultat du test.

Confinement en chambre

Certaines institutions ont pris le parti de confiner tous leurs patients en chambre afin de respecter au mieux le confinement imposé par l'État le 18 mars 2020. Néanmoins, la vaste majorité n'applique pas cette mesure. En effet, une partie de l'intérêt de l'hospitalisation en psychiatrie repose sur les interactions entre patients et l'apprentissage que constitue cette vie en société de taille restreinte et monitorée. Les patients peuvent alors circuler au sein des espaces communs, tenant compte des mesures d'hygiène recommandées, et avec ou sans le port du masque (selon les institutions).

Adaptation des activités de groupe

Les activités de groupe ont parfois été supprimées, parfois remplacées par des activités individuelles en chambre, parfois maintenues en plus petit groupe avec respect de la distanciation sociale.

Gestion des repas

Afin de respecter une certaine distance entre les patients lors des repas, deux solutions sont possibles : soit servir les repas aux patients en chambre, soit espacer au maximum les patients dans les réfectoires.

Diviser le temps de midi en deux services a été également adopté dans certains centres psychiatriques ce qui permet de doubler la distance possible entre les patients durant le repas. Un centre (en province de Liège) a également utilisé des salles de thérapie en renfort du réfectoire afin de mieux répartir les patients. D'autres encore, n'ont pas apporté de modifications au niveau du service des repas : celui-ci est maintenu en groupe (le nombre de patient étant déjà réduit).

Visites

Les visites ont dû être interdites ou limitées au minimum (pour les centres pédopsychiatriques) dans toutes les institutions. La majorité des institutions interrogées a été intransigeante et a

interdit les visites. Néanmoins, certaines ont choisi d'assouplir ces mesures (surtout au niveau infanto-juvénile). Parmi ces mesures, on retrouve les visites limitées à une seule personne. Cette dernière doit ne pas être malade mais doit également passer par un sas, se laver les mains et porter un masque et des gants. La température du visiteur est vérifiée à chacune de ses visites et le respect d'une distanciation sociale de 1,5 mètre est demandée. L'interdiction des visites est une mesure très difficile à mettre en place, tout particulièrement dans les hôpitaux pédopsychiatriques. Cette mesure a motivé de nombreux retours définitifs au domicile même pour des patients dont l'hospitalisation était absolument nécessaire.

Sorties

Tout comme les visites, les sorties ont évidemment dû être adaptées. La plupart des institutions les ont simplement interdites (et donc considéré toute sortie comme étant définitive), tandis que d'autres ont décidé de les limiter (avec un confinement temporaire au retour dans le service après une sortie).

Des sorties en journée sont toutefois autorisées dans certaines institutions, mais limitées dans le temps et l'espace (variable d'un service à un autre). Certaines autorisent une sortie de 30 minutes par jour, tandis que d'autres autorisent 4 sorties de 15 minutes sur la journée. Cette mesure a été mise en place pour les fumeurs qui représentent en moyenne 85 % des patients. S'il existe un fumoir dans le service, il a été rendu accessible à une personne à la fois ou à maximum 2 personnes en même temps sur la terrasse.

Certains centres pédopsychiatriques ont jugé les sorties comme étant indispensables, pour un week-end ou pour se rendre à un rendez-vous médical. Néanmoins, le patient doit être confiné pendant quelques jours dans sa chambre à son retour. Une autre option prise dans une institution a également été d'autoriser les enfants à sortir, soit seul avec un parent pendant 30 minutes, soit à deux avec un membre de l'équipe de l'hôpital pendant 1 heure.

Respect de la distanciation sociale

La plupart des institutions parviennent à imposer au mieux le respect de la distanciation sociale mais les services accueillant des enfants ont rencontré plus de difficultés.

L'âge et les pathologies de leurs patients ne leur permettant pas de mettre ce genre de mesures en place. Une des institutions pédopsychiatriques de Wallonie (dans le Brabant wallon) a mis en place une classification, selon la symptomatologie, lui permettant d'adapter les mesures. La classe A ne présente pas de symptômes, les enfants prennent alors leurs repas en commun, mais avec 1,5 mètre de distance (il y a sept enfants par unité, répartis en deux sous-groupes). La classe B présente une faible rhinorrhée et toux. Les enfants doivent alors porter un masque mais continuent la vie en communauté. La classe C présente de la fièvre. L'enfant est alors en chambre au maximum mais sort dans les espaces communs lorsqu'ils sont vides. Enfin, la classe D présente des symptômes inquiétants et suspects du Covid-19. Ces enfants doivent rester en chambre continuellement avec renforcement des règles d'hygiène (masque FFP2, gants, et surblouse nécessaires pour rentrer dans la chambre).

UTILISATION DU MATÉRIEL DE PROTECTION PAR LES PATIENTS ET LE PERSONNEL SOIGNANT

Un autre paramètre ayant démontré un impact significatif sur la propagation du virus (en association avec la distanciation sociale), est le port du masque. Malheureusement, les recommandations changeantes ainsi que la pénurie grandissante de masques n'ont pas permis à tous d'y avoir accès. Des masques en suffisance ont été livrés environ 3 semaines après le début de l'épidémie. Certaines institutions ont donc recommandé le port du masque uniquement pour le personnel soignant, d'autres pour les patients également. Certaines ont recommandé un port du masque systématique, d'autres uniquement en cas de symptômes respiratoires.

SÉPARATION DES PATIENTS COVID ET NON COVID AU SEIN DES SERVICES DE PSYCHIATRIE

L'un des plus gros défis de cette période au niveau des soins de santé mentale est de rester disponible pour les patients non Covid mais également pour ceux étant affectés par le virus. De nombreux problèmes se présentent aux acteurs des soins de santé mentale. Faut-il traiter tous les patients dans un même service ou bien prévoir des services spécialement conçus pour les soins psychiatriques destinés aux patients Covid positifs ? Que faire lorsqu'un cas se déclare dans une unité officiellement ? Chaque institution a dû prendre des décisions et mettre en place des mesures exceptionnelles.

Certains hôpitaux ont prévu des chambres, voire même des services entiers, dédiés aux patients psychiatriques Covid positifs. D'autres prennent la décision soit de renvoyer au domicile, soit de poursuivre l'hospitalisation avec les autres patients, tout en prenant des mesures d'hygiène supplémentaires propres à chaque service.

Dans le cas des institutions ayant créé des services ou zones dédiés aux patients psychiatriques Covid positifs, les conditions nécessaires pour être hospitalisé dans ce service sont évidemment d'être positif au Covid-19 et de présenter une affection psychiatrique lourde nécessitant une hospitalisation. Les patients sont alors confinés en chambre.

Dans les institutions n'ayant pas dédié de service complet ou de chambres spécifiques aux patients Covid, différentes mesures ont été mises en place. Elles maintiennent simplement leurs patients dans le service en renforçant les mesures d'hygiène et beaucoup organisent un retour au domicile si l'état du patient le permet.

MESURES PRISES FACE À UNE SUSPICION DE COVID DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE OFFICIELLEMENT SAIN

Toutes les institutions psychiatriques ne possèdent pas les ressources nécessaires au dépistage ou au diagnostic formel du Covid-19.

En cas de suspicion d'infection par le virus, des mesures d'hygiène supplémentaires doivent être prises. Le personnel doit isoler le patient et contacter l'interniste de garde afin de suivre la procédure (en constante évolution). D'autres institutions ont recours aux règles d'hygiène de base avec

l'utilisation supplémentaire de surblouses. Si c'est possible, et uniquement en cas de symptômes, un test de dépistage est réalisé et le patient est isolé dans l'attente des résultats. Les patients présentant des symptômes évocateurs bénéficient d'une surveillance accrue et sont confinés jusqu'à disparition des symptômes ; en cas de symptômes inquiétants et de suspicion Covid, ils restent en chambre de manière continue avec renforcement des règles d'hygiène (masque FFP2, gants et surblouse nécessaires pour rentrer dans la chambre).

GESTION DU PERSONNEL SUSPECTE D'AVOIR ÉTÉ INFECTÉ PAR LE COVID-19

Les recommandations générales concernant le confinement temporaire du personnel soignant ont été modifiées à plusieurs reprises. Certains services ont recommandé un confinement de 7 jours, d'autres de 14 jours. La plupart du temps, ils ont simplement suivi les recommandations et leur évolution. Certaines institutions ont en plus pris l'initiative de vérifier la température du personnel soignant à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

RÉQUISITION DU PERSONNEL POUR LES SERVICES DE MÉDECINE INTERNE

La charge de travail a diminué dans les services de psychiatrie suite à la chute significative du taux d'hospitalisation. De ce fait, de nombreux membres du personnel soignant étaient disponibles. Certains hôpitaux ont décidé une réaffectation de ceux-ci, notamment dans les services Covid, sur base volontaire. Une institution située dans la province du Brabant Wallon a quant à elle souhaité voir son personnel volontaire mobilisé, par exemple, dans les maisons de repos, là où le personnel soignant semblait le plus en détresse.

CELLULE DE SOUTIEN AU BÉNÉFICIAIRE DU PERSONNEL

La plupart des institutions ayant accepté de nous répondre ont mis en place des cellules de soutien à disposition du personnel de leur hôpital. Certaines sont gérées par les psychiatres du service de psychiatrie, d'autres par des psychologues.

La Croix-Rouge de Belgique a également créé une plateforme d'e-learning à l'intention du personnel soignant confronté aux Covid-19 et/ou devant apporter un soutien psychologique aux équipes en détresse psychologique.

Cette plateforme met en évidence les sentiments fréquemment rencontrés au sein du personnel qui travaille au cœur de cette pandémie : la peur, la tristesse, la colère ainsi qu'un sentiment d'impuissance. Cette menace invisible qu'est le coronavirus augmente l'anxiété du personnel soignant.

Cet e-learning met l'accent sur la nécessité de « développer la résilience chez l'autre »¹. En effet, nous sommes dans la phase aiguë d'une crise qui sera longue et jalonnée d'incertitudes.

Afin d'encadrer au mieux le personnel soignant, la Croix-Rouge propose « une écoute active et bienveillante » dans le but de « développer leur résilience afin de se dépasser et d'avancer »¹.

Les grands axes de prise en charge ont été repris dans ce schéma¹

FIGURE 1



Très rapidement, l'équipe de psychiatrie et psychologie clinique du CHR de Huy s'est organisée sous forme d'équipe de soutien pour les soignants.

En temps normal, les hospitalisations dans le service de psychiatrie ont pour objectifs principaux la resocialisation, le travail du lien systémique et la mise au point biopsychosociale.

La plupart de ces objectifs n'étant plus remplis vu l'absence d'entretiens familiaux et de démarches sociales, il a été décidé de garder le service de psychiatrie à disposition de l'hôpital en vue d'une éventuelle réquisition de celui-ci pour les patients Covid positifs. Celle-ci n'a finalement pas eu lieu.

La cellule de soutien fut composée de 2 équipes ainsi que d'un numéro d'appel unique et des prises en charge soit individuelles (écoute active, méditation, masque de réalité virtuelle, massage, ...), soit en groupe (écoute, relaxation et méditation).

Les 2 équipes étaient constituées d'un psychiatre, d'un psychologue et de plusieurs infirmières.

Une équipe dite « A » s'est rendue dans les services chaque semaine pour rappeler la disponibilité de cette cellule, la possibilité d'échanges informels ou le soutien des équipes. L'équipe « B » assurait quant à elle l'accueil du personnel au sein du service de psychiatrie réaménagé sous forme de chambres de repos ou de salons « détente ». Les douches étaient également accessibles et il ne fut pas rare de voir un soignant préférant passer par la cellule pour un moment de décompression avant son retour à domicile.

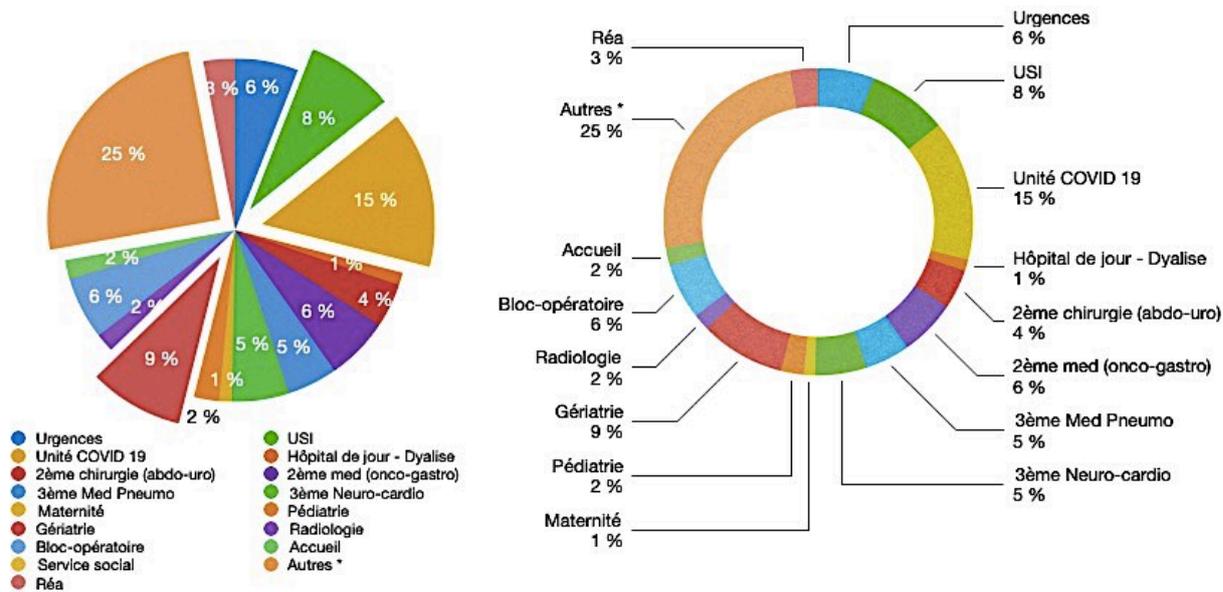
Nous avons recensé, sur 6 semaines, 169 interventions pour les 2 équipes réunies. Une brève analyse des chiffres obtenus montre que les services les plus visités et demandeurs furent les unités Covid, les unités de soins intensifs, les urgences ainsi que la gériatrie et ce, principalement en mars et début mai.

En interne, le nombre de visites à la cellule de soutien de l'unité psychiatrique était plutôt dû au personnel administratif, d'entretien, de brancardage et de l'accueil (nommés « autres* » sur les graphiques).

Les 2 équipes ont également appelé par téléphone les soignants en ITT, les patients habituellement suivis mais ont aussi pris en charge les familles endeuillées.

