

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

23 septembre 2020

707

PSYCHIATRIE

COVID-19 ET SANTÉ MENTALE

Covid-19 et psychiatrie: ouverture en urgence d'une unité de cohortage

Psychiatrie, périnatalité et petite enfance

Crise psychique: intérêts et nécessité des soins à domicile

Lumière – obscurité et trouble bipolaire

Psychothérapie assistée par des psychédéliques

Agitation aiguë chez l'adulte: algorithme de traitement psychopharmacologique

Hypnose en médecine d'urgence

Maladies chroniques et populations vulnérables: vision d'avenir

Groupes d'échange de pratique: «*training or treatment*»?

Groupe META (médecins de famille): intelligence artificielle, algorithmes et scores

L'intelligence artificielle remplacera-t-elle le médecin de famille?

Volume 16, 1729-1780

ISSN 1660-9379



RMS

DC:0-5™

Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance

ZERO TO THREE

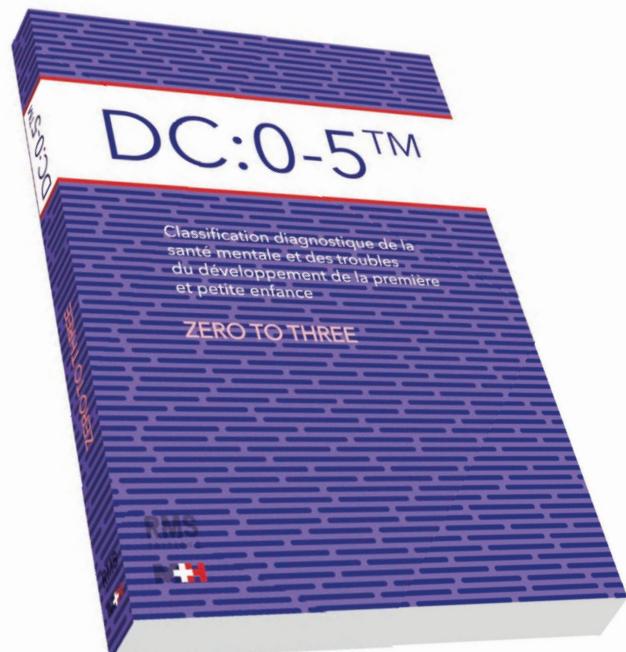
Traduction de Patrick Perret

240 pages

65 CHF, 59 €

16.5 x 23.5 cm

ISBN : 9782880494582



DC:0-5™

Bien que les troubles de la santé mentale restent moins étudiés chez les enfants en bas âge que chez les enfants plus âgés, les adolescents ou les adultes, la recherche auprès de cette population très spécifique est en plein essor.

Couvrant désormais les cinq premières années de vie au lieu de trois précédemment, cette nouvelle édition, qui succède à DC : 0-3, préserve les aspects fondamentaux du système diagnostique tout en incluant les nouvelles données issues de la recherche clinique.

DC : 0-5 améliore encore la capacité du professionnel à prévenir, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé mentale dès les premières années en identifiant et en décrivant les troubles non traités dans d'autres systèmes de classification, ouvrant ainsi la voie à des approches d'intervention efficaces.

Deux nouveaux tableaux cliniques notamment sont proposés : le Trouble précoce atypique du spectre de l'autisme et le Trouble de suractivité de la petite enfance. Deux tableaux très spécifiques de la petite enfance y sont de plus désormais décrits : la Dysrégulation de la colère et de l'agressivité de la petite, et les Pleurs

COMMANDE

Je commande :

 ex. de DC:0-5™

CHF 65.- / 59 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

En ligne : boutique.revmed.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, fax : +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

23 septembre 2020

707

ÉDITORIAL

- 1731 Covid-19 et santé mentale. *J.-M. Aubry*

PSYCHIATRIE

- 1733 Covid-19 et psychiatrie: ouverture en urgence d'une unité de cohortage à la Clinique psychiatrique de Genève. *A. Maiorano, S. Kaiser, L. Vigna et O. Dorsaz*
- 1737 Réorganisation d'un service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le domaine «Périnatalité et petite enfance». *M. Morisod Harari, D. S. Schechter, J. Despars, A. Yersin, O. Sidiropoulou, E. Villard et K. J. von Plessen*
- 1741 Intérêts et nécessité du renfort des soins à domicile dans le cadre des situations de crise psychique. Le résultat d'une politique de santé publique forte. *E. Gillès De Pélichey, H. Verloo, J. Gasser et S. Monod*
- 1745 Lumière – obscurité et trouble bipolaire. *F. Jermann, H. Richard-Lepouriel et J.-M. Aubry*
- 1748 Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles. *G. Thorens et D. Zullino*
- 1751 Agitation aiguë chez l'adulte: proposition d'un algorithme de traitement psychopharmacologique. *S. Crettol Warre, N. Ansermot, G. Sibailly, F. Vandenberghe, C. Grandjean, B. Teixeira Robalo, S. Fassassi Gallo, J. Thonney, A. Solida-Tozzi, P. Conus et C.-B. Eap*
- 1752 Résumés des articles
- 1756 QCM d'autoévaluation

MÉDECINE D'URGENCE

- 1757 Hypnose en médecine d'urgence: bousculons nos habitudes! *T. Schmutz, V. Ribordy, P. Aïm, C. Pham-Dinh, F. Braun et N. Guler*

DIABÈTE

- 1763 Maladies chroniques et populations vulnérables: état des lieux et vision d'avenir. *A. Georges, L. Chinet et I. Hagon-Traub*

FORMATION

- 1767 Groupes d'échange de pratique: «training or treatment»? *R. Larribau, K. Tzartzas et O. Pasche*

GROUPE META

- 1771 **Éditorial.** Intelligence artificielle, algorithmes et scores: qu'en font (feront) les médecins de famille? *N. Senn*

- 1772 L'intelligence artificielle remplacera-t-elle le médecin de famille? *N. Senn, C. Cohidon, A. Michaud, F. Pilet et D. Cerqui*

AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

- 1774 Les considérables disparités nationales de la pratique de la césarienne. *J.-Y. Nau*

POINT DE VUE

- 1776 Dans les brouillards de l'hydroxychloroquine (6). *J.-Y. Nau*

EN MARGE

- 1778 Miscellanées vaccinales et africaines, coronavirales et «liberticides». *J.-Y. Nau*

ACTUALITÉ

- 1775 **Carte blanche.** Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien... *B. Schaad*

- 1776 **Lu pour vous.** Absence de bénéfice de l'acide tranexamique dans les saignements digestifs. *L. D. Choi-Toche*

POLITIQUE DE SANTÉ

- 1779 46,5% des conseillers nationaux ne portent pas de masque au Parlement

BLOC-NOTES

- 1780 Masque, Covid et liberté. *B. Kiefer*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Pr Jean-François Balavoine
Directeur: Dr Bertrand Kiefer

RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints:
Dr Gabrielle de Torrenté de la Jara,
Pr Alain Péoud et Dr Pierre-Alain Plan
Rédacteurs: Marina Casselyn et

Michael Balavoine
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.),
Joanna Szymanski et Dominique Baud
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
et Jeanine Rampon
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web:
Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse:
Frédéric Michiels (resp.),
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

(version imprimée + internet + iPad)
Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse (CHF):
individuel: 195.-;
médecins assistants: 130.-;
étudiants: 75.-;
institutionnel: 268.- par an
(version imprimée)
Etranger (CHF): individuel: 286.-; méde-
cins assistants et étudiants:
198.-; institutionnel: 349.- par an
Institutions (accès électronique)
en Suisse et à l'étranger: contacter
pub@medhyg.ch

Organe officiel de la Société médicale

de la Suisse romande (www.smsr.ch)

Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale

La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexé dans:

- MEDLINE/PubMed
- EMBASE/Excerpta Medica
- EMcare
- Scopus

Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch

planète santé

Information santé
grand public



Auteur

Brent A.Bauer

Préface de

Pierre-Yves Rodondi

Traduit de l'anglais par

Virginie Barral

Prix

CHF 24.- / 24 €

341 pages, 15 x 22 cm

ISBN 9782889410750

© 2020

Guide de médecine intégrative de la Clinique Mayo

Quand la médecine conventionnelle s'allie à la médecine complémentaire

Médecines douces et médecine conventionnelle ne sont plus inconciliables, dans les faits comme dans les mentalités. La volonté de vivre mieux au quotidien, en bonne santé mais aussi malgré la maladie, incite de plus en plus de personnes à combiner les médecines dites naturelles et les traitements conventionnels comme les médicaments ou la chirurgie. Ce mouvement, appelé « médecine intégrative », est suivi par de nombreux médecins et de plus en plus d'hôpitaux.

Dans ce guide, la Clinique Mayo offre tout son savoir-faire concernant les méthodes de relaxation et les bienfaits de l'hypnose ou de la méditation ; la bonne utilisation des plantes et des compléments alimentaires ; les effets de l'ostéopathie, de l'acupuncture comme de la massothérapie ; et bien d'autres pratiques encore.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

..... ex. Guide de médecine intégrative
de la Clinique Mayo

Frais de port 3.- pour la Suisse, offerts dès 30.-
Autres : 5 €

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail :
livres@planetesante.ch Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène



Articles publiés
sous la direction de

JEAN-MICHEL AUBRY
Chef de département

Service des
spécialités
psychiatriques
Département de
psychiatrie
HUG, Genève

JACQUES GASSER
Chef de département

Institut de
psychiatrie légale
Département de
psychiatrie
CHUV, Lausanne

Covid-19 et santé mentale

Pr JEAN-MICHEL AUBRY

La pandémie inattendue du Covid-19 qui a des effets multiples et parfois très graves sur la santé physique des sujets infectés a également des effets délétères sur la santé mentale des populations exposées.

Le stress chronique lié à la pandémie, à ses incertitudes et aux mesures sanitaires mises en place par les gouvernements a eu et va encore provoquer de nombreux effets dommageables au plan psychique. L'anxiété générée par cette pandémie affecte la population générale mais plus encore les sujets souffrant déjà d'un trouble psychique. La crainte de tomber gravement malade ou qu'un proche contracte la maladie, les mesures de confinements et les incertitudes majeures concernant le futur sont génératrices d'anxiété et de dépression.¹ De plus, les troubles anxieux déjà présents avant la pandémie peuvent également être exacerbés par le contexte sanitaire.

Les patients âgés avec un trouble psychique et suivis en ambulatoire représentent un groupe particulièrement vulnérable du fait de la mortalité élevée à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2 et des difficultés liées aux consultations à distance. L'isolement relatif préconisé pour minimiser les risques d'infections a induit chez une majorité de sujets âgés un sentiment d'exclusion et de stigmatisation injustifiée.

Pour les professionnels de la santé en milieu somatique largement exposés et de manière prolongée aux patients hospitalisés et infectés par le SARS-CoV-2, les risques d'épuisements physiques et psychiques sont particulièrement élevés et représentent un défi majeur pour l'organisation et le fonctionnement des systèmes de soins. Les filières médico-soignantes en psychiatrie ont été généralement moins exposées mais ont également dû faire face à des changements majeurs de pratiques et gérer le stress et l'anxiété liés aux risques d'infections sur les lieux de travail, particulièrement en milieu hospitalier.

L'ISOLEMENT RELATIF A INDUIT UN SENTIMENT D'EXCLUSION ET DE STIGMATISATION INJUSTIFIÉ

En ambulatoire, la pandémie a également imposé un changement abrupt de pratique avec le remplacement des entretiens en présentiel par la télémédecine qui, malgré certaines contraintes et ajustements nécessaires, se révèle également d'une grande richesse.² Pour les patients n'ayant pas accès à un smartphone ou un ordinateur, cela s'est par contre traduit par des consultations téléphoniques qui ne

peuvent remplacer que temporairement les entretiens habituels. Si les consultations par télémédecine ont permis de garder le lien thérapeutique et de poursuivre les soins avec les patients, les limites de cette approche se sont également manifestées, notamment avec les patients souffrant de psychoses pour qui une majorité d'entretiens présentiels semblent nécessaires à une bonne collaboration au traitement.

