

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

Gérald Deschietere<sup>(1)</sup>, Alain Luts<sup>(1)</sup>, Wolfgang Schuller<sup>(1)</sup>, Jean-Philippe Heymans<sup>(1)</sup>, Nausica Germeau<sup>(1)</sup>, Geneviève Cool<sup>(2)</sup>, Philippe de Timary<sup>(1)</sup>, Laurie Nizet<sup>(1)</sup>

## The impact of the pandemic on psychiatry: did we step into war psychiatry?

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

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 questionnaire 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.

## 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<sup>1</sup> ou d'hyperactivité chez l'enfant<sup>2</sup>. Parfois, dans des articles

d'épidémiologie psychiatrique, est posée l'hypothèse du lien entre des épidémies de grippe et la survenue de troubles schizophréniques<sup>3</sup>. Récemment la psychiatrie fut convoquée pour évoquer l'épidémie d'overdose liée aux produits morphiniques aux USA<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup> 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<sup>6</sup> 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<sup>7</sup>.

## 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 atermoiements 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<sup>8</sup>, priorisation des soins à prodiguer tels que le stipulaient les recommandations des instances publiques<sup>9</sup>. 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 aiguë. 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 aiguë 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 aigüe 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<sup>10</sup> 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<sup>11</sup>, 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<sup>12,13</sup>, 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, débriefing 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<sup>14</sup>.

## 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<sup>15</sup>, 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 pallier 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 repensé 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 psychiatriques 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<sup>16</sup>. 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 ».<sup>17</sup> 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.

## 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.

## AFFILIATIONS

Cliniques universitaires Saint-Luc, B-1200 Bruxelles

1. Service de psychiatrie adulte
2. Service de psychologie

## CORRESPONDANCE

Dr. GÉRALD DESCHIETÈRE  
Cliniques universitaires St-Luc  
Service de psychiatrie adulte  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles - Belgique  
[gerald.deschietere@uclouvain.be](mailto:gerald.deschietere@uclouvain.be)