Nous avons pu constater que les interventions ont été plus nombreuses en début de crise. Cette observation peut être expliquée par le fait que le personnel a dû s'adapter à de

FIGURE 2 : CAS DU CHR DE HUY (CITÉ COMME INSTITUTION DES AUTEURS)



Nombre total d'interventions externes et internes durant les mois de Mars-Avril-Mai 2020 (CHR de Huy)

Services demandeurs de soutien Ψ	Nombre d'interventions externes et internes
Urgences	10
USI	14
Unité COVID 19	25
Hôpital de jour - Dialyse	2
2ème chirurgie (abdo-uro)	7
2ème med (onco-gastro)	10
3ème Med Pneumo	8
3ème Neuro-cardio	9
Maternité	2
Pédiatrie	4
Gériatrie	15
Radiologie	3
Bloc-opératoire	10
Accueil	3
Service social	0
Réa	5
Autres *	42

nombreux changements en un court laps de temps mais aussi faire face à de nombreux décès. Enfin, nous avons remarqué une demande de soutien croissante en cette fin de crise qui s’amorce, sans doute due à la fatigue des soignants.

Les membres du personnel non soignant (administratifs, brancardage, nettoyage...) ont présenté plus de situations anxieuses et de craintes pour eux-mêmes ainsi que pour leur famille. Une des raisons évoquées fut le manque de formation spécifique pour faire face à cette pandémie.

LIGNE TÉLÉPHONIQUE OUVERTE À LA POPULATION GÉNÉRALE

Plusieurs institutions ont mis en place des lignes téléphoniques dans le but d’apporter un soutien psychologique aux patients et à leur famille.

Soit une permanence téléphonique est mise en place pour les patients et leur médecin traitant, soit un call-center. Certains

FIGURE 3

pédopsychiatres assurent une permanence téléphonique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. D'autres encore ont mis une cellule d'écoute à disposition pour les parents en difficulté.

Rappelons que, même en dehors de la crise du coronavirus, divers numéros sont disponibles et peuvent se montrer particulièrement utiles en temps de crise.

DIRECTIVES GOUVERNEMENTALES

En analysant les directives fédérales reçues le 3 avril 2020, nous constatons qu'elles vont dans la même direction que les mesures prises spontanément par les institutions psychiatriques. Vous pourrez consulter ces mesures à l'adresse suivante : [https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6550-cne/6650-secteurs-\(aper%C3%A7u-avec-liens\)/non-marchand/covid-19/20200403_directives_hopitaux_psychiatriques_07-04.pdf?sfvrsn=fa47b179_0^2](https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6550-cne/6650-secteurs-(aper%C3%A7u-avec-liens)/non-marchand/covid-19/20200403_directives_hopitaux_psychiatriques_07-04.pdf?sfvrsn=fa47b179_0^2).

DISCUSSION

La complexité de la situation est mise en évidence par la diversité des mesures mises en place dans l'ensemble des institutions.

Le manque de matériel mais également les difficultés de compréhension parfois majeures que peuvent présenter certains patients rendent par moments complexe l'application de ces mesures.

Nous comprenons aisément les difficultés auxquelles les institutions pédopsychiatriques ont du faire face dans la tentative d'un maintien d'une distanciation sociale chez des enfants (souffrant par exemple de trouble du spectre autistique ou d'un trouble mental ne leur permettant pas d'assimiler la complexité et les enjeux de la situation).

Lors de cette crise, nous noterons une prise d'initiative de la part des institutions psychiatriques qui ont tenté de s'appuyer sur les directives envoyées aux hôpitaux généraux tout en tenant compte du matériel mis à leur disposition, de leur personnel soignant et bien évidemment de leurs patients.

Il est important de souligner que le secteur psychiatrique est pratiquement au point mort depuis le début de la crise sanitaire due au COVID-19. Quelques équipes mobiles tournent encore, mais beaucoup de centres, d'hôpitaux de jour, de consultations pluridisciplinaires, de CRF (Centre de Réadaptation Fonctionnelle) ou CRP (Centre Régional Psychiatrique) sont complètement fermés.

Nous avons choisi de ne pas rentrer dans les détails de leur gestion, mais nous soulignons là un élément de plus dans la complexité de la gestion des soins de santé mentale en Belgique.

Penchons-nous sur la situation en Chine. Elle a été la première à être touchée par le coronavirus. De nombreux facteurs de stress en milieu hospitalier ont été mis en évidence. Une

étude a été réalisée par des chercheurs chinois qui ont sondé la santé mentale auprès d'environ 1250 soignants hospitaliers, dans la province d'Hubei (la plus touchée par l'épidémie). Ils ont interrogé près de « 70 % des professionnels de santé, en majorité âgés de 26 à 40 ans »³.

Cette étude a été lancée dans le JAMA psychiatry au moment où le cap des 10.000 contaminations a été atteint.

D'après celle-ci, « une proportion considérable de soignants présente des symptômes de dépression (50 %), d'anxiété (44 %), d'insomnie (34 %) et de stress (71 %). Ces symptômes sont d'autant plus sévères chez les femmes, notamment infirmières »³. La surcharge de travail, ainsi que la peur d'être infecté et de contaminer ses proches, expliquent notamment cette détresse. « Cette détresse aiguë augmente le risque de dépression et de syndrome de stress post-traumatique »³.

« Le phénomène est accru en cas de fragilité mentale préexistante. Or, cette étude chinoise estime à 35 % le nombre de soignants souffrant de pathologies psychiques »³. Il ne faut pas oublier que les soignants ne sont pas les seuls à être affectés par cette détresse psychique. Chargés de désinfecter les chambres, les brancards et le matériel de soins, les agents d'entretien hospitaliers vivent souvent dans la terreur d'être vecteur et de contaminer leurs proches.

Des experts chinois ont réalisé des vidéos en anglais sur l'intérêt de la thérapie psychologique contre les effets qu'entraînent la pandémie au COVID-19. Ils y abordent notamment diverses solutions afin que « le personnel médical de première ligne se sente en sécurité et expliquent comment proprement mener des interventions psychologiques. Ils ont également donné des conseils sur le sommeil, le régime et la gestion des émotions dans le contexte de l'épidémie »⁴. Il est néanmoins difficile de savoir quelle a été leur organisation en termes d'institutions psychiatriques à proprement parler. On sait toutefois que le régime politique est nettement plus drastique que le nôtre et que le confinement a été total pour l'ensemble du pays.

Parlons ensuite des mesures mises en place en France. Dans le contexte de la pandémie due au COVID19, le monde de la psychiatrie en France se voit entièrement réorganisé. Il se prépare à prendre en charge les répercussions négatives du confinement sur la santé mentale de la population.

D'après un article français⁵, « la première semaine était celle de l'adaptation à la situation d'urgence, alors que celles qui ont suivi ont plutôt été celles de la coordination des divers acteurs » de cette crise mondiale. Ces derniers préparent maintenant l'après-crise, en essayant de planifier des futurs plans d'urgence si cette situation venait à se reproduire. « Les difficultés majeures de coordination et de gestion de cette crise chez nos voisins français ont mis en exergue la nécessité absolue d'une voix commune de la psychiatrie française auprès des autorités sanitaires. Par exemple, au travers d'une société savante légitimement reconnue par tous, dans l'intérêt des patients ».

CONCLUSION

Cette pandémie a complètement modifié notre système de soins de santé et a eu de nombreuses répercussions directes et indirectes, dans de divers domaines.

De nombreuses difficultés ont vu le jour :

- Certains patients ont été dépourvus de leurs aides psychologiques habituelles ;
- Certaines équipes ont été maintenues dans leur intégralité malgré une réduction d'activité au sein de leur service ;
- La substitution de toutes les consultations par des consultations téléphoniques ou en visio-conférence a pu être anxiogène pour le patient et son efficacité n'a pas été démontrée. De plus, le contact et l'analyse du non-verbal fait partie intégrale de l'outil de travail du thérapeute. Celui-ci se voit entièrement bousculé lors d'une consultation par téléphone ou encore lors du port d'un masque.

Néanmoins, des points positifs émergent, même dans une situation de crise. Si nous devons en retenir un, nous mentionnerions très certainement le développement d'une entraide sans limite et d'un véritable esprit de communauté.

Une comparaison avec d'autres pays fortement touchés tels que la Chine ou la France nous a semblé essentielle au vu de la situation actuelle. Elle nous permet de déterminer si des améliorations seraient possibles à l'avenir au sein de notre système de santé, et comment la situation a été vécue de leur côté.

Cette analyse des moyens mis en place dans les institutions belges et une comparaison avec différents pays pourrait nous aider à être mieux préparés dans l'éventualité où un scénario similaire devait se reproduire dans le futur.

Le 24 avril 2020, le gouvernement belge a annoncé des mesures de déconfinement progressif. Ces mesures devraient se mettre en place à partir du 4 mai 2020. Plusieurs questions restent cependant sans réponse. De quels paramètres devons-nous nous préoccuper suite à ce confinement de plusieurs semaines qui aura touché l'ensemble de la population de notre pays ? Quelles ont été les répercussions sur les patients souffrant de maladies psychiatriques ? Comment envisager la charge de travail en milieu psychiatrique à l'avenir ? Doit-on s'attendre à avoir des consultations saturées par les patients habituels, en décompensation ? Le nombre de patients gonflera-t-il suite à l'ajout de nouvelles personnes, auparavant inconnues des services de psychiatrie ? Notamment par le personnel soignant ou travaillant dans les soins de santé ?

Nombres de questions se posent et les réponses apportées dans le futur seront essentielles à l'élaboration de lignes directrices pour les soins psychiatriques en période de pandémie.

RÉFÉRENCES

1. Plateforme d'E-learning Croix-Rouge de Belgique : https://rise.articulate.com/share/C4cD7N9lyNbVvywI3Tp5_zNCEjOOw1xH?fbclid=IwAR1oRsaDEUnZdAcACQMtM2onjzTyfv0RcHvvQvx6mCpeVFXnHx78MSDXK-Y#/
2. Directives gouvernementales : [https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6550-cne/6650-secteurs-\(aper%C3%A7u-avec-liens\)/non-marchand/covid-19/20200403_directives_hopitaux_psychiatriques_07-04.pdf?sfvrsn=fa47b179_0](https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6550-cne/6650-secteurs-(aper%C3%A7u-avec-liens)/non-marchand/covid-19/20200403_directives_hopitaux_psychiatriques_07-04.pdf?sfvrsn=fa47b179_0)
3. <https://www.lefigaro.fr/sciences/en-chine-une-immense-detresse-psychique-chez-le-personnel-medical-20200414>
4. http://french.xinhuanet.com/2020-04/13/c_138971883.htm
5. Anne-Claire N. Soins Troubles psychiques pendant SARS-CoV-v. Elsevier ; 2020.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les médecins et assistants qui ont eu l'amabilité de répondre à notre questionnaire et qui nous ont consacré du temps pour nous exposer leur point de vue sur la situation.

Nous remercions le Centre Psychothérapeutique de Jour Charles-Albert Frères de Charleroi, le site de Notre-Dame du Grand Hôpital de Charleroi, Le CHR de la Citadelle de Liège, l'Hôpital de jour universitaire La Clé de Liège, le site du Sart-Tilman du CHU de Liège, le Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges de Glain, la Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens de Welkenraedt, le CHC MontLégia de Liège, la Clinique Edmond-Jacques de Virton, la Clinique Saint-Luc de Bouge, le Centre de Psychiatrie Infantiles les Goélands de Jemeppe-sur-Sambre, l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon de Namur, la Petite Maison ACIS de Chastre et la Clinique Saint Pierre d'Ottignies.

AUTEUR CORRESPONDANT

CATHERINE KESTENS

CHR de Huy
Service Psychiatrie
Rue des Trois-Ponts, 2
4500 Huy
E-mail : catherine.kestenspro@gmail.com

ASPECT MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RELATIF À L'ÉPIDÉMIE DU CORONAVIRUS : MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE DE SOUTIEN POUR LE PERSONNEL SOIGNANT PAR LES MÉDECINS COORDINATEURS DANS LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS EN BELGIQUE OU EHPAD EN FRANCE ET IMPACT PSYCHOLOGIQUE POUR LES RÉSIDENTS DE CES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS PRIVÉES ET PUBLIQUES, SYNDROME DE GLISSEMENT

MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASPECT RELATING TO THE CORONAVIRUS EPIDEMIC : IMPLEMENTATION OF A SUPPORT STRATEGY FOR NURSING STAFF BY COORDINATING DOCTORS IN REST AND CARE HOMES IN BELGIUM AND IN FRANCE AND PSYCHOLOGICAL IMPACT FOR THE RESIDENTS OF THESE PRIVATE AND PUBLIC NURSING AND CARE HOMES, SLIP SYNDROME

Carine DURAY-PARMENTIER (a), Jean-Baptiste LAFONTAINE(b), Noémie NIELENS(a)

(a) Centre de Psychothérapie de Namur, Vedrin

(b) Maison médicale de La Plante, Namur

Résumé

Plus d'un tiers de l'humanité est actuellement soumis à des mesures de confinement du fait de la pandémie de coronavirus. Le confinement a été instauré dans de nombreux pays pour plusieurs semaines. Les autorités sanitaires sont sur le pied de guerre face à un virus encore mystérieux et pour lequel elles sont amenées à en informer la population tout en étant confrontées à beaucoup d'inconnues concernant le Covid-19. Dès lors, qu'en est-il de la santé mentale ? Que peut engendrer une situation de confinement auprès de la population placée en quarantaine ?

Quel impact psychologique ce confinement va-t-il avoir sur nos aînés hébergés en Maisons de Repos et de Soins en Belgique ou en EHPAD en France ? Actuellement, nous n'avons pas encore connaissance d'articles francophones déjà publiés sur les aspects médico-psychologiques liés au coronavirus auprès de la population. Nous allons tenter, au travers de cet article, d'aborder la question médico-psychologique du personnel soignant au sein des Maisons de Repos et de Soins et l'impact psychologique des résidents ainsi que « le syndrome de glissement » chez la personne âgée.

Mots-clés : coronavirus, Covid-19, pandémie, personnes âgées, maisons de repos, EHPAD, personnel soignant, syndrome de glissement.

Abstract

More than a third of humanity is currently under containment due to the coronavirus pandemic. Containment has been in place in many countries for several weeks. Health authorities are on the warpath against a still mysterious virus and for which they are brought to inform the population while being confronted with many unknowns concerning the Covid-19. So, what about mental health? What can generate a situation of containment with the population in quarantine? What psychological impact will this confinement have on our elders who are accommodated in Rest and Care Homes in Belgium or in EHPAD in France? Currently, we are not yet aware of French-language articles already published on the medical-psychological aspects related to the coronavirus among the population. We will try, through this article to approach the medico-psychological question of the nursing staff within the Nursing Homes and the psychological impact of the residents and slip syndrome.

Key words: coronavirus, Covid-19, Pandemic, Elderly people, Rest homes, EHPAD, Caregivers, slip syndrome.