L'introduction d'un traitement pharmacologique lors d'entretiens par télémédecine peut également représenter un obstacle pour certains patients.³

Les mesures sanitaires telles que le confinement afin d'enrayer la progression de l'épidémie ont également des effets collatéraux néfastes. Ainsi, les violences domestiques envers les femmes et les enfants ont augmenté à travers le monde pour les populations confinées.⁴

Par ailleurs, la crise économique mondiale engendrée par la pandémie de Covid-19 aura inévitablement des effets durables sur la santé mentale des populations. Comme pour les crises économiques majeures des dernières décennies,⁵ la récession due à la pandémie actuelle aura un impact notable sur la prévalence d'insomnies, de consommation d'alcool, d'anxiété, de dépression et de comportements suicidaires.

Le soutien que pourront apporter les filières de soins en santé mentale sera en première ligne pour prévenir, soigner et accompagner les patients et leurs proches pendant ces périodes de remise en question sociétale.

Bibliographie

1

Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur Psychiatry 2020;63:e32.

2

Michaud L, Stiefel F, Gasser J. La psychiatrie face à la pandémie : se réinventer sans se perdre. Rev Med Suisse 2020;16:855-8.

3

Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, et al. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. Psychiatry Res 2020;289:113069.

4

Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020;14:20.

5

Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2016;266:89-124.

Résumés

Rev Med Suisse 2020; 16: 1745-7

Lumière – obscurité et trouble bipolaire

F. Jermann, H. Richard-Lepouriel et J.-M. Aubry

Le rythme circadien généré par l'horloge biologique structure le fonctionnement de l'être humain sur une période de presque 24 heures. Cette horloge est quotidiennement «mise à l'heure» par des synchroniseurs internes et externes parmi lesquels la lumière est la plus puissante. Plusieurs perturbations tant cliniques que biologiques observées chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire sont évocatrices d'un dérèglement du rythme circadien. Ainsi, des traitements permettant de moduler l'horloge biologique ont été développés. Actuellement, les résultats de la luminothérapie ne sont pas unanimes et cela nous invite à mieux préciser les modalités du traitement. La thérapie par l'obscurité est une intervention prometteuse, peu étudiée et ouvre donc de belles perspectives de recherche.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1737-40

Réorganisation d'un service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Le domaine «Périnatalité et petite enfance»

M. Morisod Harari, D. S. Schechter, J. Despars, A. Yersin, O. Sidiropoulou, E. Villard et K. J. von Plessen

Cet article présente la mise en place d'une filière de soins pour la prise en charge des situations de psychiatrie périnatale au sein du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui prend place dans le cadre de la départementalisation de ce service. Cette filière de soins comprend des prises en charge de liaison, en ambulatoire et en hôpital de jour, et s'étend de la période prénatale aux 5 ans de l'enfant, en se focalisant sur les aspects relationnels parents-bébé mais également sur l'enfant en tant qu'individu. Les différents lieux de prise en charge sont présentés et chacun de leur mode de fonctionnement est décrit. Cet article insiste sur l'importance capitale d'une articulation et d'une collaboration étroite entre les différents lieux de prise en charge afin d'assurer la meilleure continuité possible des soins pour les patients et leur famille en favorisant au maximum l'alliance thérapeutique.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1748-50

Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles

G. Thorens et D. Zullino

Un regain d'intérêt est constaté pour l'usage des psychédéliques dans le traitement des addictions. Le mode d'action des psychédéliques pourrait être expliqué par l'effet addictolytique de la substance ou par un effet amplificateur d'un vécu d'une expérience unique. Si des études manquent sur les effets addictolytiques intrinsèques des psychédéliques, la recherche fondamentale met en évidence une augmentation de la neurogenèse dans le cortex préfrontal. Chez l'homme, l'efficacité pourrait être expliquée par l'intensité de l'expérience vécue. Si l'aspect purement expérimentiel est la clé de l'efficacité du traitement, cela renforce l'idée que les psychédéliques agissent comme renforçateurs de l'expérience psychothérapeutique par une exposition à des stimuli internes intenses et inhabituels.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1741-4

Intérêts et nécessité du renfort des soins à domicile dans le cadre des situations de crise psychique

Le résultat d'une politique de santé publique forte

E. Gillès De Pélichy, H. Verloo, J. Gasser et S. Monod

Avec l'augmentation constante de l'espérance de vie et le développement des maladies chroniques, la Direction générale de la santé du canton de Vaud a développé un dispositif communautaire de renforcement des soins pour les résidents en situation de crise psychique. Cette prise de position forte a permis la réalisation d'un projet ambitieux, dans une optique de *care management* en psychiatrie de l'âge avancé, impliquant les partenaires du réseau de soins et favorisant la prise en soins sur le lieu de vie de l'individu. Ce projet a permis d'élaborer des recommandations quant au renforcement des soins communautaires et ambulatoires, afin de lutter contre le recours systématique à l'hospitalisation, et l'augmentation de la dépendance fonctionnelle des âgés au sortir de l'hôpital.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1733-6

Covid-19 et psychiatrie: ouverture en urgence d'une unité de cohortage à la Clinique psychiatrique de Genève

A. Maiorano, S. Kaiser, L. Vigna et O. Dorsaz

Devant la vitesse de propagation de la pandémie due au nouveau coronavirus, une réorganisation des systèmes de santé a été nécessaire. De nombreuses questions se sont posées quant à la spécificité de la psychiatrie dans cette situation exceptionnelle. À Genève, le département de psychiatrie a pris la décision d'ouvrir une nouvelle unité de cohortage pour ses patients contaminés. Outre le défi du délai court pour la mettre en place, nous avons été confrontés à celui de prendre en charge une patientèle hétérogène et de devoir appliquer des mesures de protections avec lesquelles nous étions peu familiers, chronophages. Le recrutement de l'équipe sur une base volontaire, un encadrement très présent, la disponibilité du matériel de protection et le soutien du service prévention et contrôle de l'infection ont permis un bon fonctionnement de l'unité.

Rev Med Suisse 2020; 16: 1751-5

Agitation aiguë chez l'adulte: proposition d'un algorithme de traitement psychopharmacologique

S. Crettol Wavre, N. Ansermet, G. Sibaily, F. Vandenberghe, C. Grandjean, B. Teixeira Robalo, S. Fassassi Gallo, J. Thonne, A. Solido-Tozzi, P. Conus et C.-B. Eap

Le traitement aigu de l'agitation en psychiatrie fait partie des situations urgentes pour lesquelles des recommandations de prise en charge sont nécessaires. Diverses recommandations internationales existantes ont été évaluées et adaptées à notre pratique clinique ainsi qu'aux médicaments disponibles en Suisse afin de proposer une stratégie de prise en charge uniformisée au sein de notre hôpital. Cette stratégie inclut un algorithme de choix de traitement avec différentes options selon la situation clinique et la voie d'administration possible. Des recommandations de doses pour les voies orale et intramusculaire, certains paramètres pharmacocinétiques, ainsi que les risques d'interactions et des mises en garde importantes figurent également dans cette recommandation clinique.

Covid-19 et psychiatrie: ouverture en urgence d'une unité de cohortage à la Clinique psychiatrique de Genève

Dre ALESSANDRA MAIORANO^a, Pr STEFAN KAISER^b, LAURENCE VIGNA^a et Dre ORIANNE DORSAZ^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 1733-6

Devant la vitesse de propagation de la pandémie due au nouveau coronavirus, une réorganisation des systèmes de santé a été nécessaire. De nombreuses questions se sont posées quant à la spécificité de la psychiatrie dans cette situation exceptionnelle. À Genève, le département de psychiatrie a pris la décision d'ouvrir une nouvelle unité de cohortage pour ses patients contaminés. Outre le défi du délai court pour la mettre en place, nous avons été confrontés à celui de prendre en charge une patientèle hétérogène et de devoir appliquer des mesures de protections avec lesquelles nous étions peu familiers, chronophages. Le recrutement de l'équipe sur une base volontaire, un encadrement très présent, la disponibilité du matériel de protection et le soutien du service prévention et contrôle de l'infection ont permis un bon fonctionnement de l'unité.

COVID-19 and psychiatry: urgent opening of a cohort ward at Geneva's psychiatric hospital

Due to the rapid spread of the novel coronavirus pandemic, a reorganization of the health care sector was needed. Many questions arose concerning the specificity of psychiatric care in this unprecedented situation. In Geneva, Switzerland, the department of psychiatry decided to open a new ward for its infected patients. Beyond the challenge of setting it up quickly, we faced the challenges of taking care of a heterogeneous group of patients and of incorporating protection measures we were not accustomed to, which add a significant amount of time to the daily care of patients. The staff recruitment on a voluntary basis, close supervision, availability of the personal protective material as well as support from the infection prevention and control unit have enabled proper functioning of the ward.

INTRODUCTION

La pandémie due au nouveau coronavirus SARS-CoV-2, mieux connue comme Covid-19, à laquelle nous avons récemment été confrontés, a représenté un véritable défi pour nos systèmes de santé.¹

La vitesse de progression de la contagion et le nombre croissant de patients nécessitant des soins aigus et subaigus ont certainement surpris plusieurs pays en dépassant rapidement les ressources à disposition. Dans ce contexte, il a été nécessaire d'anticiper cette vague avec une réorganisation logistique des systèmes de santé,² ce qui fut le cas au sein des HUG. Une des problématiques rencontrées a été l'organisation de la prise en charge de l'infection chez les patients avec comorbidités psychiatriques, aussi bien par l'importance d'une gestion conjointe somatique et psychiatrique que par la nécessité d'une attention particulière au respect des mesures de prévention et d'hygiène chez ces patients.

SPÉCIFICITÉS EN PSYCHIATRIE

Les patients souffrant de troubles psychiatriques représentent en effet une population plus vulnérable, avec une prévalence d'atteintes somatiques plus élevée,³ de même qu'un risque infectieux, dont de pneumonies.⁴

Le risque de transmission dans cette population particulière est inconnu, mais pourrait être plus élevé. On pourrait s'attendre à un moins bon suivi des mesures de protection personnelle de contrôle de l'infection en raison d'un style de vie moins sain,⁵ d'un moins bon contrôle de soi et de ses soins d'hygiène en lien avec les troubles psychiques, ainsi que d'une moindre conscience du risque due aux atteintes cognitives.^{6,7} Le stress lié à la pandémie est susceptible de péjorer l'état de santé mentale, d'entraîner des rechutes,⁷ aggravant les éléments précités. L'isolement social pourrait tenir à distance des informations sur la pandémie et sur les consignes à respecter. De plus, le diagnostic et la prise en charge de l'infection pourraient être retardés, les patients souffrant de troubles psychiques pouvant être exposés à plus de barrières pour accéder rapidement aux soins.^{3,7}

Par ailleurs, le risque de transmission pourrait être majoré chez les patients hospitalisés en milieu psychiatrique. En effet, ceux-ci ne restent pas alités dans leur chambre, mais participent fréquemment à des activités de groupe (repas en commun, activités thérapeutiques) avec contacts plus proches entre les patients.⁶

L'EXPÉRIENCE GENEVOISE

Devant la vitesse de propagation du virus, dès le 16 mars, les HUG ont mis en place une première phase dans la gestion de

^aService des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14, ^bService de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
alessandra.maiorano@hcuge.ch | stefan.kaiser@hcuge.ch
laurence.vigna@hcuge.ch | orianne.dorsaz@hcuge.ch

la crise sanitaire, dont le but était d'augmenter la capacité de l'hôpital à faire face à un afflux massif de malades. Deux unités ont été dédiées à la prise en charge de patients psychiatriques Covid positifs.

L'Unité psychiatrique hospitalière adulte (UPHA) à l'hôpital général, dont la mission est d'accueillir des patients nécessitant des soins hospitaliers psychiatriques et somatiques, a été mandatée pour l'accueil de patients Covid+ nécessitant cette double prise en charge. L'Unité Zéphyr, à la Clinique psychiatrique de Belle-Idée, a été prévue pour l'accueil de patients Covid+ nécessitant des soins psychiatriques hospitaliers sans besoin de soins somatiques aigus.

Unité Zéphyr

Mission

Il s'agit d'une unité ouverte à la clinique de psychiatrie dans le contexte du Covid. Elle a été dédiée à la prise en charge de patients Covid+ nécessitant des soins psychiatriques hospitaliers, stables sur le plan somatique.

À noter que les admissions à la clinique de psychiatrie ont continué à se faire dans les unités d'admissions habituelles, non Covid, avec éventuellement isolement des patients en cas de suspicion d'infection, en attente du résultat du test de dépistage. Seuls les patients avec un test positif pour le Covid pouvaient être admis à l'Unité Zéphyr.