Samenvatting

Meer dan een derde van de mensheid is momenteel onderworpen aan inperkingsmaatregelen als gevolg van de coronavirus-pandemie. Inperking is in veel landen gedurende enkele weken vastgesteld. De gezondheidsautoriteiten bevinden zich op het oorlogspad in het licht van een nog steeds mysterieus virus en waarvoor ze ertoe worden gebracht de bevolking te informeren terwijl ze worden geconfronteerd met veel onbekenden over de Covid-19. Dus hoe zit het met geestelijke gezondheid? Wat kan het gevolg zijn van een inperkings situatie met de bevolking in quarantaine geplaatst?

Welke psychologische impact zal deze opsluiting hebben op onze ouderlingen gehuisvest in rust- en verzorgingshuizen in België of in EHPAD in Frankrijk? Momenteel zijn we ons nog niet bewust van Franstalige artikelen die al zijn gepubliceerd over de medisch-psychologische aspecten die verband houden met het coronavirus onder de bevolking. Via dit artikel zullen we proberen de medisch-psychologische kwestie van het verplegend personeel binnen de rust- en verzorgingshuizen en de psychologische impact van de bewoners en het "glijdende syndroom" bij ouderen aan te pakken.

Trefwoorden : coronavirus, Covid-19, pandemic, ouderen, rusthuizen, EHPAD, caregiver staff, slip syndrome.

INTRODUCTION

Plus d'un tiers de l'humanité est actuellement soumis à des mesures de confinement du fait de la pandémie de coronavirus. De nombreux pays ont demandé à la population de s'isoler dans leur maison. La quarantaine (ou le confinement) a été instaurée plusieurs semaines durant, l'individu ne pouvant sortir qu'exceptionnellement. Les décisions sur la manière de suivre la quarantaine doivent être appliquées par les gouvernements sur les meilleures preuves disponibles (études réalisées sur d'autres épidémies que l'on peut découvrir dans les revues scientifiques telles que le « Lancet » ou le « NEJM »)¹. Les autorités sanitaires sont sur le pied de guerre face à un virus encore mystérieux et pour lequel elles sont amenées à informer la population tout en étant confrontées à beaucoup d'inconnues concernant le COVID-19. Dès lors, qu'en est-il de la santé mentale ? Que peut engendrer une situation de confinement auprès de la population placée en quarantaine ? Quel impact psychologique ce confinement va-t-il avoir sur nos aînés en Maison de Repos (MR) et Maison de Repos et de Soins (MRS) privées et publiques en Belgique ou en EHPAD (Hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou USLD (Unité de soins de longue durée) en France ? Les sentiments de solitude et d'isolement sont ressentis de façon plus intense. En effet, cette situation exacerbe obligatoirement des angoisses qui, lorsque l'on n'est pas en situation de confinement, sont généralement diluées dans des actes et des relations quotidiennes de la vie. Aujourd'hui, les répercussions psychologiques du confinement vont-elles dépendre de la durée ? Peut-on considérer qu'elles se majorent après une dizaine de jours de confinement ? Il semble important que les pouvoirs publics puissent donner une échéance claire quant à sa durée. D'une façon générale, les angoisses se développent à partir de craintes que l'on peut former par rapport aux maux et à la contagiosité du coronavirus. Mais aussi à l'égard de notre santé en général, celle de nos proches et plus particulièrement sur ce qu'on a pu faire de notre vie jusque-là. Actuellement, nous n'avons pas encore connaissance d'articles francophones déjà publiés sur les aspects médico-psychologiques liés au coronavirus auprès de la population. Nous allons tenter, au travers de cet article, d'aborder la question médico-psychologique du personnel soignant au sein des Maisons de Repos et de Soins et l'impact psychologique des résidents en maison de repos.

QU'EN EST-IL SUR LE PLAN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ?

L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE LA QUARANTAINE EN MAISON D'HÉBERGEMENT CHEZ NOS AÎNÉS

Les Maisons de Repos et de Soins- MRS (Belgique) ou EHPAD (France) - ont longtemps fonctionné en adaptant une fonction de « maison de vie ». La crise sanitaire actuelle a transformé ces « maisons de vie » en « maisons de mort ». C'est toute une vision de l'accompagnement de la personne âgée et des soins gériatriques qui est remise en question. L'hébergement pour la personne âgée (MRS ou HEPAD) va devoir s'adapter à l'avenir

pour réagir de façon plus efficace à toute nouvelle épidémie. Le confinement est une expérience souvent désagréable pour ceux qui la subissent. La séparation d'avec des êtres chers, la perte de liberté déjà liée au placement est encore plus ressentie et renforcée, l'incertitude quant à l'état de la maladie et l'ennui de ne plus voir ses proches, créent des effets dramatiques pour la personne âgée encore plus ou moins valide résidant dans une institution². En première ligne, les équipes de soignants ne ménagent pas leurs efforts pour sauver leurs résidents et doivent parfois, dans l'isolement le plus total, prendre des décisions difficiles. Les pouvoirs publics ont dû reconsidérer la situation des hébergements pour personnes âgées, suite à l'augmentation du nombre de décès dans ces Maisons de Repos que ce soit en France ou en Belgique. Au-delà du degré de contagion et du taux de mortalité du coronavirus, la crise actuelle est aussi la conséquence d'un sous-investissement chronique dans les établissements médico-sociaux. Les professionnels des Maisons de Repos et de Soins ou d'EHPAD, comme les professionnels des hôpitaux, ont maintes fois sonné l'alerte sans pour autant avoir été entendus³. Les premiers constats relevés sont que le « confinement » semble mettre en danger le lien social mais aussi le lien d'attachement⁴. En effet, comme la personne âgée ne peut plus voir ses proches, sa santé mentale n'en est que plus fragilisée. Et tout ce qui va déstabiliser les repères temporels et sociaux de l'individu va faire augmenter son angoisse¹. Dès lors, chez les personnes âgées, qu'il faut protéger au maximum du coronavirus, en évitant de leur rendre visite, l'isolement n'est pas sans conséquences. Nous savons que cette situation peut mener à la dépression ou à des décompensations psychiques. D'autant que plusieurs études (issues de la revue Lancet, 14/03/2020)¹ ont montré que le fait de rester socialement actif après 60 ans serait protecteur contre le risque de démence. Chez les personnes déjà très vulnérables, plusieurs médecins ont alerté contre le « syndrome de glissement »⁵, un état de détresse psychologique pouvant être fatal. Pour d'autres, l'enjeu est de préserver leur autonomie, car la perte de muscles engendrée par la baisse d'activité physique ou une mauvaise alimentation peuvent les faire entrer dans une zone de « fragilité ». Par ailleurs, le moindre recours aux soins, entre la peur de contracter le virus chez le médecin et la téléconsultation pas toujours adaptée pour cette population, entraîne l'arrivée aux urgences de personnes âgées avec des maladies chroniques plus sévèrement décompensées que d'habitude comme, par exemple, les insuffisances cardiaques^{3,6}.

COMMENT ÉLABORER UN CANAL D'AIDE POUR LE PERSONNEL SOIGNANT EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS (OU EHPAD) ?

En janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé a annoncé que la flambée du Coronavirus constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Dans les structures de Maisons de Repos et de Soins (publiques et privées) et EHPAD sont prises en charge des personnes souffrant d'incapacités physiques ou mentales (Alzheimer, déficiences mentales, autisme) dont certaines sont très âgées. Les résidents de ces établissements constituent des populations vulnérables exposées à un risque plus élevé d'issues défavorables. Ces personnes sont également plus susceptibles d'être infectées car elles vivent en contact étroit avec d'autres personnes. Dès

lors, les Maisons de Repos et de Soins et EHPAD ont dû prendre des précautions particulières pour non seulement protéger leurs résidents mais également le personnel soignant⁷. Une coordination des systèmes et des services afin de prodiguer des soins de longue durée a été mise en place avec les autorités pertinentes comme le ministère de la santé, de la protection sociale et de la justice sociale dans le but de garantir la continuité des soins dans les Maisons de Repos et de Soins en Belgique et EHPAD en France, mais également d'apporter un soutien supplémentaire si le coronavirus est confirmé chez une personne âgée résidant dans une structure pour aînés. Une liste de Maisons de Repos et de Soins en Belgique (échantillon repris en région namuroise) ainsi que de toute structure privée ou publique a été recensée afin de savoir qui sont les médecins coordinateurs référant à ces structures. Pour les structures privées, des médecins coordinateurs ont été nommés pour intervenir dans les protocoles concernant la période COVID-19.

LES STRATÉGIES DE SOUTIEN POUR LE PERSONNEL SOIGNANT EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS (BELGIQUE) OU EN EHPAD (FRANCE)

Toutes les maisons de repos (Belgique) et EHPAD (France) subissent un manque aigu de matériel de protection (masques FFP2, tabliers de protection, visières, ...) avec des situations à risque grandissantes et des cas suspects toujours plus nombreux. En Belgique, faisant face à un absentéisme grandissant de personnel craignant la contamination, les Maisons de Repos et de Soins « bricolent » en attendant, faute de mieux, des visières, des masques en tissu, des surblouses, des lunettes qu'elles reçoivent par le biais de dons de particuliers ou de bénévoles via des postes médicales de gardes de différentes provinces ou les CPAS. Les Médecins coordinateurs ont demandé une forme de priorité pour le dépistage, à l'instar du personnel hospitalier, vu le risque de létalité des résidents. Dès lors, le Ministère fédéral de la Santé en Belgique et en France a signifié que le personnel soignant des Maisons de Repos ou EHPAD nécessaire aux soins sera testé en priorité en cas de troubles respiratoires, afin de pouvoir être ramené rapidement en soin en cas de test négatif. Les maisons de repos confinées sont alors coupées de l'extérieur. Dès qu'un foyer COVID s'est propagé, la distanciation sociale peut conduire à la détresse voire à la désespérance de la personne âgée. Peu médiatisée à ce jour, la question de structures intermédiaires doit être analysée⁸. Afin de soutenir le personnel soignant, l'orientation de la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 a instauré différentes mesures dont l'éloignement physique dans l'établissement afin de limiter la propagation du virus. Entre autres, il a été décidé de restreindre le nombre de visiteurs et d'interdire l'accès aux familles pendant le confinement sauf pour les résidents en soins palliatifs. Un protocole de protection est alors mis en place afin que la famille puisse accompagner le mourant. Mais cela se pratique au cas par cas et ces décisions varient d'une région à l'autre car beaucoup de Maisons de Repos et de Soins fonctionnent encore à huis clos pendant le confinement. Au sein de l'établissement, il est préconisé d'assurer une distance d'au moins un mètre entre les résidents. Inviter les résidents et les soignants à éviter tout contact (poignées de mains, embrassades ou bises). Il est essentiel d'identifier, d'isoler et

de soigner de façon précoce les cas positifs au Covid-19 afin de limiter la propagation du virus. Dès lors, en collaboration avec le médecin coordinateur référent de la Maison de Repos, il a été prévu, à l'instar des décisions sanitaires prises dans d'autres pays, de séparer les secteurs de la maison de repos en deux : secteur COVID et secteur NON-COVID. Les soignants devront alors appliquer les précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes lorsqu'ils s'occupent du résident, entrent dans sa chambre ou se trouvent à moins d'un mètre de lui. Le matériel médical spécifique est assigné au personnel de la santé s'occupant des cas cliniques COVID et ne peut être échangé avec les sections non contaminées. En Région Wallonne (Belgique), l'AVIQ, l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité, a choisi de partager 66.700 tests en deux groupes : 50 % des tests ont été orientés vers des maisons de repos qui représentent de gros clusters, des maisons de repos qui ont déjà 50 ou 60 cas de résidents qui sont soit des cas possibles ou des cas confirmés Covid-19 puis les 50 autres pourcents sont orientés vers les plus petits clusters en Maisons de Repos, c'est-à-dire qui ont moins de 6 cas possibles ou confirmés. Selon les responsables de l'AVIQ, en Belgique, la moitié des maisons de repos en Wallonie sont considérées comme des « gros clusters » : des établissements comptabilisant un grand nombre de patients ou membres du personnel contaminés ou pouvant l'être. Dans les maisons de Repos et de Soins ou les EHPAD, l'objectif est de détecter plus vite les résidents et les membres du personnel soignant qui ignorent être contaminés, car ils sont asymptomatiques afin de pouvoir réaliser une meilleure organisation du travail et permettre à ces structures moins touchées par le coronavirus de ne pas l'être plus. Pour l'ensemble de la Belgique, 3.806 résidents de maisons de repos ont été testés positifs au Covid-19 en avril 2020, sur un total de 25.055 tests : 1.076 étaient symptomatiques et 2.730 asymptomatiques. Les maisons de repos ont payé un lourd tribut depuis le début de l'épidémie de coronavirus, avec 3.678 décès estimés/confirmés, sur un total de 6.917 morts en Belgique, selon les derniers chiffres communiqués le 14 avril 2020 par les autorités sanitaires⁹.

IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL SOIGNANT EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS /EHPAD

FACTEURS DE STRESS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS ET EHPAD

L'épidémie, comme toutes celles qui ont précédées ailleurs dans le monde (SRARS, Ebola, H1N1,...), ont des répercussions psychologiques notables et durables tant pour le personnel soignant que pour la population elle-même. Il importe d'anticiper et de prendre en charge le personnel soignant des différentes structures hospitalières et des Maisons de Repos et de Soins ou EHPAD ou établissements de Santé mentale. La peur d'être contaminé, de mourir et de contaminer les autres, renforcée par les incertitudes entourant l'épidémie

(symptômes, mode de contamination) activent les facteurs de stress pendant le confinement. La durée de la quarantaine supérieure à dix jours et une prolongation au-delà de la durée initialement annoncée majeure l'impact psychologique du confinement (crainte de perte financière, par exemple). Selon le Dr Abgrall et son équipe du CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) de Paris¹⁰ des symptômes de stress aigus et durables tels que des angoisses, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, de la fatigue, de l'irritabilité, de la colère, une difficulté d'attention, une morosité et une dépression peuvent survenir. Ces symptômes sont comparables à des symptômes de « stress post-traumatiques ». Une étude chinoise sur les effets de l'épidémie du coronavirus estime que les symptômes sont comparables à ceux d'une traumatisation vicariante (traumatisme par procuration). Il s'agit des changements profonds subis par le soignant qui établit des rapports d'empathie avec des malades du COVID-19. Des articles parus dans le *Lancet* sur l'impact psychologique du confinement rapportent des symptômes de « stress aigus » ou de « stress post-traumatiques », y compris pour des enfants, bien que le confinement ne soit pas considéré comme une situation traumatisante dans le DSM V^{1,11,14}.