L'ouverture de cette unité dans des locaux non utilisés permettait de plus facilement maintenir la distance entre les patients des autres unités et diminuer ainsi le risque de contagion. Tous les patients hospitalisés dans cette unité étant infectés, le recours à l'isolement en chambre n'était pas nécessaire. Cela a non seulement permis de limiter la restriction des libertés individuelles, mais aussi de diminuer le stress lié à la situation. Il était ainsi possible de fournir des soins psychiatriques selon les modalités habituelles, en privilégiant les aspects communautaires.

L'adressage des patients à l'Unité Zéphyr se faisait principalement par 2 voies. Ils pouvaient être adressés par les unités hospitalières psychiatriques, en cas d'infection légère, après confirmation de l'infection. L'UPHA pouvait également transférer des patients Covid+ une fois stabilisés sur le plan somatique, tant que les soins psychiatriques hospitaliers étaient nécessaires, jusqu'à la fin de la quarantaine.

Une fois le Covid guéri, les patients étaient transférés dans les unités non Covid de la clinique s'ils nécessitaient encore des soins psychiatriques hospitaliers. Si leur état psychique était stabilisé, la sortie se faisait sur leur lieu de vie, avec poursuite ou non de la quarantaine selon qu'ils soient encore infectés ou déjà guéris.

Mise en place de l'unité

Quatre jours ont suffi pour rouvrir une ancienne unité de soins de la clinique, grâce à une grande collaboration médico-soignante avec les services logistiques. Cette unité, qui avait été par le passé une unité de psychogériatrie, avait l'avantage d'avoir des locaux adaptés à l'accueil de patients à troubles psychiques et avec des limitations physiques.

Le matériel nécessaire a pu être obtenu en urgence. Il était indispensable de disposer d'une pharmacie avec les médicaments psychotropes d'usage courant pour différents types de troubles psychiatriques ainsi que des médicaments somatiques de base. Une valise d'urgence a été mise à disposition, avec des réserves de matériel, pour répondre à une possible utilisation régulière du matériel de premier soin de décompensations respiratoires (matériel d'aspiration, seringues électriques, défibrillateur). Un appareil ECG a été alloué à l'unité pour éviter de partager un appareil utilisé également pour des patients non COVID. Une réserve importante de matériel de protection a été rapidement fournie. Sans oublier le matériel de base comme les appareils de mesure des signes vitaux, les ordinateurs, les téléphones.

Le recrutement des soignants s'est fait sur une base volontaire, et une attention particulière a été portée à l'encadrement et à la transmission d'informations pour créer une atmosphère de confiance, motivant le personnel dans son travail.⁸ Une équipe médicale constituée d'un chef de clinique et de deux internes a été mobilisée sur place, ainsi qu'une équipe infirmière de 14,3 équivalents temps plein, dont une infirmière responsable, sous la supervision d'un médecin et d'un infirmier cadres supérieurs. L'équipe d'entretien du département a assuré la remise en état de l'unité puis s'est chargée du nettoyage de l'unité biquotidiennement.

Un soutien important a été apporté par le Service prévention et contrôle de l'infection (SPCI), avec un référent attitré disponible, sensibilisé aux spécificités de la psychiatrie, qui a offert la formation nécessaire aux bonnes pratiques en lien avec l'infection, et des réponses rapides et adaptées à l'évolution de la pandémie.

À l'image des autres unités de cohorte Covid, une équipe de soutien psychologique a été dédiée à l'Unité Zéphyr pour prévenir le risque de conséquence sur la santé mentale des soignants. On pouvait en effet craindre une surcharge de travail, une discrimination, un isolement de ces soignants, pouvant entraîner du stress, de l'anxiété, avec apparition éventuelle d'insomnie ou d'éléments dépressifs.⁹

Le 23 mars, l'Unité Zéphyr a ouvert et accueilli son premier patient.

Patientèle

Alors que nous pensions principalement prendre en charge des patients de la clinique psychiatrique, qui auraient été infectés par le SARS-CoV-2, nous avons finalement eu peu de ces cas. Seul un tiers des patients de l'unité provenait de Belle-Idée, dont un quart de psychiatrie adulte, et trois de psychiatrie gériatrique (**tableau 1**). Ces derniers faisaient partie du seul foyer de contagion au sein de la clinique.

La majorité des patients était finalement des patients fragiles dans leur santé psychique, ne nécessitant pas de soins hospitaliers pour leur problématique psychiatrique, mais rencontrant de grandes difficultés à effectuer leur quarantaine à domicile en raison de leur comorbidité psychiatrique. Il s'agissait en majorité d'une population adulte, résidant à domicile.

Fonctionnement de l'unité

L'Unité Zéphyr est restée entièrement dédiée aux patients Covid+, ce qui a permis de préserver une dimension commu-

TABLEAU 1			
Origine	Adultes	Personnes âgées (> 65 ans)	Total
Belle-Idée	1	3	4
Domicile (quarantaine impossible)	4	2	6
Foyer (quarantaine impossible)	1	-	1
Hôpital général (découverte fortuite, état général précaire)	-	1	1
Total	6	6	12

nautaire aux soins. Même si les patients n'ont pas pu bénéficier d'activités psychothérapeutiques groupales structurées, ils ont pu partager les espaces communs, ce qui a permis de créer des liens entre eux. De plus, chaque patient pouvait bénéficier de plusieurs sorties par jour à l'extérieur, accompagné par le personnel, dans un jardin dont le périmètre était délimité.

Concernant l'organisation des soins, il y avait tous les matins un moment d'échange téléphonique entre l'Unité Zéphyr, l'UPHA et les autres unités de la clinique afin de faciliter la gestion du flux des patients. Des informations concernant les nouveaux cas positifs ainsi que les possibles transferts de patients étaient alors partagées. Une visite médicale avait lieu tous les jours afin de suivre l'évolution de chaque patient sur le plan physique. L'équipe infirmière surveillait de façon rapprochée la survenue de signes de gravité. Au niveau de la prise en charge psychiatrique, au-delà du maintien du caractère communautaire des soins, de brefs entretiens individuels de psycho-éducation ou de soutien étaient réalisés quotidiennement.

Malgré un fonctionnement globalement satisfaisant, nous avons été confrontés à quelques difficultés. Comme attendu, certains patients ont eu du mal à respecter les mesures de prévention afin que les soins puissent s'effectuer en toute sécurité pour l'équipe soignante. Mise à part la difficulté à faire porter un masque aux patients face aux soignants, ce qui a constitué un véritable problème a été le maintien des gestes barrières durant les soins de nursing. Nous pouvons citer le fait que les masques deviennent humides, et donc perméables aux virus, lors de l'aide à la douche, nécessitant le port supplémentaire d'une visière de protection. Nous avons été confrontés aux limites de nos moyens au niveau du matériel de protection mais également au niveau des ressources humaines et du temps. Il était en effet nécessaire de faire appel à un nombre important de soignants lors des soins de patients peu collaborants. Le temps pour revêtir et changer régulièrement de matériel de protection était également très important.

Toutes ces particularités ont demandé une grande flexibilité du personnel soignant qui a fait preuve d'une grande adaptabilité, tout en entraînant un risque d'épuisement si ce type de prise en charge avait dû se poursuivre sur une longue durée et si nous avions été confrontés à des patients en état de décompensation plus aiguë.

Fermeture de l'unité

La deuxième phase du plan de crise des HUG du 8 avril prévoyait une stabilisation de la capacité d'accueil en conservant la possibilité de faire face à d'éventuelles hausses des hospitalisations. Bien que les indications pour l'Unité Zéphyr soient restées limitées, elle est restée active jusqu'au 20 avril 2020. Vu la diminution des cas à ce moment, il a été décidé d'orienter tous les patients Covid+ hospitalisés au sein du Département de psychiatrie vers l'UPHA. L'Unité Zéphyr est donc inactive depuis le 21 avril 2020 mais reste opérationnelle et réouvrable en tout temps au besoin.

CONCLUSION

L'Unité Zéphyr a représenté une réponse rapide et fonctionnelle de la psychiatrie face à l'émergence du Covid-19. Plusieurs conditions nous semblent importantes pour garantir le bon fonctionnement d'une unité de cohorte psychiatrique : le recrutement de l'équipe sur un mode volontaire, un encadrement très présent, la disponibilité du matériel et un soutien par des experts en protection contre l'infection.

Le pic épidémique passé, nous constatons que contrairement à ce qui était pressenti, les patients souffrant de troubles psychiques semblent avoir été relativement épargnés, aussi bien à Genève qu'au niveau international.^{10,11} Différentes hypothèses émergent à ce sujet. Les psychotropes auraient-ils des propriétés antivirales, une activité sur le système immunitaire? Ou les patients ont-ils simplement été protégés par leur tendance à l'isolement social? Le lancement de divers projets de recherche clinique sur le sujet devrait nous apporter des réponses.

Malgré cette observation, il sera indispensable que les hôpitaux psychiatriques soient préparés pour une éventuelle deuxième vague et pour d'autres épidémies futures. Nous espérons que notre expérience pourra contribuer à cette préparation.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les patients souffrant de troubles psychiatriques représentent une population plus vulnérable, avec une prévalence d'atteintes somatiques plus élevée
- Une attention particulière est à porter au respect des mesures de protection personnelle de contrôle de l'infection chez les patients avec troubles psychiques, ceux-ci ayant tendance à accorder moins d'attention à leur hygiène et à avoir une moindre conscience du risque due aux atteintes cognitives
- En situation de crise sanitaire, il est important que les professionnels de santé soient motivés à poursuivre leurs tâches, ce qui dépend en grande partie d'un sentiment de sécurité au travail et de confiance. L'accès aux moyens de protection et à une information régulière est un élément clé
- Outre la disponibilité du matériel, le recrutement de l'équipe sur un mode volontaire, un encadrement très présent et le soutien des experts en prévention des infections sont importants pour le fonctionnement d'une unité de cohorte
- L'expérience à Genève de l'ouverture d'une unité de cohorte pour les patients psychiatriques atteints du Covid-19 a été positive et a jeté les bases pour la construction de futurs plans d'urgence

- 1 Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg* 2020;76:71-6.
- 2 Adalja AA, Toner E, Inglesby TV. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA* 2020, online ahead of print.
- 3 Björk Bråmberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018;19:12.
- 4 Seminog OO, Goldacre MJ. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax* 2013;68:171-6.
- 5 Starace F, Ferrara M. COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e116.
- 6 Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci* 2020;16:1741-4.
- 7 *Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e21.
- 8 *Imai H. Trust is a key factor in the willingness of health professionals to work during the COVID-19 outbreak: Experience from the H1N1 pandemic in Japan 2009. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74:329-30.
- 9 Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e14.
- 10 [Recherche Covid 19] reCoVery Effets anti-viraux de la chlorpromazine confirmés in vitro : le GHU Paris/Saint-Anne lance la première étude sur l'homme.
- Communiqué de presse du GHU Paris psychiatrie et neurosciences du 4 mai 2020 [En ligne]. 2020 [consulté le 24 juin 2020]. Disponible sur : www.ghu-paris.fr/fr/actualites/recherche-covid-19-recovery-effets-anti-viraux-de-la-chlorpromazine-confirmes-vitro-le
- 11 *Plaze M, Attali D, Petit AC, et al. Repositionnement de la chlorpromazine dans le traitement du COVID-19 : étude reCoVery. *Encéphale* 2020;46: S35-9.

* à lire

** à lire absolument

Réorganisation d'un service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Le domaine «Périnatalité et petite enfance»

Dre MATHILDE MORISOD HARARI^a, Dr DAN S. SCHECHTER^a, JOSÉE DESPARS^a, ALINE YERSIN^a,
Dres OLGA SIDIROPOULOU^a, EVA VILLARD^a et Pre KERSTIN J. VON PLESSEN^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1737-40

Cet article présente la mise en place d'une filière de soins pour la prise en charge des situations de psychiatrie périnatale au sein du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui prend place dans le cadre de la départementalisation de ce service. Cette filière de soins comprend des prises en charge de liaison, en ambulatoire et en hôpital de jour, et s'étend de la période prénatale aux 5 ans de l'enfant, en se focalisant sur les aspects relationnels parents-bébé mais également sur l'enfant en tant qu'individu. Les différents lieux de prise en charge sont présentés et chacun de leur mode de fonctionnement est décrit. Cet article insiste sur l'importance capitale d'une articulation et d'une collaboration étroite entre les différents lieux de prise en charge afin d'assurer la meilleure continuité possible des soins pour les patients et leur famille en favorisant au maximum l'alliance thérapeutique.

Reorganisation of the service of child and adolescent psychiatry exemplified by the domain of perinatal psychiatry and psychiatry of early childhood

This article presents the construction of a chain of care of perinatal psychiatric situations within the University Service of Child and Adolescent Psychiatry, which evolved within the framework of the departmentalization of this service. This chain of care includes the psychiatry of the liaison, the outpatient clinics as well as and day hospital care and extends from the prenatal period to the child's five years, with a focus on the relationship between child and caregivers, as well as an individual perspective on the child. Herein, we present and describe the different units and their functioning emphasizing the synergies and collaborations put in place that ensure the best possible continuity for patients and their families by promoting as much as possible the therapeutic alliance in this chain of care.

INTRODUCTION

Le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) du CHUV s'est réorganisé depuis janvier 2019 de manière globale afin de mieux répondre aux besoins de la population du canton de Vaud et avec pour but de

«départementaliser» et mettre sous la même gouvernance les trois régions (Ouest, Centre et Nord) dépendantes du Département de psychiatrie du CHUV, ceci en lien avec la Fondation de Nant (responsabilité de la région Est). Depuis longtemps, le canton de Vaud a favorisé une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec une approche plutôt communautaire, en construisant des consultations sur le canton, ainsi que des structures d'hospitalisation, des centres de jour et une activité de liaison d'une manière plus centrale. Cela a engendré une bonne infrastructure, qui permet d'offrir à la population un accès facile à ces structures de proximité.

Au-delà de la réorganisation structurelle du SUPEA, il est également apparu qu'il y avait nécessité de mieux harmoniser les prises en charge offertes sur l'ensemble du secteur que couvre le service ainsi qu'à soutenir certaines problématiques pédopsychiatriques. C'est notamment le cas pour le domaine de la psychiatrie périnatale et du jeune enfant. Malgré une forte expertise du SUPEA dans ce domaine depuis de nombreuses années, tant au niveau de la clinique, de l'enseignement que de la recherche, il manquait une prise en charge dédiée, spécifique, accessible, notamment pour les traitements en ambulatoire, garantissant une continuité dans la prise en charge.

Cet article présente donc les aménagements mis en place pour soutenir cette clinique particulière et offrir aux patients et à leur famille une filière de soins spécifiques, de l'intra-hospitalier à l'ambulatoire, en passant par la possibilité de prises en charge en centre de jour.

LE CHAMP DE LA PÉRINATALITÉ: UN AXE HISTORIQUE FORT DU SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Le SUPEA a développé depuis de nombreuses années une expertise dans le champ de la périnatalité, sous l'influence du Pr François Ansermet, puis de la Dre Carole Müller-Nix, qui ont développé et soutenu une activité de pédopsychiatrie de liaison importante en lien avec les différents services de pédiatrie, de gynécologie et d'obstétrique. L'activité dans le champ de la périnatalité a progressivement pris de l'ampleur, devant les défis que représente cette clinique et les enjeux en termes de développement de l'enfant. Cette implication clinique s'est également déployée en lien avec les nouvelles connaissances scientifiques mettant en avant l'importance de l'environnement dans les premiers mois de la vie¹ ainsi que la traduction française de la Classification diagnostique 0-5 ans.²

^aService universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
mathilde.morisod@chuv.ch | kerstin.plessen@chuv.ch | dan.schechter@chuv.ch
josee.despars@chuv.ch | aline.yersin@chuv.ch | olga.sidiropoulou@chuv.ch
eva.villard@chuv.ch

L'étroite collaboration de la pédopsychiatrie de liaison avec le Service de néonatalogie a soutenu le développement d'une recherche en lien avec cette clinique pour mieux comprendre les enjeux d'une naissance prématurée sur le vécu parental, le lien parent-bébé et le devenir de l'enfant. Cela a débouché sur une ligne de recherche active étudiant les liens entre stress ultra-précoce et développement de l'enfant, rendant l'équipe de recherche du SUPEA très visible au niveau international dans ce domaine depuis de nombreuses années.^{3,4}

SOINS PÉRINATAUX AU SEIN DE LA MATERNITÉ DU CHUV

Au sein de la maternité du CHUV, l'équipe de la pédopsychiatrie de liaison intervient auprès des patientes hospitalisées au prénatal, au post-partum et auprès des parents et leurs enfants hospitalisés en néonatalogie. Elle offre des consultations pour toutes les situations dans lesquelles le lien parent-bébé peut être mis en difficulté: patientes hospitalisées pour grossesse à risque ou pathologies foetales, accouchements traumatisques, naissances prématurées, pathologies psychiatriques des parents dans le péripartum et troubles précoces des interactions mère-bébé. Elle prend également en charge les situations de deuils périnataux.

En néonatalogie, le travail de l'équipe consiste à soutenir les parents dans l'événement traumatisant que peut représenter une naissance prématurée ou l'arrivée d'un enfant avec un problème somatique nécessitant une hospitalisation. Il vise à soutenir la rencontre avec l'enfant malade et à renforcer la création des premiers liens parents-enfants dans cette situation de discontinuité qu'engendre l'hospitalisation de l'enfant. Un suivi est proposé tout au long du séjour hospitalier de l'enfant qui pourra nécessiter, dans certaines situations, une suite de prise en charge également après son retour à domicile.

Dans les situations de vulnérabilité parentale, comme une psychopathologie maternelle par exemple, une évaluation peut déjà être effectuée et un traitement débuté pendant la grossesse (en hospitalier ou en ambulatoire) et se poursuivra ensuite après la naissance de l'enfant dans le cadre de la maternité. Cette évaluation prend en compte l'état psychique de la mère, ses compétences maternelles, l'investissement de l'enfant, la qualité du support conjugal, les représentations mentales de l'enfant, la qualité des interactions parent-bébé. Une évaluation psychiatrique est parfois nécessaire et assurée par nos collègues de la psychiatrie de liaison adulte avec lesquels existe une collaboration étroite. Tout un travail de mise en place d'un réseau de soins tant dans le pré-partum que dans le post-partum est construit, en s'appuyant sur les membres du colloque psychosocial multidisciplinaire hebdomadaire de la maternité placé sous l'égide de l'équipe du *Child Abuse and Neglect Team* (CAN Team) du Département Femme-Mère-Enfant. Ce colloque réunit un panel de professionnels spécialisés en périnatalité: pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières petite enfance, représentants du Service de protection de la jeunesse (SPJ), invités extérieurs.

L'équipe de la pédopsychiatrie de liaison intervenant en périnatalité compte également une infirmière spécialisée dans ce

champ, dont l'un des rôles principaux est un soutien aux équipes somatiques impliquées dans les soins obstétricaux et pédiatriques en première ligne. Ce soutien permet d'offrir aux patientes et à leurs enfants des soins cohérents, continus et contenus.

TRANSITION À L'AMBULATOIRE

La transition vers une suite de prise en charge en ambulatoire représente un défi majeur dans ces situations de psychiatrie périnatale. Le risque est grand que les parents, après avoir bénéficié de soins pédopsychiatriques au sein même de la maternité du CHUV, n'arrivent pas à investir un nouvel espace thérapeutique, d'autant qu'il y a fréquemment une alliance thérapeutique forte qui s'est nouée en lien avec l'événement extraordinaire que représentent un accouchement et l'arrivée d'un enfant. Dans les situations de vulnérabilité psychiatrique parentale avec risque de troubles des interactions parents-enfants, il n'est également pas toujours simple de pouvoir faire adhérer les parents à un suivi ambulatoire, ces derniers ne saissant pas toujours les enjeux d'un tel suivi.

Pour contrer cette difficulté, une collaboration étroite s'est mise en place entre la pédopsychiatrie de liaison et la consultation spécialisée «Programme ambulatoire parental et infantile de Lausanne» (PAPILLON) en ambulatoire. Un colloque mensuel entre les deux équipes est organisé afin de discuter ensemble des situations cliniques et assurer la meilleure transmission possible des informations médicales. Autant que faire se peut, des entretiens conjoints de passation sont organisés afin de viser la meilleure adhésion possible à une suite de traitement. Cet entretien de passation conjoint apporte une vraie plus-value, tant pour les patients, leurs enfants que pour les thérapeutes.

LA CONSULTATION SPÉCIALISÉE PAPILLON

La nécessité d'une consultation spécialisée cantonale dans la filière ambulatoire spécifiquement pour les nourrissons et les enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs familles est évidente depuis un certain temps, car cette clinique requiert une expertise et des connaissances spécifiques, tant au niveau du développement précoce de l'enfant, de la théorie de l'attachement et de l'observation du comportement interactif non verbal entre l'enfant et ses parents. Ces connaissances sont essentielles pour le suivi de ces familles, le tout dans une perspective multidisciplinaire et une bonne connaissance du réseau de soins de la petite enfance.⁵ La mise en place d'une consultation spécialisée, PAPILLON, a donc pu répondre à ce besoin important. PAPILLON soutient la métamorphose développementale du nouveau-né jusqu'à l'âge scolaire. Le travail d'évaluation de ces situations s'appuie sur les guidelines de l'Académie américaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que sur des outils d'évaluation validés.^{6,7} Les techniques d'interventions thérapeutiques sont basées sur des preuves empiriques d'orientation psychodynamique et systémique^{8,9} qui s'inspirent de la théorie de l'attachement et de la recherche en psychotraumatologie. La transmission intergénérationnelle, la vulnérabilité, la résilience, les troubles développementaux et génétiques et finalement la prévention

du risque d'abus, de négligence et de leurs effets, sont au cœur de ce travail.

PLACE DES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES DANS LES CONSULTATIONS AMBULATOIRES GÉNÉRALES

L'enjeu de la consultation spécialisée PAPILLON est également de pouvoir soutenir les consultations ambulatoires générales qui sont aussi amenées à recevoir des enfants âgés de 0 à 5 ans, et ce sur l'ensemble des trois régions. Pour ce faire, les collaborateurs de la consultation PAPILLON se déplacent régulièrement afin de participer aux colloques des consultations générales présentes dans les huit consultations du SUPEA, comme aux évaluations des patients dont la situation requiert un regard expert. De cette manière, les collaborateurs des consultations se forment à cette clinique et en acquièrent les outils spécifiques de base. Si les responsables de la consultation spécialisée établissent avec leurs collègues de l'ambulatoire générale une collaboration et une supervision dans un premier temps, ils peuvent aussi reprendre le suivi pour une investigation plus poussée, voire une prise en charge spécifique. L'idée est de pouvoir, à terme, implanter une expertise harmonisée au sein des différentes consultations ambulatoires du SUPEA.

POSSIBILITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE EN CENTRE DE JOUR

Le centre d'interventions thérapeutiques pour enfants (CITE) du SUPEA complète la chaîne de soins pour l'enfant préscolaire ou en début de scolarité et fait partie de la filière des centres de jour. Les enfants âgés de 2 à 5 ans, résidents du canton, y sont accueillis 2 à 3 jours par semaine pour 6 à 12 mois selon le plan de traitement établi. Ils sont adressés par la consultation PAPILLON, par les consultations ambulatoires ou par des pédopsychiatres et pédiatres installés. Une collaboration étroite avec le Service des troubles du spectre de l'autisme et apparentés (STSA) est en place afin de pouvoir au mieux orienter les enfants selon leur besoin de bilan et de suivi.

Les motifs d'admission sont le besoin d'investigations approfondies pour des situations complexes, des difficultés du comportement entravant le processus de l'évaluation, des difficultés communicationnelles, émotionnelles, fonctionnelles ou sociales dans l'intégration de groupe ou encore neuro-développementales perturbant les processus des apprentissages. Le réseau se trouve souvent dans une impasse diagnostique ou en difficulté de coordination (rupture thérapeutique ou éducative). La situation de l'enfant et de son environnement est évaluée pour pouvoir élaborer un projet thérapeutique avec des mesures psychoéducatives sur le moyen et le long termes. Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire intégrée en accueil de jour et d'un suivi pédopsychiatrique intensif. L'investigation diagnostique comprend des bilans spécialisés psychologiques (cognitifs, affectifs, fonctions exécutives, pathologies spécifiques), un bilan logopédique et un bilan sensorimoteur, ainsi qu'une évaluation de la qualité des interactions parents-enfants. Pour les plus jeunes patients, un travail intensif se fait au

niveau de la relation parents-enfants. Un coaching parental de réorientation positive est proposé ainsi que des groupes de famille pour soutenir les interactions parents-enfants. Si une suite d'investigations est nécessaire, le patient est adressé à la consultation spécialisée PAPILLON ou à la consultation du STSA. Si une poursuite de mesures psychopédagogiques est indiquée, l'enfant est orienté en institution d'enseignement spécialisée, dont les centres de jour du SUPEA ou le STSA.