DISPOSITIFS DE SOUTIEN SPÉCIFIQUES AUX SOIGNANTS

Il est important d'offrir des dispositifs de soutien spécifiques aux soignants (infirmiers, aides-soignants, médecins hospitaliers ou généralistes), y compris le personnel confiné, accessibles à distance et ouverts à tout le personnel. Et surtout de protéger les soignants en première ligne, en les incitant à faire des pauses, en organisant un roulement des équipes et en gardant à l'esprit les facteurs protecteurs soulignés dans l'étude chinoise (formation, volontariat), sans oublier que l'impact psychologique sur ces soignants peut se manifester avec retard après la crise sanitaire¹⁵. La durabilité des effets du confinement incite à prévoir un maintien des dispositifs de soutien psychologique au-delà de la période de confinement. En Belgique (tout comme en France), le Service Public Fédéral de la Santé et divers Managers Psycho-Sociaux ont mis en place un « Comité de Coordination Psychosociale » appelée CCPS. L'objectif est de mettre l'accent sur une communication rationnelle et sans ambiguïté de la part de tous les services impliqués selon les différentes provinces : campagnes de communication, aide psychosociale par téléphone, service externe pour la prévention et la protection au travail (SEPPT). Le lien « Copsycovid19.be » est un collectif de psychologues et thérapeutes belges formés à la relation d'aide proposant un soutien psychologique gratuit à court terme par téléconsultation aux personnes vivant des difficultés face à la situation actuelle de la crise sanitaire, citoyens et professionnels du secteur social-santé et, pour les médecins et les médecins en formation, la création d'un numéro vert et une page d'accueil « aide psychique aux médecins pendant la crise covid-19 » leur est également attribuée. La France a également mis en place des structures identiques pour le personnel soignant. Le réseau 107, Réseau Santé Wallon en Belgique, a mis à disposition pour les personnes fragilisées par la situation de crise sanitaire leur service de première ligne : coopsy.be¹⁶. L'AVIQ et la Fédération Wallonne des Services de Santé mentale (FéWaSSM) ont lancé, dès le 6 avril 2020, un

soutien psychologique destiné à épauler les professionnels de l'aide et de la santé qui agissent en première ligne dans les hôpitaux, dans les structures psychiatriques, les Maisons de Repos, les services pour personnes en situation de handicap ou fragilisées, les centres de planning. Ce service gratuit est composé de psychologues, de psychiatres, assistants sociaux et autres professionnels, qui apportent non seulement une écoute mais aussi une prise en charge psychologique de première ligne et une réorientation pour des suivis à plus long terme si nécessaire¹⁷.

IMPACT PSYCHOLOGIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN MAISON DE REPOS

SURMORTALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN MAISON DE REPOS ET DE SOIN OU EHPAD

La surmortalité de nos aînés s'explique par le fait qu'ils souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques : diabète, pathologies cardio-vasculaire ou cancer qui rendent l'organisme plus vulnérable. Selon une autre étude parue dans le *New England Journal of Medicine*, une proportion élevée de cas graves à critiques et un taux de mortalité élevé ont été observés chez les patients âgés COVID-19. Une progression rapide de la maladie a été notée chez les personnes décédées avec un temps de survie médian de 5 jours après l'admission en milieu hospitalier. La dyspnée, la lymphocytopénie, les comorbidités, y compris les maladies cardiovasculaires et les maladies pulmonaires obstructives chroniques, et le syndrome de détresse respiratoire aiguë étaient prédictifs de mauvais résultats. Une surveillance étroite et un traitement rapide ont dû être effectués pour les patients âgés à haut risque. Une autre étude menée par des chercheurs de l'Université de la « *London School of Economics* » établit, dans une fourchette de 42 % à 57 %, le taux de décès lié au COVID-19 survenus dans les Maisons de Repos ou EHPAD de cinq pays étudiés, par rapport au total des décès attribués à cette infection dans ces pays selon des données encore préliminaires. Pour la Belgique, ce taux s'établirait à 42 %, l'Italie à 53 %, l'Espagne, 57 %, la France à 45 % et l'Irlande à 54 %, d'après les données récoltées au cours de la première quinzaine d'avril 2020. Il y a peu d'informations concernant de nombreux pays. En outre, les systèmes d'enregistrement liés au coronavirus dans les maisons de repos et de soins varient selon les pays et même les régions. Par ailleurs, le fait que très peu de pays testent systématiquement les personnes dans les Maisons de Repos et de Soins ou EHPAD (résidents et personnel soignant) complique l'estimation du nombre d'infections et de décès. Selon les auteurs de ces recherches, compte tenu de ce manque de tests, il semblerait que la meilleure manière d'estimer l'impact sur la mortalité du coronavirus dans ces établissements serait de comparer les données de mortalité de la période de la pandémie à la mortalité des années précédentes à la même période de l'année. Dès lors, l'INSEE, Institut National français de Statistiques, a publié, le 10 avril 2020, des données montrant

qu'au cours du mois de mars 2020, il y a eu, par exemple, 11,9 % de décès en plus dans les Maisons de Repos qu'en mars 2019. Il a donc eu 10,4 % de décès en plus sur l'ensemble de la population âgée de plus de 70 ans¹⁸⁻²¹.

DISPOSITIFS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUES POUR LES PERSONNES ÂGÉES

La crise sanitaire liée au COVID-19 est venue bouleverser le quotidien de nombreux résidents en EHPAD ou en Maison de Repos et de Soins. Quelles sont les stratégies mises en place pour faire face au confinement de nos aînés et surtout, à la solitude exacerbée ? Tous les patients âgés du Covid-19 n'en décèdent pas. Qu'advient-il alors des survivants ? Le taux de mortalité n'est que la partie dévoilée de l'iceberg. Les études concernant le COVID-19 et les personnes âgées devraient explorer ce qui ne se voit pas encore. L'isolement, décidé par le politique pour minimiser le danger lié au coronavirus entraîne lui-même des risques particuliers pour la personne âgée car, la grande difficulté, c'est qu'on n'a pas encore la capacité scientifique de déterminer la balance bénéfique – risque du confinement et de l'impact psychologique. Actuellement, tant le politique que les professionnels de la santé de terrain ont tenté de parer au plus urgent : gérer la crise sur le plan sanitaire et logistique mais sur le plan psychologique les données sont encore quasi inexistantes.

LE SYNDROME DE GLISSEMENT CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Le syndrome de glissement reste une identité psychopathologique encore mal connue en gériatrie. Ce concept est apparu dans la littérature médicale française dans les années 1950 et décrit par le gériatre, Jean Carrié comme « *un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet* »²². Il renvoie donc à la perception d'un état dans lequel la personne âgée semble sciemment se laisser aller vers sa propre mort. Médicalement, il s'agit d'un état de décompensation rapide de l'état général survenant à la suite d'une affection aiguë. On pourrait donc définir le *syndrome de glissement* par un état de grande déstabilisation *physique* et *psychique* marqué par l'anorexie, la dénutrition, l'adipsie (refus de boire pour s'hydrater), de se lever, de communiquer, le sujet demande à ce qu'on le « laisse tranquille », un état confuso-dépressif à manifestation somatique, avec un désir de mort probablement inexprimé²³. Spécifique de l'âge avancé, le « *syndrome de glissement* » est donc une détérioration rapide de l'état général, déclenchée par une affection aiguë médicale (infectieuse, vasculaire, virale comme par exemple, le COVID-19), chirurgicale ou psychique, dont il est séparé par un intervalle libre où la personne âgée semble en bon état. Ce syndrome évolue en quelques jours ou semaines au maximum, et peut conduire à la mort en l'absence de prise en charge thérapeutique et souvent, malgré cette dernière, dans un tableau de déclin fonctionnel et de dépression sévère²⁴. Dès lors, la personne âgée assiste à l'effondrement de tout son être psychique et physique démontrant sa fragilité extrême. Il est considéré comme « glissant vers la mort »²⁵.

Dès lors, il est aujourd'hui important de rester prudent quant à cette possible réponse clinique de la personne âgée ayant vécu une quarantaine prolongée. Le syndrome de glissement sera-t-il un dommage collatéral dans les mois qui suivront le déconfinement ? Facteur à observer dans les mois à venir.

QU'EN EST-IL DE CE CONCEPT DE SYNDROME DE GLISSEMENT « APRÈS CONFINEMENT » SUITE À LA PANDÉMIE DU CORONAVIRUS ?

Actuellement, nous connaissons peu de choses sur les conséquences psychologiques suite au confinement majoré (au-delà de 14 jours) consécutif à la pandémie du coronavirus chez les sujets âgés. Mais nous pourrions imaginer que les conséquences peuvent être identiques à toutes autres situations traumatisantes qui auraient pu survenir dans des contextes différents. Il serait intéressant d'observer l'évolution des réactions des sujets âgés sortis des cohortes d'isolement Covid-19 en Maison de Repos et de Soins ou Ehpad. Nous pourrions également attirer l'attention des soignants sur le principe du « lien d'attachement ». En effet, privé pendant un certain temps de ce lien (à la famille, au personnel de référence, au médecin traitant), la personne âgée peut verser dans l'insécurité et manifester des comportements d'agitation ou de dépression⁴. Par ailleurs, pour le personnel soignant, s'occuper d'une personne âgée qui fait un *syndrome de glissement* n'est pas une démarche aisée car l'image d'un patient glissant peut s'avérer traumatique. Le soignant peut en arriver à avoir des attitudes de rejet ou de surprotection face à la violence du glissement et la dépendance totale projetée par la personne âgée sur le soignant. Dans ce contexte, la relation soignante est indispensable. Les soins de maternage sont primordiaux. A l'instar de « *la mère suffisamment bonne* » décrite par Winnicott^{26,27} les « *soins suffisamment bons* » sont à soutenir de façon rigoureuse en gériatrie et peut-être, principalement, pendant ET après l'isolement vécu par la personne âgée. Les soins corporels ont une grande valeur dans le syndrome de glissement : le « *holding* » et le « *handing* » offrent à cette période de la vie, une contenance psychique et physique. Cette contenance permet des moments d'intégration psychosomatique ainsi qu'un réinvestissement libidinal du corps. Une parole décrivant les soins, un mot évoquant quelques événements anodins permet de faire le *lien* entre les sensations corporelles et le monde extérieur et ainsi favoriser la remise en route de la pensée.

CONCLUSION

L'impact psychologique des mesures de confinement est plus large, substantiel et sans doute durable. Les répercussions psychologiques du confinement tant pour le personnel soignant que pour nos aînés de plus de 70 ans vont certainement dépendre de sa durée. Nous devons dès lors revisiter toutes nos connaissances sur l'accompagnement de la personne âgée et les soins gériatriques en Maison de Repos et de Soins et apprendre à réagir de façon plus efficace à toute nouvelle épidémie tant sur le plan social que sur le plan psychologique. L'insuffisance d'études concernant l'impact psychologique sur le confinement auprès des personnes âgées et des soignants en institution en Europe nous laisse à penser que le politique et les experts médicaux n'ont pas été préparés à cette crise sanitaire et, à défaut, ont dû agir sur l'aspect urgentissime afin de mettre des stratégies en place pour y répondre. Il nous faudra certainement du recul et des études statistiques plus approfondies à comparer avec celles réalisées aux études précédemment sur des épidémies moins longues et dans des zones géographiques plus petites comme le SRAS en 2003, Ébola en Afrique ou le H1N1, plus récent en Europe, dans le but d'analyser et comparer les conséquences médico-psycho-sociales de cette pandémie. Par ailleurs, les études réalisées sur le COVID-19 semblent généralement orientées sur les statistiques de cas relevés dans différents pays, sans doute, dans le but de mesurer les courbes ascendantes et descendantes de l'évolution de la pandémie afin de mettre en place les stratégies de déconfinement par la suite. Pour conclure, il sera judicieux, nous semble-t-il, de comparer, dans chacune des Maisons de Repos, les ressources mises en place au moment de la crise tant par personnel soignant au sein de la Maison de Repos ou l'EHPAD que pour les résidents pendant la crise sanitaire¹ ; observer l'impact psychologique de tout cet environnement après le confinement.

Remerciements : Nous remercions le Pr Pascal Janne et le Dr Daniel Duray pour leurs conseils et encouragements.

RÉFÉRENCES

1. Brook, Samantha K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapide review of evidence. *The Lancet*.2020; 395:92-20
2. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BJ*. 2020;368: m313
3. Ehpadia n°19 – avril 2020.
4. Bowlby J. Le traumatisme de la perte. *Attachement et Perte*, 3. Paris:PUF, le fil rouge ; 1984:19-38.
5. Graux P. Le syndrome de glissement. *Actual Gerontol*. 1978;12:21-3.
6. Delomier Y. Vers une définition restrictive du syndrome de glissement. In : *L'intrdisciplinarité gérontologique, Actes du 4ième congrès international francophone de gérontologie*. Montréal : Maloine;1990:533-541).
7. Mondiale de la Santé 2020, Orientation pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires.
8. Sciensano, <https://covid19.Sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Dernière%20mise%20à%20jour%20de%20la%20situation%20épidémiologique.pdf>
9. Noulet JF, Joris M, Van de Berg L. https://www.rtf.be/info/societe/detail_coronavirus-en-Belgique-pres-de-20-des-residents-de-maison-de-repos-testes-positifs-les-2-3-sont-asymptomatiques?id=10489473
10. Abgrall G, Deloche-Gaudez F, Neff E, Akhounak S, CUMP de Paris (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), SAMU de Paris, Proposition pour une prise en charge médico-psychologique tirée d'une synthèse des premiers articles sur l'impact de l'épidémie COVID-19 et du confinement).
11. (CSTS), Sustaining the Well-Being of Healthcare Personnel during Coronavirus and other Infectious Disease Outbreaks,
12. Center for Study of Traumatic Stress (CSTS), psychological effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak : What Healthcare Provide Need to know;
13. https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effect_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf
14. https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Sustaining_Well_Being_Healthcare_Personnel_during.pdf.pdf
15. Zhenyu Li *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>).
16. <https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-soutien-psychosocial>
17. <https://www.wallonie.be/fr/actualites/covid-19-ligne-decoute-gratuite-pour-les-professionnels-de-laide-et-de-la-sante>.
18. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020.
19. Huang C, Wang Y, Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
20. Coronavirus Disease 2019 in Elderly Patients: Characteristics and Prognostic Factors Based on 4-week Follow-Up
21. <https://fr.statista.com/infographie/21451/estimation-part-des-residents-ehpad-dans-le-total-des-deces-du-coronavirus-covid-19/>
22. Delomier Y. Les Effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. *Psychol Med*. 1985;17:1111-5.
23. Delomier Y. Le syndrome de glissement. *Rev. Geriatr*. 1978;289-96.
24. Bazin N. Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ? *Rev. Geriatr*. 200 ;27;371.
25. Ferrey G. Le syndrome de glissement : effondrement psychosomatique ? *Psycho Med*. 1991;23;907-11.
26. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris:Payot, Science de l'homme, 1969.
27. Winnicott DW. 1956-1958. *La mère suffisamment bonne*. Paris:Payot;2006.