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE CLINIQUE

La filière de la pédopsychiatrie de liaison, la consultation ambulatoire spécialisée PAPILLON, et la filière des centres de jour qui s'occupent des enfants âgés de 0 à 5 ans planifient des formations et des conférences sur les techniques et les outils de l'évaluation et de l'intervention psychothérapeutique afin de développer une expertise forte sur la périnatalité et la petite enfance au SUPEA, ceci en collaboration avec le STSA. Ces formations planifiées visent les cadres ainsi que les médecins, psychologues et infirmiers en formation et impliquent des intervenants de renommée internationale. Par ailleurs, un Certificate of Advanced Studies (CAS) en périnatalité et petite enfance, dirigé conjointement entre le SUPEA et le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA) de Genève, offre une formation continue universitaire. Construite en trois modules, elle permet aux participants d'acquérir des connaissances solides dans le champ de la périnatalité. Sa troisième édition débutera en 2021.

Le programme de recherche périnatale du SUPEA conduit actuellement plusieurs projets de recherches cliniques, neuroscientifiques et translationnels avec des collaborations internationales. Le focus de ce programme de recherche est l'impact du stress pendant les périodes de développement sensibles du jeune enfant, et ce dès la grossesse. Le paradigme de stress principalement étudié est celui de l'exposition maternelle à de la violence interpersonnelle.^{10,11} Ce programme de recherche s'intéresse à la transmission transgénérationnelle du trauma et à l'identification de facteurs protecteurs. En parallèle, seront évaluées de nouvelles techniques d'évaluation et d'intervention psychothérapeutique pour cette clinique particulière, afin de prévenir au mieux le développement des jeunes enfants.

CONCLUSION

Cet article présente la réorganisation au sein du SUPEA en décrivant l'exemple des prises en charge en périnatalité et petite enfance, dont le but premier est d'offrir une filière de soins spécialisés harmonisés et cohérents en lien avec les partenaires de notre service. Cette réorganisation nécessite une excellente coordination et collaboration entre les différents lieux de soins et doit s'appuyer sur une formation solide, continue, approfondie et harmonisée des collaborateurs en charge de ces situations. Aujourd'hui, de nouveaux défis attendent le SUPEA qui souhaite répliquer ce modèle pour d'autres pathologies, comme les troubles du comportement alimentaire, les troubles des apprentissages et même la prise en charge des situations d'urgence de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La réussite constatée pour le

volet périnatalité et petite enfance, à travers l'articulation serrée des différents lieux de soins, laisse cependant présager que ce modèle pourra bénéficier à d'autres jeunes et à leur famille.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prise en charge psychiatrique du bébé et du très jeune enfant et de leur famille est un défi pour les professionnels de santé
- Il y a toujours une urgence à les prendre en charge au vu de l'enjeu développemental
- Une bonne connaissance du réseau de soins et un travail multidisciplinaire impliquant une communication serrée entre les différents professionnels impliqués sont les garants indispensables à une prise en charge de qualité

- 1 ** Ministère des Solidarités et de la Santé, République de la France. Les premiers 1000 jours de l'enfant. (2019 ; epub 18.10.2019) Paris. Disponible sur : solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/
- 2 ** Perret P, Le Foll J, Guédeney A. La nouvelle classification diagnostique de la petite enfance (DC : 0-5) : continuités et évolutions. Devenir 2019;31:1-7.
- 3 * Udry-Jorgensen L, Pierrehumbert B, Borghini A, et al. Quality of Attachment, Perinatal Risk, and Mother-Infant Interaction in a High-Risk Premature Sample. *Infant Mental Health J* 2011;32:305-18.

- 4 * Dimitrova N, Turpin H, Borghini A, et al. Perinatal stress moderates the link between early and later emotional skills in very preterm-born children: An 11-year-long longitudinal study. *Early Hum Dev* 2018;21:8-14.
- 5 * Weatherston DJ, Kaplan-Estrin M, Goldberg S. Strengthening and recognizing knowledge, skills, and reflective practice: The Michigan Association for Infant Mental Health competency guidelines and endorsement process. *Infant Mental Health J* 2009;30:648-63.
- 6 * Thomas JM. Summary of the practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months). American Academy of Child and Ado-

- lescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:127-32.
- 7 ** Larrieu JA, Middleton MA, Kelley AC, Zeanah CH. Assessing the Relational Context of Infants and Young Children. In: Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*. 4e éd. New York: Guilford Books, Inc., 2019;279-96.
- 8 * Cramer B. Short-Term Dynamic Psychotherapy for Infants and Their Parents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995;4:649-59.
- 9 * Rusconi-Serpa S, Sancho Rossignol A, McDonough SC. Video feedback in parent-infant treatments. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:735-51.
- 10 ** Schechter DS, Moser DA, Aue T,

- et al. Maternal PTSD and corresponding neural activity mediate effects of child exposure to violence on child PTSD symptoms. *PLoS One* 2017;12:e0181066.
- 11 * Schechter DS, Moser DA, Reliford A, et al. Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure, among posttraumatically stressed mothers: What changes with Clinical Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES)? *Child Psychiatry Hum Dev* 2015;46:10-20.

* à lire

** à lire absolument

Intérêts et nécessité du renfort des soins à domicile dans le cadre des situations de crise psychique

Le résultat d'une politique de santé publique forte

Dre ESTELLE GILLÈS DE PÉLICHY^a, Prs HENK VERLOO^b, JACQUES GASSER^c et Dre STÉFANIE MONOD^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 1741-4

Avec l'augmentation constante de l'espérance de vie et le développement des maladies chroniques, la Direction générale de la santé du canton de Vaud a développé un dispositif communautaire de renforcement des soins pour les résidents en situation de crise psychique. Cette prise de position forte a permis la réalisation d'un projet ambitieux, dans une optique de care management en psychiatrie de l'âge avancé, impliquant les partenaires du réseau de soins et favorisant la prise en soins sur le lieu de vie de l'individu. Ce projet a permis d'élaborer des recommandations quant au renforcement des soins communautaires et ambulatoires, afin de lutter contre le recours systématique à l'hospitalisation, et l'augmentation de la dépendance fonctionnelle des âgés au sortir de l'hôpital.

Interests and need for strengthening home care in the context of psychological crisis situations The result of a strong public health policy

With the constant increase in life expectancy and the development of chronic diseases in the elderly population, the General Direction of Health of the Canton of Vaud has developed a community plan to strengthen the care of residents in psychological crisis. This strong position of Public Health has made it possible to carry out an ambitious project, with a view to «care management» in elderly psychiatry, involving partners from the care network and promoting care at the place of residence of the individual. This project made it possible to develop recommendations for the strengthening of local and outpatient care, in order to reduce the systematic recourse to hospitalization, and the increase in functional dependence of the elderly on leaving the hospital.

INTRODUCTION

Dans un contexte de réflexions concernant la prise en charge des patients âgés sur les années à venir, en lien avec les projections de l'Office fédéral de la santé publique pour les années 2030-2050, il va être nécessaire de revoir la façon de prendre en charge ceux souffrant de troubles psychiques. Afin

d'adapter la politique des soins pour les aînés et répondre aux besoins sanitaires de la population vieillissante, la Direction générale de la santé (DGS) a souhaité réfléchir à un projet pilote permettant d'améliorer la prise en soins des patients âgés souffrant de troubles psychiques, en favorisant des alternatives à l'hospitalisation. Ce projet a rassemblé les principaux acteurs de soins du canton de Vaud, notamment le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) – CHUV, l'association professionnelle vaudoise des institutions médico-psycho-sociales (Héviva) ainsi que le Réseau santé région Lausanne (RSRL).

CONSTATS DÉMOGRAPHIQUES, ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DESCRIPTION DES INSTITUTIONS DE SOINS

En 2013, 121 400 personnes âgées de 65 ans et plus vivaient dans le canton de Vaud, soit 17% de la population. D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler, et les plus de 65 ans devraient représenter 22% de la population générale. Concernant les personnes de plus de 75 ans, le canton devrait subir une croissance de 74% entre 2015 et 2035. Les projections envisagent une augmentation significative de l'espérance de vie de la population passant de 80,7 ans en 2015 à 84,5 ans en 2040 chez les hommes, et de 85,3 ans pour les femmes en 2015 à 88 ans en 2040.¹ Cette augmentation majeure s'accompagnera d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle, ainsi que d'un accroissement des pathologies psychiatriques de l'âge avancé.

Selon des analyses démographiques réalisées par Statistique Vaud,² il faudrait créer, d'ici 2040, entre 3500 à 4600 lits de long séjour, environ 2100 lits d'hôpitaux pour les 65 ans et plus (soit plus qu'un doublement du parc hospitalier), augmenter de 76% le volume des prestations d'aide et de soins à domicile (de 12 500 clients/mois à 22 000). Une telle option n'est pas réaliste et le fonctionnement global du système de santé devra être revu, afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques.

En 2013, diverses études faites dans le canton relevaient un taux de recours à l'hospitalisation de 30% pour les 61 à 80 ans et de 70% pour les plus de 81 ans avec, dans 30% des cas, un déclin fonctionnel à la sortie du séjour hospitalier pour le patient, aggravant sa dépendance.³⁻⁵

^aSecteur psychiatrique Ouest, Département de psychiatrie, Hôpital de Prangins, CHUV, 1011 Lausanne, ^bService universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^cInstitut de psychiatrie légale, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^dDépartement de la santé et de l'action sociale, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne estelle.gilles-de-pelichy@chuv.ch | henk.verloo@chuv.ch jacques.gasser@chuv.ch | stefanie.monod@vd.ch

Sur le plan sanitaire, en 2015, le canton de Vaud disposait de 111 lits aigus de psychiatrie de l'âge avancé (PAA), soit un tiers des lits cantonaux de psychiatrie, répartis sur plusieurs unités, dont l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé (HPAA) à Cery pour le secteur Centre. Le canton dispose de 6876 lits d'hébergement de long séjour répartis dans plus de 150 établissements médico-sociaux (EMS). La durée d'institutionnalisation est en moyenne de 1,4 an pour les hommes et 2,1 ans pour les femmes, le canton de Vaud étant l'un des cantons avec la plus courte durée d'institutionnalisation.⁶ 50% des personnes entrent en EMS après un séjour hospitalier et le passage entre le domicile et l'hébergement est souvent le résultat d'une crise ayant conduit l'individu à l'hôpital aigu, somatique ou psychiatrique.

Entre 2009 et 2018, l'activité des centres médico-sociaux (CMS) s'est considérablement accrue, avec une augmentation de plus de 42,5%. Les clients sont en général âgés (51% ont plus de 80 ans), en majorité des femmes (67%) souvent seules du fait d'un veuvage ou d'une séparation. Des prestations d'aide et de soins à domicile sont également fournies par d'autres prestataires, privés (organisations privées de soins à domicile (OSAD)), qui se sont progressivement développés, et le nombre d'infirmier·ière·s indépendant·e·s continue également de croître.⁷

Dès le début des années 2000, le canton de Vaud a anticipé ces évolutions et mis en place plusieurs mesures:

- Le développement des soins communautaires en PAA, notamment au SUPAA, et la mise en place de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAAP).
- Le programme «Vieillissement et santé» avec un volet santé mentale.
- L'augmentation du nombre de lits d'EMS spécialisés en PAA.
- Le développement de structures d'accueil médico-sociales (SAMS).
- Un renforcement des compétences dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, en soutenant l'action de l'association Alzheimer Vaud.

Cette politique forte de maintien à domicile a permis une institutionnalisation plus tardive par rapport à la Suisse. Il existe une forte volonté de continuer à développer toujours plus les soins à domicile, avec des répercussions sur l'incidence d'institutionnalisation des 85 ans et plus qui ne cesse de baisser dans le canton.