AUTEUR CORRESPONDANT

CARINE DURAY-PARMENTIER

Centre de Psychothérapie de Namur
Rue des Oeillets 25 - 5020 Vedrin (Namur)
E-mail : carine.durayduray@gmail.com

EMPATHY IN MEDICAL STUDENTS: A RAPID REVIEW OF THE LITERATURE IN 10 KEY QUESTIONS

L'EMPATHIE CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE :
UNE REVUE RAPIDE DE LA LITTÉRATURE EN 10 QUESTIONS CLÉS

Peterson ADAM HENET(a,b,c), Hélène GIVRON(b), Martin DESSEILLES(b,d)

(a) Faculté de Médecine, UCLouvain

(b) Département de Psychologie, Faculté de Médecine, UNamur

(c) Pôle Enseignement et recherche, Le Beau Vallon – Soins spécialisée en santé mentale, Namur

(d) Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle

Résumé

Il est opportun d'avoir une empathie adéquate pour les étudiants en médecine qui vont devenir des professionnels de la santé. Néanmoins, plusieurs études suggèrent que l'empathie des étudiants en médecine a tendance à décliner durant le parcours universitaire médical et tout au long de leurs stages cliniques. Cette revue a pour but de parcourir les récentes recherches en la matière. Les recherches sur PubMed et Scopus se sont déroulées entre août 2017 et décembre 2017. Ainsi, une série de 10 question-clés guideront l'analyse de la situation : Qu'est-ce l'empathie ? Comment mesure-t-on l'empathie ? Comment l'empathie change-t-elle tout au long du cursus médical ? Quels facteurs pourraient influencer l'empathie : l'âge ? Le genre ? Les stages cliniques ? Le choix de la spécialisation ? La culture ? Comment l'empathie peut-elle être améliorée ? Nous terminerons cette revue de la littérature par quelques perspectives pour de futures études sur l'empathie des étudiants en médecine.

Mots-clés : *empathie, étudiants en médecine, Davis's Interpersonal Reactivity Index, Jefferson Scale of Empathy.*

Abstract

Having an appropriate empathy is important in medical students who will become health professionals. However, some findings suggest that medical students' empathy may deteriorate during undergraduate medical education and clinical training. This paper aims to review the recent findings. Research in Pubmed and Scopus was made from August 2017 to December 2017. Therefore, 10 key questions have been asked to guide our research: What is empathy? How is empathy measured? How does empathy change during medical curriculum? Which factors could influence empathy: aging? Gender? Clinical training? Specialty choice? Culture? How can empathy be enhanced? This review is ended with some prospects for further studies over medical students' empathy.

Key words: *empathy, Medical students, Davis's Interpersonal Reactivity Index, Jefferson Scale of Empathy.*

Samenvatting

Het is belangrijk een passende empathie te hebben voor de studenten in geneeskunde die later professionele gezondheidsverleners worden. Nochtans, sommige studies wijzen erop dat de empathie van studenten in geneeskunde kan verslechteren tijdens de bacheloropleiding en tijdens de klinische stageperiode. Dit artikel is bedoeld om de recente bevindingen te bekijken. Onderzoek in Pubmed en Scopus is uitgevoerd van augustus 2017 tot december 2017. 10 kernvragen zijn gesteld om ons onderzoek te leiden: Wat is empathie? Hoe wordt empathie gemeten? Hoe verandert empathie tijdens medische opleiding? Welke factoren kunnen empathie beïnvloeden: veroudering? Geslacht? Klinische training? Speciale keuze? Cultuur? Hoe kan empathie worden verbeterd? Dit artikel wordt afgesloten met enkele vooruitzichten voor verder onderzoek naar de empathie van studenten in geneeskunde.

Trefwoorden : *empathie, studenten in geneeskunde, Davis's Interpersonal Reactivity Index, Jefferson Scale of Empathy.*

INTRODUCTION

Having an appropriate empathy in health professionals is important because physician empathy is a central component of the doctor-patient interaction¹. Adequate physician

empathy is a critical factor in fostering patient-centred care² and in providing quality care to the patients³. **Table 1** draws up a non-exhaustive list of empathy's benefits on patients, physicians themselves and health care system. As

TABLE 1: A NON-EXHAUSTIVE LIST OF EMPATHY'S BENEFITS.

For patients	For physicians	For health-care system
<ul style="list-style-type: none"> ↗ satisfaction^{2,4,24} ↗ adherence to medical recommendations or regimens⁴ ↗ trust on physician^{8,24} ↗ self-efficacy²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ satisfaction^{1,24} ↗ quality of life^{1,4,8,24} ↗ clinical competence⁴ ↗ diagnostic accuracy⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ diagnostic somatoform disorders⁴
<ul style="list-style-type: none"> ↘ symptoms (e.g. lowering of blood pressure and blood glucose levels)^{2,4,28} ↘ anxiety⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ medico-legal risk⁴ ↘ burnout (anxiety and depression)^{1,4,8,24} 	<ul style="list-style-type: none"> ↘ diagnostic test expenditures⁴ ↘ health care costs⁴

can be observed, empathy in medicine and for patient care is important. However, some findings suggest that residency⁴ and medical schools may play a role in the decline of medical students' empathy⁵. More specifically, these findings suggest that the latter may deteriorate during undergraduate medical education⁵ and clinical training^{2,4}. Furthermore, research indicates that empathy level in physicians is lower than it should be⁴.

All those findings highlight the importance of research on medical students' empathy in health care policy. These papers may be beneficial to medical education system and admission policy².

Our article aims, among other, to review the recent findings over the supposed decline of undergraduate medical students' empathy and to discuss them. 10 key questions have been asked to guide our research: What is empathy? How is empathy measured? How does empathy change during medical curriculum? Which factors could influence empathy: aging? Gender? Clinical training? Specialty choice? Culture? How can empathy be enhanced? This review is ended with some prospects for further studies over medical students' empathy.

METHODOLOGY

This paper is a critical review and a reflection paper based on the analysis of 9 review articles. This paper focuses on undergraduate medical students.

Research was made from August 2017 to December 2017. The MeSh "Empathy" and "Medical Students" were used in Pubmed and Scopus. To be more exhaustive on the subject, research was extended to the terms "Culture AND medical students AND empathy" or "Aging AND empathy" or "Gender AND empathy" or "Empathy AND clinical training AND medical students", etc.

In addition to original papers which describe the different concepts and tools to assess empathy, we tried to focus on

recent studies that were published from 2007 to December 2017 for getting the newest findings on the topic.

WHAT IS EMPATHY?

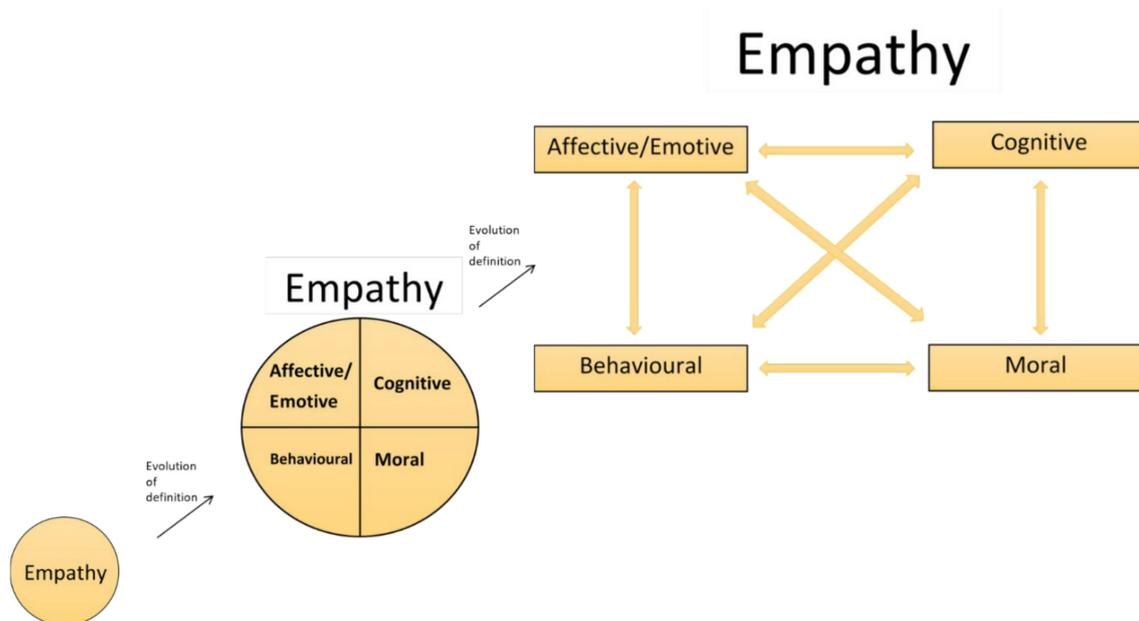
For a proper assessment of empathy levels among practitioners, the term "empathy" must be conceptualized. However, a theoretical definition of the term "empathy" has been a struggle for researchers in medical education^{6,7}.

In the past, "empathy" was widely defined as the ability to be sensitive, to identify another person's current feelings or mental state and the verbal skill to communicate this understanding in language which is attuned to the person's current feelings^{4,7,8}. Nowadays empathy is seen as a complex set of different components⁹. **Figure 1** illustrates the evolution of the definition of empathy.

Therefore, in this paper, four components¹⁰ of empathy are going to be discussed: (1) The emotive/affective component which is the ability to experience¹¹, imagine, appreciate and share a patient's psychological state or feelings⁴. It is defined as emotional resonance with patients. (2) The cognitive component which is the intellectual ability to identify, recognize and understand other's perspectives, emotions and experiences. It is often referred as seeing the world through the eyes of another. (3) The behavioural component which is the ability to communicate this understanding of the patient's perspectives, emotions and experience. (4) The moral component which is an altruistic behaviour, a motivation that pushes the individual to respond behaviourally and communicate a response that demonstrates the individual's understanding and desire to help the other.

Among these four dimensions of empathy, only the affective, cognitive and behavioural components are really studied in literature over medical students' empathy. The measurement of the moral component remains absent in medical education

FIGURE 1: EVOLUTION OF THE DEFINITION OF EMPATHY.



to our knowledge. In any case, this multidimensional (affective, cognitive and behavioural) view of empathy is supported by social neurosciences research¹².

Social neurosciences study the biological mechanisms underlying social interactions and process such as social cognition or social behaviour and empathy¹³. In social neurosciences studies, empathy is defined in terms of cognitive mechanisms (as the ability to distinguish between one’s self and other)¹². Moreover, in social neurosciences research, the behavioural component is seen as the manifestation of empathy¹². According to neuroimaging evidence, the affective component of empathy encompasses the activation of brain areas involved in awareness and emotion regulation (the medial cingular cortex and the anterior insular cortex)^{14,15}.

Social neurosciences also defend the model wherein there is an intrinsic interaction between the different components of empathy^{12,16-22} for example for decision making, for other evaluative process or for handling the affective aspects¹² (with emotions regulation).

HOW IS EMPATHY MEASURED?

With the difficulty to define “empathy” comes the difficulty to find appropriate assessment instruments¹². In fact, empathy has been measured from multiple perspectives²³ (self-report, other-report, observer-report). **Table 2** presents a non-exhaustive list of instruments for empathy assessment according to which components of empathy are considered.

As explained upper, empathy has been defined according to four different components. However, as already said, research in medical education often overlook one or several of these dimensions²⁴. To partially solve this problem, studies on empathy in medical students use two single self-report

instruments that integrate the two main components of “empathy”, affective and cognitive²⁴: (1) The Jefferson Scale of Empathy-Student Version (JSE-S)^{25,26} and (2) The Interpersonal Reactivity Index (IRI)²⁷. Indeed, other measures often lack adequate psychometric evidence²⁸. **Table 3** illustrates a comparison between JSE-S and IRI.

In the vast majority of studies on medical education, empathy was assessed by using self-report or other-report measures⁴. However, the behavioural aspect of empathy could be assessed more objectively by observation rather than by self-report questionnaires¹². Even though these self-report questionnaires examine the two main components of empathy, they fail to integrate the complexity of the notion such as the interaction between these two main components or to integrate the potential regulation of empathy in front of patients. They also fail to take into account the complex interactivity of social interactions in the empathy process. Moreover, Levenson and Ruef found that good empathic inference (when someone successfully infer other people’s thoughts and feelings²⁹) is higher when there is a synchronicity between individuals³⁰ (mentalizing and sensorimotor resonance³¹). None of the self-report questionnaires could emphasize this synchrony. Another way to measure empathy in further studies could be the triangulation method²⁴ which consists in the assessment of empathy both through self-report and patient-report questionnaires.

To sum up, the two problems which arise when assessing empathy: (1) there is a multiplicity of tools and (2) many questionnaires do not succeed in integrating the complex concept of “empathy”.

TABLE 2: NON-EXHAUSTIVE LIST OF INSTRUMENTS FOR EMPATHY ASSESSMENT REGARDING THE DIFFERENT EMPATHY COMPONENTS.

	Self-report (first person assessment)	Other-report (second person assessment)	Observer-report (third person assessment)
Cognitive component	Hogan Empathy Scale ⁷¹ IPIP ⁷⁴ IRI ²⁷ JSE-S ^{25,26} QCAE ⁷³	CARE ⁷⁵	
Affective component	IPIP ⁷⁴ IRI ²⁷ JSE-S ^{25,26} QCAE ⁷³ BEES ⁷²	CARE ⁷⁵	
Behavioural component		CARE ⁷⁵	FHCS ⁷⁶ OSCEs ⁷⁷
Moral component		CARE ⁷⁵	

Self-report (first person assessment): the assessment of empathy using standardized questionnaires completed by those being assessed. This perspective includes for example (1) the Hogan Empathy Scale⁷¹, (2) the Interpersonal Reactivity Index (IRI)²⁷, (3) The Jefferson Scale of Empathy-Student Version (JSE-S)^{25,26}, (4) the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)⁷², (5) the Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE)⁷³, (6) International Personality Item Pool (IPIP)⁷⁴.

Patient-report (second person assessment): the use of questionnaires given to patients to assess the empathy they experienced among their medical staff. This perspective includes for example the Consultation And Relational Empathy (CARE)⁷⁵.

Observer-report (third person assessment): the use of standardized assessments by an observer to rate empathy. This perspective includes for example (1) The Four Habits Coding Scheme (FHCS)⁷⁶ or the Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs)⁷⁷.

HOW DOES EMPATHY CHANGE DURING MEDICAL CURRICULUM?

Data in scientific literature has led to the persistent view that the level of empathy in medical students may decline during their studies⁵. At this moment, there is no clear conclusion about the evolution of medical students' empathy during their medical curriculum^{5,24}.

In fact, there is no systematic evidence that empathy declines because of medical education nor that medical education increases empathy²⁴. For example, when studies use the two most widely used empathy questionnaires, JSE-S and IRI, they reveal either a growth in empathy or non-significant variations⁵.

Ferreira-Valente *et al.* highlight the variety of conclusions when using different questionnaires on empathy as the JSE-S and IRI mentioned upper: on the one hand, the majority of studies which use the JSE-S reported empathy declines or statistically significant lower empathy scores in older students³²⁻³⁵, while three others studies which use the JSE-S reported an increase³⁶⁻³⁸, on the other hand, studies which use the IRI reported either increases^{39,40} or non-significant^{41, 42} differences in empathy level⁵. There are also significant differences between study's conclusions, depending on whether the study is cross-sectional or longitudinal: the predominant trend in cross-sectional studies was to show higher empathy scores in

later years or similar empathy scores across cohorts while the predominant trend in longitudinal studies was to show mixed results⁵.

Regarding the fact that empathy is considered as a complex concept encompassing several components which interact together, it would be reckless to summarize the trajectory of medical students' empathy as a simple decline (or increase). However, few studies really emphasize which aspect of empathy varies during medical education. One study showed for example that the behavioural component of students' empathy may increase during medical education¹⁶.

WHICH FACTORS COULD INFLUENCE EMPATHY?

The variation in medical students' empathy is clearly influenced by many factors. This study lists the most studied factors that may influence undergraduate medical students' empathy. Some are widely studied (such as gender or age), but the majority remain understudied. There is a critical need to clarify whether the following elements play any role in the trajectory of undergraduate medical students' empathy.

The potential factors that may influence empathy of medical students can be stated as follows: (1) gender, (2) aging^{1,24}, (3) culture, (4) clinical training, (5) career-specialty, (6) empathy

TABLE 3 : COMPARISON BETWEEN THE JEFFERSON SCALE OF EMPATHY-STUDENT VERSION (JSE-S) AND THE INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI) FROM CHEN ET AL. (2012)², QUINCE ET AL. (2016)²⁴ AND PERRAULT ET BUNGE (2016)⁷⁸.

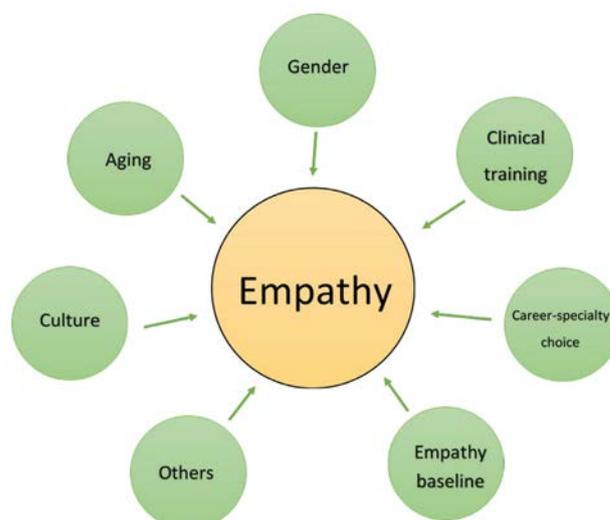
	JSE-S	IRI
Developed by	Hojat et al. ^{25,26}	Davis ²⁷
Target population	Health professionals in respect of patient-care situations	General population
Frequency of use among medical students	Highly widespread	Less widespread
Target components of empathy	Affective and cognitive	Affective and cognitive
Way to assess	Level of agreement on a seven-point Likert scale	Level of agreement on a five-point Likert scale
Number of items	20 items	28 items
Subcomponents	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perspective Taking, which assesses how much effort is put into understanding patient’s life experience. 2. Compassionate Care, which assesses the importance of emotions and emotional connection between the physician and the patient (during medical care). 3. Standing in the Patient’s Shoes, which assesses the ease with which one can adopt someone else’s perspective and to effectively “see through their eyes”. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perspective-Taking (IRI-PT), which assesses the subject’s tendency to adopt the point of view of others. 2. Fantasy (IRI-FS), which assesses the subject’s tendency to project oneself into the feelings and actions of fictional characters in fictional work. 3. Empathic Concern (IRI-EC), which assesses the subject’s other-oriented concerns and feelings of sympathy. 4. Personal Distress (IRI-PD), which measures the subject’s feelings of personal anxiety and unease in interpersonal situations.

baseline, (7) others, which are not going to be described in this paper, such as: student selection and increased class sizes, student background and lack of experience², student maturity, length of curriculum (extent and timing of clinical experience)²⁴. **Figure 2** presents the potential factors which may influence empathy.

DOES GENDER HAVE AN IMPACT ON EMPATHY?

When discussing factors of empathy, gender is generally the first element mentioned. It is well known that gender is a significant predictor of empathy. On the one hand, findings show that women have higher empathy scores than men² on self-report measures²⁴. For example, women score higher than men on each of the four subscales of IRI, especially on fantasy⁷. On the other hand, women are much more likely to express empathy for patients than their male colleagues².

FIGURE 2: POTENTIAL FACTORS THAT MAY INFLUENCE EMPATHY OF MEDICAL STUDENTS.



Women may have more caring attitudes toward their children and may be more receptive to emotions than males and this could lead females to better understand patients and to be more empathic with them³. Nevertheless, these observations are not causal and could be largely cultural. These observations could also be partially explained by a social bias whereby an empathic behaviour is valued among females. For example, when females answer empathy questionnaires, there might be responder biases because females believe they must be perceived as more compassionate towards others⁴³.

Despite evidence that female medical students record higher scores on self-report instruments measuring empathy, how both males' and females' empathy differs over time is not clearly elucidated yet²⁴. It can be suggested that (1) female students show greater stability in respect to their scores for "other-directed" empathy (IRI-EC and IRI-PT) than male students^{42,44}, (2) the highest levels of empathy observed among female students were consistent over time², (3) females' empathy scores were higher than males' at the beginning of the first year in medical school and at the end of first year in medical school, as well as at the end of third year¹. Although females' empathy level is significantly higher than men's, there are no gender-related differences in the evolution of empathy over time (women are just as likely to experience a decline)². Furthermore, some studies have found no gender-related differences among undergraduate medical students' empathy scores²⁴.

Even if gender may play a certain role in medical students' empathy level, this factor has not yet given objective evidence that it is a determinant of the evolution of undergraduate medical students' empathy over time.

DOES AGING HAVE AN IMPACT ON EMPATHY?

The nature of the link between age and empathy remains unclear. There are mixed and inconsistent results. On the one hand, Sun *et al.* (2017) studied the effects of age on the affective and the cognitive aspects of empathy using IRI. They observed that older adults underwent age-related deficits in cognitive empathy, but affective empathy increased with age⁴⁵. On the other hand, O'Brien *et al.* found that the variation in both IRI-EC and IRI-PT embraced an inverted U-shaped pattern evolving with age: middle-aged adults reported higher empathy levels than both younger and older adults⁴⁶.

Moreover, Quince *et al.* (2016) used both the IRI and JSE-S to compare graduate course entry medical students (students who had previously completed at least one degree) and standard entry course medical students (students who start curriculum of 5/6 years). These authors discovered that, (1) among the graduate course entry students, mean scores for JSE-S and IRI-PT were higher, (2) mean scores for IRI-PD were lower than standard entry course students at the beginning of either curriculum, (3) there was no difference in IRI-EC between graduate course entry and standard entry students. This study suggests that age alone doesn't explain this difference and suggests that graduate entry students make a more conscious choice of curriculum based on their life experiences compared

to standard entry course students²⁴.

In conclusion, age could play a role in the evolution of undergraduate medical students' empathy; however, it is hard to identify which specific trait is determinant (life experience, maturity, or some other factor).

DOES CLINICAL TRAINING INFLUENCE EMPATHY?

Clinical training may be the most relevant factor when analysing undergraduate medical students' empathy because it has been widely studied in many papers. The majority of studies report a significant decline in empathy during the course of medical training³. More specifically, the structure of clinical learning may be one factor which leads to a loss of empathy¹ among medical residents and medical students².

Studies agree on the fact that clinical training is a critical moment for the trajectory of medical students' empathy. Firstly, because empathy scores of students in preclinical years were higher than in clinical years when the JSE-S is used². Secondly, because students' empathy tended to increase over time during the second year of medical school and to decline afterwards². Moreover, a longitudinal study in a North American medical school⁴⁷ which used JSE-S reported decreasing scores of empathy occurring between the pre-clinical and clinical years of study⁵. Studies carried out in the UK⁴⁸, the USA⁴⁹, in Poland⁵⁰, in India⁵¹ and in Iran⁵² have come to the same conclusions. Thus, self-reported empathy decreases significantly between the students' third year of study and their first experience with a patient²⁸, during clinical years¹. These observations show that empathy during the basic sciences years may be greater than during the clinical years³.

Although it was proven that clinical clerkship causes a decline in students' empathy level, the specific factors hidden behind the long period of clinical training must be identified. A path to investigate could be all these things that happen to the medical students during their medical training and which affect their professionalism. These things are called (1) the formal curriculum (e.g., short length of stay of the patients^{4,28}, lack of formal empathy training⁴, etc.), (2) the informal curriculum (e.g., inadequate mentors/role models^{4,12,28}, inappropriate learning environment^{4,28}, etc.) and (3) the hidden curriculum or trainee distress³ (e.g., distress¹², mistreatment of student^{4,12,28}, high workload^{4,28}, social support problems²⁸, etc.).

The huge variation in outcomes over student's empathy level can be explained by the mechanisms which lead to an appropriate empathic response. If the cognitive component of empathy is considered, empathy has to be regarded as a skill and physicians or medical students could choose to be more or less empathetic according to the circumstances¹². In fact, cognitive mechanisms can help in handle the affective aspects of empathy in order to prevent the possible negative effects of an excessive empathy. For example, students may use the emotional recalibration as a self-protective mechanism⁵³. This illustrates the emotional distance and the clinical neutrality so useful for providing adequate care¹².

Overall, it is hard to clearly state that this factor is the one

which plays a central role in the modification of the trajectory of undergraduate medical students' empathy. However, clinical training and pre-clinical to clinical period transition remains a vast domain of investigation.

IS THE SPECIALTY CHOICE CONNECTED WITH EMPATHY LEVEL?

Some studies on medical students investigated specialty choice as a determinant of self-perceived empathy. Chen *et al.* categorized career-specialty into two groups²: (1) people-oriented specialties which encompasses internal medicine, family medicine, paediatrics, neurology, psychiatry and (2) technology-oriented specialties which encompasses surgery, radiology, radiation oncology, anaesthesiology. When empathy was assessed by JSE-S during the first four years in medical school, it was observed that students who wanted to practise technology-oriented specialties were strongly associated with lower levels of empathy, and students who wished practise people-oriented specialties was significantly related to higher levels of empathy^{2,28}. These observations are consonant with previous findings^{32,49,54,55}. Moreover, Hojat *et al.* found that psychiatrists, paediatricians, emergency physicians and family physicians had higher mean scores of empathy in the JSE than anaesthetists, orthopaedic surgeons, radiologists or neurosurgeons⁵⁶.

DOES CULTURE CHANGE EMPATHY?

This question may be raised, considering the fact that many studies over undergraduate medical students' empathy have been conducted in many different countries and led to different conclusions.

Some studies suggest that culture may have an impact on students' empathy level. To support this opinion, differences in medical students' scores for both the JSE-S and the IRI have been observed in different countries²⁴. On the one hand, studies in Japan³⁶, Portugal³⁷, the UK⁵⁷, Korea⁵⁸, the USA⁴⁰, Iran⁵⁰, Bangladesh⁵⁹, Croatia⁴¹, and Brazil⁶⁰ reported either no change or an increase in empathy. On the other hand, studies in the UK⁶¹, India⁵¹, the Caribbean³⁵, Iran⁵² and the USA⁴⁹ supported the view that empathy declined²⁴.

As can be seen, outcomes vary hugely from a country to another, even though they use the same empathy questionnaires. It must be noticed that the self-report questionnaires are not adapted to every culture, which makes it difficult to draw general conclusions from worldwide studies⁵. Preusche *et al.* suggest that social neurosciences and their view of empathy might help to understand the link between empathy outcomes and cultures¹².

Conclusions over the impact of culture and context remain uncertain⁵. The question of the intercultural validity of the questionnaires is not elucidated yet.

HOW CAN EMPATHY BE ENHANCED?

As written above, empathy is a critical factor in patient-centred care because it bolsters the physician-patient relationship. Additionally, empathy has been recognized to be beneficial to patients, physicians and the healthcare system. For these reasons, it seems reasonable to state that empathy should be cultivated among students and among all practicing physician² for a maintain of empathy level or for its improvement. If the risk of a decline of empathy is true, universities should incorporate evidence-based interventions into the curriculum and adopt some admissions policies that favours prospective students who empathize with patients, with the aim to moderate the decline of empathy in later years².

Furthermore, as suggested by Preusche *et al.*, the cognitive aspect of empathy may be perceived as a skill which can be improved through practice whereas the affective aspect of empathy is harder to modify because it is seen as more innate¹².

A number of educational interventions have been developed in order to counterbalance a potential decline in empathy² or maintain a steady level of empathy⁶². These techniques include:(1) the incorporation of clinical narrative or critical incident writing into the clinical curriculum⁶³, (2) classes on medically themed creative writing, literature and art⁶⁴, (3) journal writing⁶⁵ or reflecting writing⁶⁶, (4) drama or role play⁶⁷, using standardized patient scenarios in the medical education curriculum⁶⁸, (5) patient interview⁶⁹, (6) courses related to physician-patient interactions⁵, (7) communication skills workshops addressing the behavioural aspects of empathy⁷⁰ with the goal of improving the regulation of affective and cognitive components of empathy¹².

This opens possibilities for the future of medical education. However, educational interventions have had limited effects in terms of long-term efficacy⁴. Additionally, there is a lack of information concerning which components of empathy these interventions can enhance.

PROSPECTS FOR FURTHER STUDIES

Because studies mostly use assessment that merely focus on the cognitive and affective components, it remains unclear how the other dimensions of empathy might change⁵. Further research on medical students' empathy should examine its different dimensions, their impact, and what influences them in a clinical context²⁴. For example, knowing how students communicate their empathy (behavioural component) is also important⁵³. Further studies over empathy should emphasize the view of social neuroscience on empathy. Studies should consider the interaction between the affective and the cognitive components of empathy. In the assessment of empathy level, further papers should not forget the social interaction (in this case between medical students and patient) which plays a crucial role in the empathic response.

There is also large heterogeneity in study designs, which is disadvantageous when clarifying the research question.