Le corollaire de cette politique est l'absence de suivi de la croissance des besoins médicaux dans la planification sanitaire et la capacité de première ligne à pouvoir accompagner les soins à domicile. Le nombre de consultations par assuré n'a pas augmenté malgré l'accroissement des besoins primaires et la polymorbidité des consommateurs de soins. À la moindre complication somatique, les urgences hospitalières sont rapidement mobilisées.⁸ Ce recours aux urgences augmente fortement en fonction de l'âge et devient un réel problème de surcharge du milieu stationnaire faute d'alternative médicale à l'accès aux soins ambulatoires et communautaires. Cela souligne qu'un individu souffrant de pathologie chronique résidant en institution, où il existe peu d'infrastructure médicale, est plus souvent admis en milieu stationnaire en

l'absence d'alternative communautaire et ambulatoire. C'est dans ce contexte que ce projet pilote a été réfléchi, voulant combler un manque de compétence médicale «de base» et non d'expertise pour être en première ligne et soutenir les bénéficiaires de ces soins, en proposant des alternatives à l'hospitalisation. Cela permet aussi de rappeler le rôle central qu'occupe la psychiatrie en général, et la PAA en particulier, dans les disciplines de la médecine de premier recours.

HISTORIQUE DU PROJET

Le recours au système de soins sera fortement impacté par les changements épidémiologiques et les coûts de la santé, dont 80% peuvent être imputés au traitement des maladies chroniques, augmenteront inévitablement. Les besoins en prestations de soins, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître parallèlement à l'évolution démographique.⁷

En réponse à ces défis, plusieurs modèles de prise en charge alternatifs doivent être développés pour permettre des soins médicaux le plus proche possible du patient et sur son lieu de vie si possible. Cela nécessite de renforcer les dispositifs communautaires, revoir les orientations des patients et éviter le recours à l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est pas absolument nécessaire, et qu'elle peut aggraver la trajectoire fonctionnelle et de santé des personnes vulnérables.

Les premières données analysées par l'HPAA dans le cadre de ce projet montrent qu'en 2014,⁸ 481 admissions y ont été réalisées. Parmi elles, 137 (28,5%) concernaient des patients en provenance d'EMS. Une analyse plus détaillée montre que sur ces 137 admissions, 91 résidents (66,4%) ont été adressés directement depuis l'EMS vers l'HPAA et que 46 (33,6%) sont passés par le milieu somatique avant d'être orientés à l'HPAA.

La proportion de patients de l'HPAA en provenance d'EMS n'était pas négligeable et justifiait l'étude d'alternatives à l'hospitalisation en PAA pour ces résidents. Néanmoins, en regard du nombre total de résidents d'EMS dans le canton, ce chiffre reste toutefois très faible, proche de 1% d'entre eux, soulignant une bonne capacité de prise en charge dans les EMS des patients avec troubles psychiques.

DÉVELOPPEMENT DE L'ÉQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Mise en place en 2004 dans le cadre d'un projet supporté par les membres du RSRL, la mission de l'EMPAAP a consisté jusqu'alors à assurer, en deuxième ligne, des consultations spécialisées de PAA à la demande des médecins de premier recours ou, s'agissant de soins infirmiers, à celle des équipes de soins. La réorganisation à mettre en place dans le cadre de ce projet s'appuie sur cette structure déjà en place.

MANDAT ET OBJECTIFS⁹

En février 2015, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a mandaté les institutions sanitaires du RSRL afin de revoir la prise en soins de patients d'âge avancé sur le

plan spécifique de la PAA. Le but de cette réflexion est d'élaborer des mesures permettant de renforcer la prise en charge communautaire des personnes âgées atteintes de troubles psychiques tout en maintenant la qualité de la prise en charge.

Le mandat et les objectifs confiés par le DSAS ont consisté, dès avril 2015, à coconstruire, avec les partenaires concernés, un dispositif répondant aux objectifs ci-dessous :

- Diminuer des lits d'hospitalisation à l'HPAA (-19 lits en 18 mois, soit -27,5%).
- Modifier la structure et les missions de l'équipe mobile de PAA via un élargissement des compétences, la possibilité d'intervention de première ligne, et un renforcement en personnel.
- Renforcer le dépistage et le suivi des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (y compris démences) dans la communauté afin de renforcer les possibilités de maintien à domicile et de prévenir les hospitalisations inappropriées provenant du domicile.
- Mettre en place les moyens permettant aux EMS et aux SAMS de maintenir leurs résidents dans leur lieu de vie en cas de détérioration de leur état de santé et développer, le cas échéant, des structures additionnelles (SAMS) favorisant le maintien à domicile.
- Mettre en place un plan d'action introduisant des moyens incitatifs de recrutement et de formation continue du personnel médical et paramédical nécessaire au développement de la PAA.

RECOMMANDATIONS¹⁰

Au terme de ce dispositif pilote, des recommandations ont été formulées et il a été décidé que ce dispositif soit pérennisé vu son succès. Une partie d'entre elles sera reprise dans les mesures prévues par le «Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022».

Sur le plan clinique, le développement d'un outil pour le suivi et l'évaluation clinique de la crise a permis la mise en place d'un langage commun entre l'équipe mobile de PAA et les soignant en EMS. Il est important de pouvoir continuer à travailler autour de la conceptualisation de tels outils cliniques, valorisant les échanges et le partage entre équipes interdisciplinaires et interinstitutionnelles. Le développement de l'interdisciplinarité et la transversalité entre les institutions, par une prise en charge des situations en binôme médico-infirmier, ont permis une valorisation du double discours auprès des partenaires.

Dans une perspective de prévention du recours aux hospitalisations, le développement des équipes mobiles doit être considéré comme un moyen parmi d'autres pour accompagner les patients en situation de crise. Ce projet doit être l'ouverture vers une réflexion nécessaire concernant une montée en compétences cliniques des équipes d'EMS, de CMS et des OSAD (soignantes et non soignantes) via l'approfondissement des connaissances et du niveau de qualification du personnel à tous les niveaux.

D'autres recommandations peuvent être formulées dans un objectif de santé publique. Afin de favoriser le recours aux soins de patients complexes, un tel projet ne doit pas être

réservé à une prise en charge en hôpital universitaire. Il doit pouvoir être étendu au canton et accessible à la population des autres secteurs du canton, en lien avec l'absence de renforcement des structures ambulatoires et communautaires de ces autres secteurs, ne pouvant proposer d'alternatives à l'hospitalisation.

Il est à noter que ce dispositif ne conduira vraisemblablement pas à une réduction des hospitalisations et certains EMS ont déjà été confrontés à des difficultés d'hospitalisation faute de lit disponible. Compte tenu de l'évolution de la population en EMS, accueillant des résidents de plus en plus complexes, une réflexion doit être menée sur une montée des compétences des équipes soignantes par le biais de la formation et du niveau de qualification de celles-ci. L'impact humain et financier du maintien en EMS des résidents en crise devrait faire l'objet d'une évaluation approfondie.

DISCUSSION

En lien avec ce renforcement des ressources ambulatoires au détriment de l'hôpital, l'EMPA a pu intervenir auprès d'un nombre toujours plus grand d'individus, même s'il est à déployer que le nombre de patients admis à l'HPAA en provenance des EMS n'ait pas baissé. Cette expérience a permis d'améliorer le dépistage et l'accès aux soins de ces patients, avec un accent fort mis sur l'anticipation de la crise. Cela a servi pour mieux orienter les personnes nécessitant des soins hospitaliers.

Cette augmentation du nombre d'individus au bénéfice d'une prise en charge par l'EMPA montre une réelle demande et un besoin de soins pour ces personnes fragiles, ainsi que de la part du réseau de soins pour les accompagner et les soutenir dans leur mission.

Le résultat des études de satisfaction menées auprès des médecins traitants et bénéficiaires des interventions de l'EMPA valide un authentique besoin de soutien et d'accompagnement dans le cadre du *care management* de ces personnes.¹⁰ Ce besoin de renfort et d'accompagnement des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients complexes et multimorbes est souligné par Monod et coll.,¹¹ dans une perspective de *case management* de ces situations le plus souvent complexes. Cela ne peut se faire qu'en améliorant la coordination entre les milieux stationnaire et ambulatoire, ainsi qu'en développant des prises en soins de plus en plus spécialisées sur les besoins spécifiques de l'individu. Il est constaté une fracture de plus en plus importante entre les besoins des personnes âgées en soins, en lien avec les maladies chroniques, et un système de santé s'organisant sur une prise en charge de type aigu et centré sur l'organe.¹² À l'heure actuelle, de multiples programmes de «Chronic Disease Management» se développent en Europe^{13,14} et en Amérique du Nord¹⁵ avec un objectif commun de pouvoir coordonner les soins, en se concentrant sur l'itinéraire d'un patient. Ces soins doivent être basés sur l'Evidence-Based Practice, et les bénéficiaires doivent être inclus de façon active. Ces éléments peuvent être facilités par le développement de la télémédecine, du dossier patient informatisé commun, ou encore par des itinéraires cliniques clairement identifiés par les différents partenaires du réseau. Ces objectifs sont possibles avec le développement

des *nurses practitioners*, ou infirmières de pratique avancée (IPA), dont le canton de Vaud se veut être un pionnier avec le développement de tels programmes depuis 2018. Le rôle de ces professionnels est de pouvoir assumer des responsabilités cliniques élargies et de venir en soutien aux divers intervenants auprès du patient souffrant de pathologies chroniques.¹⁶

Un tel dispositif pilote de développement des soins communautaires en PAA, avec le renforcement des équipes mobiles, a été rendu possible grâce à un effort significatif de tous les partenaires. Ainsi, malgré la fermeture de 19 lits, l'HPAA a pu continuer à accueillir les patients nécessitant un séjour en milieu psychiatrique grâce à une contraction de la durée d'hospitalisation passant de 42 à 37 jours sur la période observée.¹⁷ Cela illustre le résultat positif d'une impulsion politique forte, qui parfois peut se montrer crispante pour les acteurs de réseau mais pousse au changement et à l'évolution des politiques de santé publique. Ce changement n'a pu être possible que grâce à des efforts significatifs de communication tant en interne, dans les différents milieux de soins, qu'en externe, afin de réussir à trouver un message de santé publique fort, faisant sens pour tous les acteurs du projet.

CONCLUSION

Ce dispositif pilote a permis la réalisation d'un projet ambitieux. Bien que n'ayant pu clairement baisser le recours à l'hospitalisation, le déploiement de cette équipe mobile a permis l'accompagnement d'un nombre croissant de résidents en situation de crise en privilégiant les soins sur le lieu de vie lorsque cela était possible.

En lien avec les recommandations formulées en fin de rapport, il est nécessaire de pouvoir développer de telles structures dans les autres secteurs du canton, afin que chacun puisse bénéficier d'une telle approche, et d'alternative à une hospitalisation, dont on connaît le coût tant financier que sur l'aggravation de la dépendance fonctionnelle chez les âgés.

Le projet «Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique» est arrivé à son terme fin 2018. Dès janvier 2019, il devient un des éléments inclus

dans le projet d'optimisation de la réponse à l'urgence communautaire voulu par le Département de la santé et de l'action sociale. Développé dans la région lausannoise uniquement, il sera progressivement déployé dans les autres régions du canton.

Ce dispositif pilote démontre la capacité de remise en question des structures et des équipes soignantes, dans un contexte difficile de fermeture de lits avec ses effets systémiques. Il pointe les faiblesses de nos systèmes de soins: obstacles dans la collaboration interinstitutionnelle, manque de moyens de transmission des données des bénéficiaires, compétences cliniques parfois lacunaires ou non adaptées à la complexification des situations à prendre en soins. Il soulève aussi la question de plus en plus présente d'une médicalisation des EMS, en lien avec la multimorbidité des résidents de ces structures et le besoin d'accompagnement sur la question du «Chronic Care Management».

La rapidité de l'évolution du contexte tel que les éléments épidémiologiques, effets démographiques sur les systèmes de santé, économie de ces mêmes systèmes, connaissances scientifiques oblige les acteurs à des adaptations constantes. Ce projet aura permis d'explorer une forme alternative de prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques par le renforcement de la coordination et de la collaboration interdisciplinaire, dont le but est avant tout de se centrer sur le bien-être du bénéficiaire.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Sous l'impulsion forte de la santé publique, des changements dans les soins à domicile des personnes âgées en situation de crise psychique ont été possibles
- De telles équipes mobiles seront appelées à se développer pour d'autres spécialités afin d'accompagner la population vieillissante
- La limite de ces interventions restera la capacité des bénéficiaires à accepter une médicalisation grandissante de leur lieu de vie

1 Moreau A. Perspectives de population 2015 – 2040 Vaud et ses régions. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures; 2016.