For example, papers use different empathy questionnaires, they study different types of medical curriculum (lengths of undergraduate programs), they work with different methodologies (cross-sectional or longitudinal), they deal with different socio-demographic characteristics of participants (age, sex, socio-economic status)⁵. In fact, it would be beneficial for future research to adopt common methodological frameworks and study designs⁵. In regard to the use of different empathy questionnaires, further studies should establish a consensus about which measurement types should be used to evaluate empathy⁴, because various studies have conflicting results regarding the association between self-report and actual observed empathy².

As noted above, culture may play an important role in students' empathy level. With this in mind, further research is necessary to clarify whether findings about empathy development can be generalized across countries⁵. There is a particular need for more research on the topic by European medical schools²⁸.

Moreover, research should develop a better understanding of what influences empathy. Further studies should focus on theory-based investigations of the reasons for empathy decline²⁸ and should study how empathy can be developed and enhanced where appropriate. A particular attention should be paid to what factors influence medical students' empathy level during the pre-clinical to clinical transition (formal-informal-hidden curricula, emotion recalibration, detachment, emotional distance, etc.).

In summary, when researchers publish papers about medical students' empathy, it is difficult to analyse and compare their results because of some recurrent limits (e.g. self-report questionnaires on empathy do not reflect the complex concept of "empathy" with its four components, papers do not use a single design to lead the studies, etc.). **Table 4** illustrates all the recurrent limits of studies over medical students' empathy and attempts to offer potential alternatives to them.

TABLE 4 : RECURRENT LIMITS OF STUDIES OVER MEDICAL STUDENTS' EMPATHY AND POTENTIAL ALTERNATIVES.

Recurrents limits	Potential alternatives
<i>Empathy is sometimes hardly defined.</i>	Precisely define the term "empathy" with its multidimensional aspects.
<i>Studies focus essentially on the cognitive and affective components.</i>	Incorporate other components of empathy in the study (behavioural and moral components).
<i>Self-reporting questionnaires as IRI and JSE-S do not emphasize the complexity of empathy</i>	Adopt the social neurosciences' view of empathy. Studies should consider the interaction between the affective and the cognitive components of empathy. In the assessment of empathy level, further papers should not forget the social interaction which plays a crucial role in the empathic response ¹² . Use more objective ¹² and complex instruments to assess empathy accuracy (e.g. triangulation ²⁴ , neuroimaging ¹² , etc.).
<i>Papers do not use a single design to lead the studies.</i>	Adopt a consensus-based design of studies (e.g. same assessing instruments, same methodology, same medical curriculum, etc.) ⁵
<i>Outcomes vary from one study to another.</i>	Explain specifically which aspect of empathy changes during the medical curriculum ⁵ . Use appropriate assessment instruments corresponding to a single definition of empathy ¹² .
<i>Difficulties to generalize outcomes across countries</i>	Consider culture differences in the analysis of the outcomes.
<i>Specific theory-based investigations are lacking.</i>	Elaborate possible explanations or identification of reasons for change in empathy trajectory during the medical curriculum ²⁸ (e.g. formal-informal-hidden curricula, mechanism of empathic response, emotion recalibration, emotional distance, etc.).

CONCLUSION

Studies over undergraduate medical students' empathy become increasingly more numerous and have never been as useful as they are today because (1) empathy is a key element of the physician-patient relationship, (2) empathy is a critical factor in patient-centred care, (3) empathy presents benefits for patients, physicians and the health care system, (4) clear conclusions over the trajectory of empathy need to be drawn, (5) interventions to maintain empathy (or to enhance if it appears that empathy declines) in medical education are necessary. Efforts must be done to harmonize future research conclusions. However, at this moment, research on this topic has bright prospects.

REFERENCES

- Mahoney S, Sladek RM, Neild T. A longitudinal study of empathy in pre-clinical and clinical medical students and clinical supervisors. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):270.
- Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach.* 2012;34(4):305-11.
- Roche J, Harmon D. Exploring the Facets of Empathy and Pain in Clinical Practice: A Review. *Pain Practice.* 2017;17(8):1089-96.
- Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, *BMC Med Educ.* 2014;14:219.
- Ferreira-Valente A, Monteiro JS, Barbosa RM, Salgueira A, Costa P, Costa MJ. Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2017;22(5):1293-313.
- Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):136.
- Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *British Journal of Medical Psychology.* 1993;66:121-33.
- Hirsch EM. The Role of Empathy in Medicine: A Medical Student's Perspective. *Virtual Mentor.* 2007;9(6):423-7.
- Elliott R, et al. Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale, *Journal of Counseling Psychology.* 1982;29(4):379-87.
- Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch.* 1992;24(4):273-80.
- Bergstresser K. Empathy in medical students: exploring the impact of longitudinal integrated clerkship model. Ann Arbor: Marywood University; 2017.
- Preusche I, Lamm C. Reflections on empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2016;21(1):235-49.
- Cacioppo JT, Decety J. Social neuroscience: challenges and opportunities in the study of complex behavior. *Ann N Y Acad Sci.* 2011;1224:162-73.
- Lamm C, Decety J, Singer T. Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage.* 2011;54(3):2492-502.
- Fan Y, Duncan NW, de Greck M, Northoff G. Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):903-11.
- Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ.* 2017;51(11):1146-59.
- Decety J, Barta IB, Uzefovsky F, Knafo-Noam A. Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2016;371(1686):20150077.
- Decety J, Meidenbauer KL, Cowell JM. The development of cognitive empathy and concern in preschool children: A behavioral neuroscience investigation. *Dev Sci.* 2018;21(3):e12570.
- Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage.* 2010;50(4):1676-82.
- Shdo SM, Ranasinghe KG, Gola KA, Mielke CJ, Sukhanov PV, Miller BL, et al. Deconstructing empathy: Neuroanatomical dissociations between affect sharing and prosocial motivation using a patient lesion model. *Neuropsychologia.* 2018;116(Pt A):126-35.
- Cheng Y, Lin CP, Liu HL, Hsu YY, Lim KE, Hung D, et al. Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr Biol.* 2007;17(19):1708-13.
- Decety J. The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences.* 2015;3:1-6.
- Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007;7:24.
- Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2016;7:443-55.

25. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med.* 2002;77(10 Suppl):S58-60.
26. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement.* 2016;61(2):349-65.
27. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983;44(1):113-26.
28. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009.
29. Ickes W. Empathic accuracy: Its links to clinical, cognitive, developmental, social, and physiological psychology. In: Decety J and Ickes W. *The social neuroscience of empathy.* Cambridge, Massachusetts London: MIT Press ed; 2009:57-70.
30. Levenson RW, Ruef AM. Empathy: A physiological substrate. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(2):234-46.
31. Zaki J, Weber J, Bolger N, Ochsner K. The neural bases of empathic accuracy. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2009;106(27):11382-7.
32. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84(9):1182-91.
33. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M, Gray L, Pullon S, Gallagher P. How well do medical students rate and communicate clinical empathy? *Med Teach.* 2013;35(2):e946-51.
34. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ.* 2011;2:12-7.
35. Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ.* 2014;5:185-92.
36. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med.* 2009;84(9):1192-7.
37. Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2011;11:52.
38. Wen D, Ma X, Li H, Liu Z, Xian B, Liu Y. Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *BMC Med Educ.* 2013;13:130.
39. Handford C, Lemon J, Grimm MC, Vollmer-Conna U. Empathy as a function of clinical exposure--reading emotion in the eyes. *PLoS One.* 2013;8(6):e65159.
40. Toto RL, Man L, Blatt B, Simmens SJ, Greenberg L. Do empathy, perspective-taking, sense of power and personality differ across undergraduate education and are they inter-related? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(1):23-31.
41. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub.* 2015;27:S48-S52.
42. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ.* 2011;11:90.
43. Tracy LM, Giummarra MJ. Sex differences in empathy for pain: What is the role of autonomic regulation? *Psychophysiology.* 2017;54(10):1549-58.
44. Quince TA, Kinnersley P, Hales J, da Silva A, Moriarty H, Thiemann P, *et al.* Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ.* 2016;16:92.
45. Sun B, Luo Z, Zhang W, Li W, Li X. Age-related differences in affective and cognitive empathy: self-report and performance-based evidence. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* 2018;25(5):655-72.
46. O'Brien E, Konrath SH, Gruhn D, Hagen AL. Empathic concern and perspective taking: linear and quadratic effects of age across the adult life span. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(2):168-75.
47. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, *et al.* An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38(9):934-41.
48. Todres M, Tsimtsiou Z, Stephenson A, Jones R. The emotional intelligence of medical students: an exploratory cross-sectional study. *Med Teach.* 2010;32(1):e42-8.
49. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22(10):1434-8.
50. Kliszcz J, Hebanowski M, Rembowski J. Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Acad Med.* 1998;73(5):541.
51. Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VS, Bhat PS, Srivastava K, Prakash J, *et al.* Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Med J Armed Forces India.* 2014;70(2):179-85.
52. Shariat SV, Habibi M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. *Med Teach.* 2013;35(1):e913-8.
53. Teng VC, Nguyen C, Hall KT, Rydel T, Sattler A, Schillinger E, *et al.* Rethinking empathy decline: results from an OSCE. *Clin Teach.* 2017;14(6):441-5.
54. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med.* 2008;83(3):244-9.
55. Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, *et al.* Differences in medical students' empathy. *Acad Med.* 2000;75(12):1215.

56. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.
57. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care*. 2011;22(5):297-303.
58. Roh MS, Hahm BJ, Lee DH, Suh DH. Evaluation of empathy among Korean medical students: a cross-sectional study using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teach Learn Med*. 2010;22(3):167-71.
59. Mostafa A, Hoque R, Mostafa M, Rana MM, Mostafa F. Empathy in undergraduate medical students of bangladesh: psychometric analysis and differences by gender, academic year, and specialty preferences. *ISRN Psychiatry*. 2014;2014:375439.
60. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giava RR, *et al*. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014;9(4):e94133.
61. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ*. 2007;41(7):684-9.
62. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med*. 2013;88(8):1171-7.
63. Lichstein PR, Young G. "My most meaningful patient". Reflective learning on a general medicine service. *J Gen Intern Med*. 1996;11(7):406-9.
64. Shapiro J, Lie D. Using literature to help physician-learners understand and manage "difficult" patients, *Academic medicine : J Assoc Am Med Coll*. 2000;75(7):765-8.
65. Charon R. Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*. 2001;134(1):83-7.
66. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*. 2004;79(4):351-6.
67. Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach*. 2011;33(12):e663-9.
68. Hatem D, Ferrara E. Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing. *Patient Educ Couns*. 2001;45(1):13-22.
69. Mullen K, Nicolson M, Cotton P. Improving medical students' attitudes towards the chronic sick: a role for social science research. *BMC Med Educ*. 2010;10:84.
70. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.
71. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol*. 1969;33(3):307-16.
72. Mehrabian A. *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*, 1130 Alta Mesa Road, Monterey, CA: Albert Mehrabian; 1996.
73. Reniers RL, Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Vollm BA. The QCAE: a Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *J Pers Assess*. 2011;93(1):84-95.
74. Goldberg LR. International Personality Item Pool: A Scientific Collaboratory for the Development of Advanced Measures of Personality Traits and Other Individual Differences. *Bus Adm*. 2001:56.
75. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699-705.
76. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns*. 2006;62(1):38-45.
77. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975;1(5955):447-51.
78. Perrault F, Bunge L. Etude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie clinique des étudiants en 4e année de médecine: Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.

AUTEURS CORRESPONDANTS

PETERSON ADAM HENET

E-mail : peterson.henet@gmail.com

MARTIN DESSEILLES

E-mail : martin.desseilles@unamur.be

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique Effets indésirables pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

Spravato	PP 6% TVA incl.
28 mg solution pour pulvérisation nasale	en demande

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: SPRAVATO 28 mg, solution pour pulvérisation nasale. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE: Chaque dispositif pour pulvérisation nasale contient du chlorhydrate d'eskétagamine équivalent à 28 mg d'eskétagamine. FORME PHARMACEUTIQUE: Solution pour pulvérisation nasale.