2 Prospectif no 3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des séniors à l'horizon 2040. Septembre 2017.

3 Barman PO. Hospitalisation des personnes en provenance d'EMS. Lausanne: Service de la santé publique; 2014.

4 OFSP. La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Berne; 2015.

5 Vaud Ed. Politique cantonale du canton de Vaud « Vieillissement et santé ». Rapport du comité d'experts. Lausanne; 2012.

6 Statistique Vaud. Tableau de synthèse – santé. Disponible sur : www.scris.vd.ch/Default.aspx?DomId=1530

7 Exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de Santé (LRSA), p. 16-17, DSAS, Canton de Vaud.

8 Merçay C. Le recours aux services d'urgences en Suisse, description des différences cantonales (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

9 Description du dispositif. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique, DGS. Disponible sur : www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/EMS_SUPAA/SSP-EMS-SUPAA_Formu_1705_Pres_Dispo_3-E.pdf

10 Rapport de la Direction générale de la santé. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique.

Avril 2019:23-7.

11 **Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Ruedin HJ. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et de la littérature. Document de travail 25. Novembre 2007, OBSAN.

12 *Giroud P, Puhan M, Früh M, Zimmermann-Fehr D, Ehrler M. Succès concret du Chronic Care Management en ambulatoire. Bull Med Suisses 2018;99:56-9.

13 Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Busse R. Chronic disease management in Europe. Eurohealth 2009;15:1-4.

14 Timpel P, Lang C, Wens J, Contel JC, Schwarz PEH. The Manage Care Model – Developing an Evidence-Based and Expert-Driven Chronic Care Management

for Patients with Diabetes. Int J Integr Care 2020;20:1-13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4646>

15 *Hendrix C, Wojciechowski CW. Chronic care management for the elderly: an opportunity for gerontological nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract 2005;17:263-7.

16 Article 124b de la Loi sur la santé publique vaudoise.

17 **Rapport de la Direction générale de la santé. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique. Avril 2019:20.

* à lire

** à lire absolument

Lumière – obscurité et trouble bipolaire

Drs FRANÇOISE JERMANN^a, HÉLÈNE RICHARD-LEPOURIEL^a et Pr JEAN-MICHEL AUBRY^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1745-7

Le rythme circadien généré par l'horloge biologique structure le fonctionnement de l'être humain sur une période de presque 24 heures. Cette horloge est quotidiennement «mise à l'heure» par des synchroniseurs internes et externes parmi lesquels la lumière est la plus puissante. Plusieurs perturbations tant cliniques que biologiques observées chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire sont évocatrices d'un dérèglement du rythme circadien. Ainsi, des traitements permettant de moduler l'horloge biologique ont été développés. Actuellement, les résultats de la luminothérapie ne sont pas unanimes et cela nous invite à mieux préciser les modalités du traitement. La thérapie par l'obscurité est une intervention prometteuse, peu étudiée et ouvre donc de belles perspectives de recherche.

Light – darkness and bipolar disorder

Circadian rhythmicity generated by the biological clock structures the functioning of human beings over a period of almost 24 hours. This clock is entrained daily by internal and external cues among which light is the most powerful. Several disturbances, whether clinical or biological, observed in bipolar disorders are suggestive of a disruption of the circadian rhythm. Thus, treatments that modulate the biological clock have been developed. So far, the results of light therapy are not unanimous and invite us to better specify the treatment modalities. Dark therapy is a promising intervention that is still not much studied nowadays and therefore opens up great prospects for research in the future.

RYTHME CIRCADIEN

Le fonctionnement biologique de l'être humain est régi par un rythme endogène appelé rythme circadien dont la période est de presque 24 heures (*circa*, «presque»; *dies*, «jour»). Le rythme circadien est une composante physiologique essentielle au fonctionnement, car il structure de nombreuses activités biologiques tels la sécrétion de certaines hormones (par exemple: cortisol, mélatonine), la température corporelle, la vigilance, les performances cognitives, le système cardiovasculaire, le système immunitaire, etc. Cette structure temporelle interne est générée par l'horloge biologique, située dans les noyaux suprachiasmatiques (NSC) de l'hypothalamus. L'activité rythmique de l'horloge biologique est sous-tendue, au niveau moléculaire, par de nombreux gènes exprimés de manière cyclique, avec un système de rétrocontrôle.¹ L'horloge biologique comporte les caractéristiques suivantes: 1) elle a un fonctionnement endogène d'une période moyenne de 24,2 heures; 2) elle est quotidiennement «mise à l'heure» par des synchroniseurs (appelés Zeitgebers, «donneurs de

temps») pour s'ajuster au rythme environnemental qui se déroule sur 24 heures. Les synchroniseurs peuvent être internes (sécrétion de la mélatonine, par exemple) ou externes (alternance lumière-obscurité, contacts sociaux, prises alimentaires, par exemple); 3) il y a une cohérence physiologique (synchronisation interne): la sécrétion de la mélatonine, par exemple, concorde avec la diminution de la température corporelle.

SYNCHRONISATION DE L'HORLOGE BIOLOGIQUE PAR LA LUMIÈRE

L'un des synchroniseurs majeurs de l'horloge biologique est la lumière. La synchronisation de l'horloge biologique par la lumière passe par une projection depuis la rétine vers les NSC. Cette projection se fait par des cellules spécifiques, intrinsèquement photosensibles, distinctes des voies visuelles (cônes et bâtonnets), appelées cellules ganglionnaires à mélancopsine.

Si l'exposition à la lumière est un élément essentiel à la synchronisation de l'horloge biologique, l'absence de lumière l'est également. En effet, certaines hormones comme la mélatonine, synchronisateur interne essentiel de l'horloge biologique, sont sécrétées par la glande pineale par l'intermédiaire des NSC uniquement en l'absence de lumière. La sécrétion de la mélatonine régule en partie les processus physiologiques tels que la somnolence ou la thermorégulation et a donc une influence sur le rythme veille-sommeil.

Le fait que l'apparition et la disparition de la lumière puissent être artificiellement contrôlées permet de moduler l'horloge biologique, selon plusieurs facteurs: 1) l'intensité lumineuse. Il s'agit d'un effet dose-réponse: plus l'intensité lumineuse est élevée, plus l'effet sur l'horloge sera important. Toutefois, en dessous de 10 lux, il n'y a pas d'impact et au-dessus de 600 lux, il y a saturation (1 lux correspond à la lumière émise par une bougie à 1 mètre et 100 000 lux à la lumière à midi un jour d'été ensoleillé); 2) la couleur de la lumière. Les cellules ganglionnaires à mélancopsine sont particulièrement sensibles à une longueur d'onde d'environ 480 nm qui correspond au bleu; 3) le moment de l'exposition. En s'exposant à la lumière le soir, l'horloge biologique sera retardée alors qu'en s'exposant le matin, l'horloge biologique sera avancée.

RYTHME CIRCADIEN ET TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble bipolaire est caractérisé par la répétition d'épisodes dépressifs et hypomanes ou maniaques intercalés de périodes normothymiques (euthymiques). Ces deux états thymiques (dépressifs versus hypomanes ou maniaques) sont très contrastés, non seulement en termes d'énergie et d'activité,

^aService des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
francoise.jermann@hcuge.ch | helene.richard-lepouriel@hcuge.ch
jean-michel.aubry@hcuge.ch

mais également au niveau du sommeil (hypersomnie ou insomnie versus réduction du besoin de dormir).

Plusieurs perturbations, tant cliniques que biologiques, observées chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire sont évocatrices d'un dérèglement du rythme circadien. Certains auteurs relèvent qu'une perturbation du rythme circadien pourrait être le résultat d'un manque de synchronisation entre l'horloge biologique et l'environnement.² Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire seraient particulièrement sensibles aux irrégularités des routines quotidiennes (par exemple heure du coucher, du réveil, des repas), aux événements de vie majeurs ou aux irrégularités des rythmes sociaux qui pourraient occasionner des difficultés de synchronisation de l'horloge biologique. Par ailleurs, les auteurs d'une revue de la littérature concernant le chronotype, indicateur du rythme biologique, mentionnent que les personnes souffrant d'un trouble bipolaire présentent un décalage de phase et ont une préférence pour un chronotype du soir (couche-tard/lève-tard) en comparaison à un groupe contrôle.³

De plus, d'un point de vue hormonal, le dérèglement du rythme circadien s'exprime notamment par des anomalies de sécrétion de la mélatonine. Certaines études ont ainsi montré des variations en fonction de l'état thymique: augmentation et avance du pic de la sécrétion en phase maniaque et diminution et retard du pic en phase dépressive.² Toutes les études ne sont toutefois pas unanimes et cette question nécessite encore d'autres recherches.

CHRONOTHÉRAPIE ET TROUBLE BIPOLAIRE

Compte tenu de cette hypothèse de dérégulation du rythme circadien, plusieurs traitements ayant potentiellement un impact sur l'horloge biologique (chronothérapie) ont été étudiés chez des personnes souffrant d'un trouble bipolaire. Nous mettrons ici principalement l'accent sur les traitements qui ont pour objectif de moduler l'horloge biologique en intervenant sur la présence ou l'absence de lumière. Il existe néanmoins d'autres traitements de chronothérapie tels que la privation de sommeil (ou thérapie de l'éveil), l'utilisation d'agonistes de la mélatonine ou la psychothérapie centrée sur les rythmes sociaux ou sur l'insomnie.⁴

Thérapie par la lumière

L'utilisation de la luminothérapie a montré des effets positifs pour le traitement de la dépression unipolaire saisonnière et des troubles du sommeil depuis plus d'une quarantaine d'années et, plus récemment, pour le traitement d'épisodes dépressifs unipolaires non saisonniers ou en post-partum. Des études ont également été menées auprès de patients souffrant d'un épisode dépressif dans le contexte d'un trouble bipolaire.

Deux méta-analyses concernant la luminothérapie pour les troubles bipolaires sont particulièrement instructives. La première⁵ a porté sur 11 études publiées entre 1995 et 2015. Les auteurs concluent que la symptomatologie dépressive est significativement réduite pour les personnes ayant suivi une luminothérapie. Toutefois, ils soulignent que les études incluses

sont pour la plupart basées sur une méthodologie qui ne permet pas de tirer des conclusions claires sur l'impact de la luminothérapie en tant que telle car la plupart des études évaluent la luminothérapie en combinaison avec la thérapie d'éveil ou un traitement pharmacologique. De plus, peu d'études comportent un groupe contrôle ou sont randomisées et contrôlées.

La seconde méta-analyse⁶ n'a inclus que les études randomisées et contrôlées, ce qui représente 6 études publiées entre 2000 et 2019. Contrairement à la méta-analyse citée ci-dessus et aux recommandations du groupe de travail de l'International Society for Bipolar Disorders basées sur une revue de la littérature et un consensus d'experts, les résultats de cette méta-analyse ne soutiennent pas l'hypothèse que la luminothérapie ait un effet favorable sur la symptomatologie dépressive pour des patients souffrant d'un trouble bipolaire. Les auteurs nuancent ces résultats en soulignant que cette méta-analyse repose sur des études ayant utilisé des méthodologies très variables et donc difficilement comparables. Par ailleurs, peu de patients sont inclus. Au niveau méthodologique, relevons que la luminothérapie utilisée dans les études varie considérablement en termes d'intensité lumineuse (10000 lux, 7000 lux, 5000 lux ou encore 2500 lux), de couleur (blanche, bleue), de durée (7,5 à 45 min, 30 min, 15 à 60 min) ou du moment d'exposition (8 à 10 heures, 12 à 14 h 30, 6 h 30 à 9 heures). Or, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, ces éléments sont essentiels pour la synchronisation de l'horloge biologique. À ce stade, les données de la littérature nous invitent donc à poursuivre les recherches pour définir plus clairement quelles caractéristiques de la luminothérapie permettraient d'avoir un impact sur la symptomatologie dépressive.