Solution aqueuse transparente, incolore. Indications thérapeutiques: Spravato, en association à un ISRS ou un IRSN, est indiqué chez les adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère. Posologie et mode d'administration: La décision de prescrire Spravato doit être prise par un psychiatre. Spravato est destiné à être autoadministré par le patient sous la surveillance directe d'un professionnel de santé. Une séance de traitement consiste en une administration par voie nasale de Spravato et une période d'observation postadministration. L'administration et l'observation post-administration de Spravato doivent avoir lieu dans un cadre clinique approprié. Évaluation avant traitement: Avant l'administration de Spravato la pression artérielle doit être mesurée. Si la pression artérielle initiale est élevée, les risques d'augmentation à court terme de la pression artérielle ainsi que le bénéfice du traitement par Spravato doivent être pris en compte. Spravato ne doit pas être administré si une augmentation de la pression artérielle ou de la pression intracrânienne représente un risque grave. Les patients atteints d'une affection cardiovasculaire ou respiratoire cliniquement significative ou instable nécessitent des précautions supplémentaires. Chez ces patients, Spravato doit être administré dans un environnement où un équipement de réanimation approprié et des professionnels de santé ayant reçu une formation en réanimation cardiorespiratoire sont disponibles. Observation post-administration: La pression artérielle doit être réévaluée environ 40 minutes après l'administration de Spravato et par la suite si cliniquement nécessaire. En raison de la possibilité de sédation, de dissociation et d'augmentation de la pression artérielle, les patients doivent être suivis par un professionnel de santé jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme cliniquement stables et prêts à quitter l'établissement de santé. Posologie: Les recommandations posologiques pour Spravato sont fournies dans le Tableau 1 et le Tableau 2 (adultes \geq 65 ans). Il est recommandé de maintenir la dose reçue par le patient à la fin de la phase d'induction pendant la phase d'entretien. Les adaptations posologiques doivent être faites sur la base de l'efficacité et de la tolérance de la dose précédente. Pendant la phase d'entretien, la posologie de Spravato doit être individualisée à la fréquence la plus basse pour maintenir la rémission/réponse. Tableau 1 : Posologie recommandée pour Spravato chez les adultes < 65 ans: Phase d'induction: Semaines 1 à 4 : Dose initiale au jour 1 : 56 mg. Doses suivantes : 56 mg ou 84 mg 2 fois par semaine. Les signes indiquant un bénéfice thérapeutique doivent être évalués à la fin de la phase d'induction, afin de déterminer la nécessité de poursuivre le traitement. Phase d'entretien: Semaines 5 à 8 : 56 mg ou 84 mg une fois par semaine. À partir de la semaine 9 : 56 mg ou 84 mg toutes les 2 semaines ou une fois par semaine. La nécessité de poursuivre le traitement doit être régulièrement réexaminée. Tableau 2 : Posologie recommandée pour Spravato chez les adultes \geq 65 ans: Phase d'induction: Semaines 1 à 4 : Dose initiale au jour 1 : 28 mg. Doses suivantes : 28 mg, 56 mg ou 84 mg 2 fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. Les signes indiquant un bénéfice thérapeutique doivent être évalués à la fin de la phase d'induction, afin de déterminer la nécessité de poursuivre le traitement. Phase d'entretien: Semaines 5 à 8 : 28 mg, 56 mg ou 84 mg une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. À partir de la semaine 9 : 28 mg, 56 mg ou 84 mg toutes les 2 semaines ou une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. La nécessité de poursuivre le traitement doit être régulièrement réexaminée. Après l'amélioration des symptômes dépressifs, il est recommandé de maintenir le traitement pendant au moins 6 mois. Recommandations concernant la prise d'aliments et de boissons avant l'administration du traitement: Étant donné que certains patients peuvent avoir des nausées et des vomissements après l'administration de Spravato, il doit être conseillé aux patients de ne pas manger pendant au moins 2 heures avant l'administration et de ne pas boire de liquides pendant au moins 30 minutes avant l'administration. Corticoïdes par voie nasale ou décongestionnants par voie nasale: Il doit être conseillé aux patients ayant besoin d'utiliser un corticoïde nasal ou un décongestionnant nasal le jour d'une administration de ne pas prendre ces médicaments dans l'heure précédant l'administration de Spravato. Séance(s) de traitement manquée(s): Dans le cas où une ou deux séances de traitement sont manquées, la prochaine séance devrait être programmée au moment où la prochaine séance devait avoir lieu selon la fréquence de traitement actuelle. Si plus de 2 séances de traitement ont été manquées, un ajustement de la dose ou de la fréquence de Spravato peut être cliniquement approprié, selon le jugement clinique. Populations particulières: Patients âgés (65 ans et plus): Chez les patients âgés la dose initiale de Spravato est de 28 mg d'eskétagamine (jour 1, dose initiale, voir Tableau 2 cidessus). Les doses suivantes peuvent être augmentées par paliers de 28 mg jusqu'à 56 mg ou 84 mg, en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Insuffisance hépatique: Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère (classe A de Child Pugh) ou modérée (classe B de Child Pugh). Toutefois, la dose maximale de 84 mg doit être utilisée avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée. Spravato n'a pas été étudié chez des patients présentant une insuffisance hépatique sévère (classe C de Child Pugh). L'utilisation dans cette population n'est pas recommandée. Insuffisance rénale: Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère à sévère. Aucune étude sur les patients dialysés n'a été menée. Origine ethnique: Chez les patients d'origine japonaise, la dose initiale de Spravato est de 28 mg d'eskétagamine (jour 1, dose initiale, voir tableau 3). Les doses suivantes peuvent être augmentées par paliers de 28 mg jusqu'à 56 mg ou 84 mg, selon l'efficacité et la tolérance. Tableau 3: Posologie recommandée pour Spravato chez les adultes d'origine japonaise: Phase d'induction: Semaines 1 à 4 : Dose initiale au jour 1 : 28 mg. Doses suivantes : 28 mg, 56 mg ou 84 mg 2 fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. Les signes indiquant un bénéfice thérapeutique doivent être évalués à la fin de la phase d'induction, afin de déterminer la nécessité de poursuivre le traitement. Phase d'entretien: Semaines 5 à 8 : 28 mg, 56 mg ou 84 mg une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. À partir de la semaine 9 : 28 mg, 56 mg ou 84 mg toutes les 2 semaines ou une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. La nécessité de poursuivre le traitement doit être régulièrement réexaminée. Population pédiatrique: La sécurité et l'efficacité de Spravato chez les patients pédiatriques âgés de 17 ans et moins n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. L'utilisation de Spravato dans l'indication du traitement de la dépression résistante chez les enfants de moins de 7 ans n'est pas justifiée. Mode d'administration: Spravato est destiné à une utilisation nasale uniquement. Le dispositif pour pulvérisation nasale est un dispositif à usage unique qui délivre un total de 28 mg d'eskétagamine, en deux pulvérisations (une pulvérisation par narine). Pour éviter la perte de médicament, le dispositif ne doit pas être amorcé avant utilisation. Il est destiné à être administré par le patient sous la surveillance d'un professionnel de santé, en utilisant 1 dispositif (pour une dose de 28 mg), 2 dispositifs (pour une dose de 56 mg) ou 3 dispositifs (pour une dose de 84 mg), avec une pause de 5 minutes entre l'utilisation de chaque dispositif. Éternuement après l'administration. Si un éternuement survient immédiatement après l'administration, aucun nouveau dispositif ne doit être utilisé. Utilisation de la même narine pour 2 pulvérisations consécutives: En cas d'administration dans la même narine, aucun nouveau dispositif ne doit être utilisé. L'arrêt du traitement par Spravato ne nécessite pas de diminution progressive de la dose ; d'après les données issues des essais cliniques, le risque d'apparition de symptômes de sevrage est faible. Contre-indications: - Hypersensibilité à la substance active, la kétamine, ou à l'un des excipients; - Patients pour qui une augmentation de la pression artérielle ou de la pression intracrânienne constitue un risque grave; - Patients présentant une maladie vasculaire de type anévrisme (y compris des vaisseaux intracrâniens, thoraciques, ou de l'aorte abdominale, ou des artères périphériques); - Patients présentant des antécédents d'hémorragie intracérébrale, - Événement cardiovasculaire récent (dans les 6 semaines), y compris infarctus du myocarde (IDM). Effets indésirables: Résumé du profil de sécurité: Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients présentant une dépression résistante traités par Spravato étaient une sensation vertigineuse (30 %), des nausées (27 %), une dissociation (26 %), des céphalées (24 %), une somnolence (18 %), des vertiges (18 %), une dysgueusie (17 %), une hypoesthésie (11 %) et des vomissements (10 %). Liste des effets indésirables: Les effets indésirables rapportés avec l'eskétagamine sont listés dans le tableau cidessus. Au sein de chaque classe de systèmes d'organes, les effets indésirables sont listés par fréquence, en utilisant la convention suivante : très fréquent (\geq 1/10) ; fréquent (\geq 1/100 à < 1/10) ; peu fréquent (\geq 1/1 000 à < 1/100) ; rare (\geq 1/10 000 à < 1/1 000) ; très rare (< 1/10 000) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Classe de systèmes d'organes: Fréquence: Effet indésirable. Affections psychiatriques: Très fréquent: dissociation. Fréquent: humeur euphorique, agitation, anxiété, illusion, irritabilité, crise de panique, altération de la perception du temps, hallucinations y compris hallucinations visuelles, déréalisation. Affections du système nerveux: Très fréquent: sensation vertigineuse, céphalées, dysgueusie, somnolence, hypoesthésie. Fréquent: altération mentale, tremblements, léthargie, dysarthrie, paresthésie, sédation. Affections oculaires: Fréquent: vision trouble. Affections de l'oreille et du labyrinthe: Très fréquent: vertiges. Fréquent: hyperacousie, acouphène. Affections cardiaques: Fréquent: tachycardie. Affections vasculaires: Fréquent: hypertension. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: Fréquent: inconfort nasal, sécheresse nasale y compris crôtes nasales, prurit nasal. Affections gastrointestinales: Très fréquent: nausées, vomissements. Fréquent: bouche sèche, hypoesthésie buccale. Peu fréquent: hypersécrétion salivaire. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Fréquent: hyperhidrose. Affections du rein et des voies urinaires: Fréquent: pollakiurie, dysurie, urgence mictionnelle. Troubles génitiaux et anomalies au site d'administration: Fréquent: Sensation d'état anormal, sensation d'ébriété, sensation de modification de la température corporelle. Investigations: Fréquent: pression artérielle augmentée. Description d'effets indésirables sélectionnés: Dissociation: La dissociation (26 %) a été l'un des effets psychologiques les plus fréquents de l'eskétagamine. D'autres termes associés incluent une déréalisation (1,9 %), une dépersonnalisation (1,7 %), des illusions (1,5 %) et une distorsion temporelle (1,2 %). Ces effets indésirables ont été rapportés comme étant transitoires, autolimitants et survenant le jour de l'administration. La dissociation a été rapportée comme d'intensité sévère à une incidence inférieure à 4 % dans les études. Les symptômes de dissociation ont généralement disparu dans un délai de 1,5 heures après l'administration et une tendance à la diminution de la sévérité a été observée avec le temps lors de traitements répétés. Sédation/Somnolence: Les effets indésirables de type sédation (9,1 %) et somnolence (18,0 %) étaient principalement de sévérité légère ou modérée, survenant le jour de l'administration et disparaissant spontanément le jour même. Les effets sédatifs disparaissent généralement dans un délai d'1,5 heures après l'administration. Les taux de somnolence ont été relativement stables dans le temps lors d'un traitement à long terme. Dans les cas de sédation, il n'a pas été observé de symptômes de détresse respiratoire et les paramètres hémodynamiques (incluant les signes vitaux et la saturation en oxygène) sont restés dans les limites de la normale. Modifications de la pression artérielle: Lors des essais cliniques, les augmentations de la pression artérielle systolique et de la pression artérielle diastolique (PAS et PAD) au fil du temps étaient d'environ 7 à 9 mmHg pour la PAS et d'environ 4 à 6 mmHg pour la PAD 40 minutes après l'administration, et de 2 à 5 mmHg pour la PAS et de 1 à 3 mmHg pour la PAD 1,5 heures après l'administration chez les patients recevant Spravato et des antidépresseurs oraux. La fréquence des élévations de pression artérielle nettement anormales de la PAS (augmentation de \geq 40 mmHg) allait de 8 % (< 65 ans) à 17 % (\geq 65 ans) et de la PAD (augmentation de \geq 25 mmHg) allait de 13 % (< 65 ans) à 14 % (\geq 65 ans) chez les patients recevant de l'eskétagamine et un antidépresseur par voie orale. L'incidence des augmentations de la PAS (\geq 180 mmHg) était de 3 % et celle des augmentations de la PAD (\geq 110 mmHg) était de 4 %. Troubles cognitifs et troubles de la mémoire: Des troubles cognitifs et des troubles de la mémoire ont été rapportés lors de l'utilisation prolongée de kétamine ou d'abus du médicament. Ces effets n'ont pas augmenté au cours du temps et étaient réversibles après l'arrêt du traitement par la kétamine. Lors des essais cliniques menés à long terme, l'effet de la pulvérisation nasale d'eskétagamine sur le fonctionnement cognitif a été évalué au fil du temps et les performances cognitives sont restées stables. Symptômes des voies urinaires: Des cas de cystite interstitielle ont été rapportés lors d'une utilisation quotidienne et prolongée de la kétamine à des doses élevées. Dans les études cliniques portant sur l'eskétagamine, aucun cas de cystite interstitielle n'a été observé, toutefois un taux plus élevé de symptômes des voies urinaires inférieures (pollakiurie, dysurie, urgence mictionnelle, nycturie et cystite) a été observé chez les patients traités par eskétagamine par rapport aux patients prenant le placebo. Déclaration des effets indésirables suspectés: La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, Boîte Postale 97, B-1000 Bruxelles Madou, Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be Luxembourg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy, Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB), CHRU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan, 54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, Tél : (+33) 3 83 65 60 85 / 87, Fax : (+33) 3 83 65 61 33, E-mail : crpv@cchu-nancy.fr Ou Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments, Allée Marconi – Villa Louvigny, L-2120 Luxembourg, Tél. : (+352) 2478 5592; Fax : (+352) 2479 5615, E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu, Lien pour le formulaire: <http://www.sante.public.lu/fr/politique-sante/ministere-sante/direction-sante/div-pharmaciemedicaments/index.html> TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ: JanssenCilag International NV, Turnhoutseweg 30, B2340 Beerse, Belgium. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ: EU/1/19/1410/001 (boîte contenant 1 dispositif pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/002 (boîte contenant 2 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/003 (boîte contenant 3 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/004 (boîte contenant 6 dispositifs pour pulvérisation nasale). MODE DE DELIVRANCE: Médicament soumis à prescription médicale. DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION: 18/12/2019. Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

© Janssen-Cilag NV – CP-145640 – 19-mar-2020 – w/er Luc Van Oevelen, Antwerpseweg 15-17, 2340 Beerse



Un nouveau pas dans le traitement de vos patients atteints de trouble dépressif résistant au traitement (TDR)

Spravato offre, pour la première fois en 30 ans, un nouveau mécanisme d'action permettant de cibler le récepteur du glutamate.*^{SPC,HAR,HIL,WHI,AGO,MIR}

Ceci assure aux patients une efficacité prolongée rapide.**^{POP,DAL}



Peut déjà agir après **24 heures**^{POP}



Réduction de 70 % du risque de rechute^{†DAL} chez les patients qui étaient des répondeurs stables à la semaine 16 vs. placebo[‡]



Administration unique en **spray nasal**^{SPC} en cas de dépression

Spravato, en association avec un ISRS ou un IRSN, est indiqué chez les adultes atteints d'un trouble dépressif résistant au traitement qui n'ont pas répondu à au moins deux traitements antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère.^{SPC}

* À la suite du développement et de l'approbation de l'ISRS fluoxétine en 1987, les traitements autorisés (dont les antidépresseurs « atypiques » tels que la mirtazapine, l'agomélatine etc.) se sont soit focalisés sur le système monoaminergique, soit ont continué à exercer au moins un certain effet sur ce système.^{†AL,HAR,HIL,MIR,WHI} ** TRANSFORM-2 : critère d'évaluation principal. Évalué sur la base de la différence du score total de MADRS entre le groupe avec SPRAVATO + AD oral et ceux avec un placebo spray nasal + AD oral au jour 28 ; p=0,02.^{POP} SUSTAIN-1 : critère d'évaluation secondaire. La poursuite du traitement par SPRAVATO a prolongé de manière significative le temps de rechute par rapport au passage au spray nasal placebo ; p=0,003 et <0,001, respectivement, chez les patients ayant une rémission stable et une réponse stable.^{‡DAL} † Tel que mesuré par le score total MADRS - L'efficacité à 24 heures n'était pas un critère d'évaluation dans l'étude TRANSFORM-2.^{POP} ‡ Critère d'évaluation secondaire.^{DAL} ‡ Une réponse stable était définie par l'obtention par les patients d'une réduction du score MADRS total de ≥50 % depuis la référence au cours des deux dernières semaines de la phase d'optimisation, mais sans atteindre les critères de rémission stable. La rémission stable a été définie comme un score MADRS total de ≤12 pendant au moins 3 des 4 dernières semaines de la phase d'optimisation, avec une seule absence de score MADRS total ou être >12 dans les semaines 13 ou 14, et ≤12 dans les semaines 15 et 16.^{DAL}