Thérapie par l'obscurité

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la possibilité de synchroniser l'horloge biologique pour des patients souffrant d'un trouble bipolaire en les plaçant dans l'obscurité. Ainsi, deux présentations de cas^{7,8} de patients bipolaires souffrant de cycles rapides (4 épisodes thymiques par année) ainsi qu'une étude pilote incluant des patients en phase maniaque⁹ ont montré des résultats encourageants (stabilisation). Les auteurs soulignent toutefois la difficulté d'adhérence au traitement: les patients devaient rester durant 14 heures dans l'obscurité sans stimulation sensorielle alors que l'état thymique était caractérisé par une élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité. En 2008, Phelps et coll.¹⁰ ont documenté une série de 21 patients souffrant d'un trouble bipolaire dans un état euthymique à qui ils ont proposé de porter des lunettes blue blockers le soir. Les verres de ces lunettes ont la particularité de bloquer à 100% la composante bleue de la lumière (verres teintés orange; *amber glasses*). Le port de lunettes blue blockers crée donc une obscurité virtuelle/artificielle. Les résultats identifiés par Phelps et coll. indiquent une amélioration du sommeil pour 50% des personnes. Depuis, l'utilisation de ces lunettes a aussi permis de montrer des effets positifs (stabilisation) chez un patient schizoaffectif¹¹ et un patient en phase maniaque.¹²

À notre connaissance, uniquement deux études randomisées contrôlées portant sur l'utilisation de lunettes blue blockers par des patients souffrant d'un trouble bipolaire ont été

effectuées jusqu'ici. La première a été réalisée par une équipe norvégienne.¹³ Ces auteurs ont inclus des patients souffrant d'un trouble bipolaire et hospitalisés en phase maniaque. Une partie des patients ont porté des lunettes blue blockers alors que l'autre partie (groupe contrôle) ont porté des lunettes à verres transparents (placebo), quotidiennement de 18 à 8 heures du matin durant 7 jours. Les participants avaient pour consigne d'enlever les lunettes au moment d'éteindre la lumière et de les remettre s'ils l'allumaient avant 8 heures du matin. Les résultats indiquent une diminution significative du score de manie (questionnaire Young Mania Rating Scale (YMRS)) dans le groupe des personnes ayant porté les lunettes blue blockers en comparaison au groupe contrôle après seulement 3 jours. La taille de l'effet rapporté est très élevée. Du point de vue de la faisabilité, les auteurs soulignent que le port des lunettes blue blockers était bien toléré malgré l'état maniaque.

La seconde étude contrôlée randomisée a été menée au Japon.¹⁴ Ces chercheurs ont évalué l'effet des lunettes blue blockers, comparativement à des lunettes à verres transparents, portées par des patients souffrant d'un trouble bipolaire dans un état euthymique, sur la qualité du sommeil et le rythme circadien. Les participants devaient porter les lunettes à partir de 20 heures jusqu'au moment d'aller au lit et cela durant 2 semaines. Les résultats n'indiquent pas de différence entre les deux groupes concernant la qualité du sommeil. En revanche, ils montrent un changement significatif du rythme circadien (mesuré par un questionnaire de chronotype) allant dans le sens d'une avance de phase pour les personnes ayant porté les lunettes blue blockers comparées au groupe contrôle. À noter toutefois que plusieurs facteurs nuancent les résultats, notamment la prise de traitements ayant une influence sur la régulation du sommeil pour les trois quarts des participants. À ce stade, les premières études de la thérapie de l'obscurité ainsi que les études randomisées contrôlées montrent donc des résultats prometteurs sur la symptomatologie maniaque et plus contrastés pour le sommeil chez les

personnes en phase euthymique. Cela nous invite clairement à poursuivre les études dans ce domaine.

CONCLUSION

En résumé, nous pouvons relever que l'horloge biologique est sensible à la lumière et peut être synchronisée par celle-ci. L'hypothèse d'un dérèglement de l'horloge biologique chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire suggère que ces patients pourraient bénéficier de traitements synchronisateurs liés à l'exposition à la lumière et/ou à l'obscurité. Toutefois, beaucoup de questions demeurent ouvertes. En effet, pour être efficace, les modalités exactes de la luminothérapie doivent encore être déterminées. Quant à la thérapie de l'obscurité, celle-ci n'en est qu'à son balbutiement et ouvre donc la perspective de recherches passionnantes.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le rythme circadien, généré par l'horloge biologique, est une composante physiologique essentielle au fonctionnement humain car il structure de nombreuses activités biologiques
- L'horloge biologique est synchronisée quotidiennement par des synchronisateurs internes ou externes parmi lesquels la lumière est le synchronisateur externe le plus puissant
- Des indicateurs cliniques et biologiques suggèrent un dérèglement de l'horloge biologique chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire
- La luminothérapie et la thérapie par l'obscurité permettent de moduler l'horloge biologique et sont donc des interventions intéressantes pour les personnes souffrant d'un trouble bipolaire

1 Rosensweig C, Green CB. Periodicity, repression, and the molecular architecture of the mammalian circadian clock. *Eur J Neurosci* 2020;51:139-65.

2 Takaesu Y. Circadian rhythm in bipolar disorder: A review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci* 2018;72:673-82.

3 Melo MCA, Abreu RLC, Linhares Neto VB, de Bruin PFC, de Bruin VMS. Chronotype and circadian rhythm in bipolar disorder: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2017;34:46-58.

4 Gottlieb JF, Benedetti F, Geoffroy PA, et al. The chronotherapeutic treatment of bipolar disorders: A systematic review and practice recommendations from the ISBD task force on chronotherapy and chronobiology. *Bipolar Disord*

2019;21:741-73.

5 *Tseng PT, Chen YW, Tu KY, et al. Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: A meta-analytic study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26:1037-47.

6 *Takeshima M, Utsumi T, Aoki Y, et al. Efficacy and safety of bright light therapy for manic and depressive symptoms in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74:247-56.

7 Wehr TA, Turner EH, Shrimada JM, et al. Treatment of rapidly cycling bipolar patient by using extended bed rest and darkness to stabilize the timing and duration of sleep. *Biol Psychiatry* 1998;43:822-8.

8 Wirz-Justice A, Quinto C, Cajochen C, Werth E, Hock C. A rapid-cycling bipolar patient treated with long nights, bedrest, and light. *Biol Psychiatry* 1999;45:1075-7.

9 Barbini B, Benedetti F, Colombo C, et al. Dark therapy for mania: a pilot study. *Bipolar Disord* 2005;7:98-101.

10 Phelps J. Dark therapy for bipolar disorder using amber lenses for blue light blockade. *Med Hypotheses* 2008;70:224-9.

11 Gomez-Bernal G. Dark therapy for schizoaffective disorder. A case report. *Med Hypotheses* 2009;72:105-6.

12 Henriksen TE, Skrede S, Fasmer OB, et al. Blocking blue light during mania – markedly increased regularity of sleep and rapid improvement of symptoms: a case report. *Bipolar Disord* 2014;16:894-8.

13 **Henriksen TE, Skrede S, Fasmer OB, et al. Blue-blocking glasses as additive treatment for mania: a randomized placebo-controlled trial. *Bipolar Disord* 2016;18:221-32.

14 *Esaki Y, Takeuchi I, Tsuboi S, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of adjunctive blue-blocking glasses for the treatment of sleep and circadian rhythm in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2020, online ahead of print.

* à lire

** à lire absolument

Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles

Dr GABRIEL THORENS^a et Pr DANIELE ZULLINO^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1748-50

Un regain d'intérêt est constaté pour l'usage des psychédéliques dans le traitement des addictions. Le mode d'action des psychédéliques pourrait être expliqué par l'effet addictolytique de la substance ou par un effet amplificateur d'un vécu d'une expérience unique. Si des études manquent sur les effets addictolytiques intrinsèques des psychédéliques, la recherche fondamentale met en évidence une augmentation de la neurogenèse dans le cortex préfrontal. Chez l'homme, l'efficacité pourrait être expliquée par l'intensité de l'expérience vécue. Si l'aspect purement expérientiel est la clé de l'efficacité du traitement, cela renforce l'idée que les psychédéliques agissent comme renforçateurs de l'expérience psychothérapeutique par une exposition à des stimuli internes intenses et inhabituels.

Psychotherapy assisted by psychedelics, intense and unusual exposures therapy

There is a renewed interest in the use of psychedelics in the treatment of addictions. The mode of action of psychedelics could be explained by the addictolytic effect of the substance or by an amplifying effect a unique experience. If studies are lacking on the intrinsic addictolytic effects of psychedelics in humans, animals and in vitro experiences show an increase in neurogenesis. In humans, the effectiveness could be explained by the intensity of the lived experience. If the purely experiential aspect is the key to the effectiveness of treatment, it strengthens the idea that psychedelics act as reinforcers of the psychotherapeutic experience by exposure to intense and unusual internal stimuli.

INTRODUCTION

La recrudescence d'intérêt dans les propriétés thérapeutiques des psychédéliques (principalement le diéthyllysergamide (LSD) et la psilocybine) amène la communauté scientifique à reprendre des études sur l'efficacité thérapeutique de ces produits, avec des résultats encourageants en psychiatrie, notamment pour traiter l'anxiété et la dépression.^{1,2} Un autre champ d'étude prometteur est l'utilisation des psychédéliques pour soigner les addictions.³⁻⁵

BESOIN D'ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Ce sont les étapes de vie importantes qui marquent les individus. De quoi allons-nous nous souvenir préférentiellement? De toutes les fois où nous avons bu un café et mangé un croissant le matin ou de notre premier jour d'école? Si cela est une évidence presque banale, ce ne l'est pas dans le développement de pathologies psychiatriques sévères, comme les syndromes de stress post-traumatique où il suffit d'un événement unique pour marquer définitivement la vie et le fonctionnement psychique d'un individu. On voit donc que l'intensité d'un événement unique peut jouer un rôle marquant.

Si apprendre le violon n'est pas possible lors d'un événement unique et nécessite de l'entraînement, du temps et de la répétition, il est possible d'arrêter d'en jouer d'un jour à l'autre. L'analogie avec l'addiction pourrait être celle-ci: il faut également du temps et de la répétition pour développer un comportement addictif (personne ne fume trois paquets de cigarettes par jour le lendemain de sa première cigarette), mais la possibilité d'arrêter d'un jour à l'autre est possible et réaliste. Pour décider de cet arrêt, il faut généralement une bonne raison. Si nous nous référons aux déterminants essentiels pour amorcer un changement de comportement, il faut considérer qu'il a de l'importance, que le moment est venu et que la personne concernée est capable de le faire. Il faut donc que l'événement atteigne un seuil significatif en termes de saillance pour que l'individu initie un changement.

Si la psychothérapie classique offre des thérapies reconnues et efficaces pour modifier les comportements, nous pourrions souligner qu'il manque des étapes significatives balisées ayant un fort impact sur l'individu (banalisation de la psychothérapie: être traité par Freud lui-même dans les débuts de la psychothérapie avait sans doute une saillance plus élevée que de «voir un psy» aujourd'hui).

Il est néanmoins vrai de noter que dans les récits de psychothérapie réussie, une parole ou une session particulière a amené à un changement significatif profond, mais cela ne peut pas être prévu ou organisé à l'avance.

PRATIQUES CHAMANIQUES

Dans ce sens, l'engouement actuel pour les pratiques chamaniques de type cérémonie avec ingestion d'ayahuasca⁶ semble répondre à ce besoin d'événements marquants. Toutes ces

^aService d'addictologie, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
gabriel.thorens@hcuge.ch | daniele.zullino@hcuge.ch

pratiques demandent une préparation préalable, un investissement en argent et en temps, une anticipation grandissante de l'événement, alimentée par l'aspect mystique, privatif, mystérieux et, sur le moment, une expérience psychosensorielle extrême et unique dans le sens qu'elle n'a, en principe, jamais été vécue par la personne qui participe. L'intensité du vécu de l'expérience mystique est mise en avant comme facteur important de l'expérience.⁷

Remplaçons la cérémonie chamanique par un voyage à Europa Park. Si un individu s'attend à ce que les sensations fortes vécues à Europa Park lui permettent d'arrêter de fumer, des effets similaires pourraient être produits: préparation à l'événement, anticipation grandissante et expérience psychosensorielle extrême sur le moment. Si la personne, dans ce contexte, guérit de son addiction, c'est uniquement la saillance/croyance de l'efficacité du traitement qui va permettre un changement de comportement.

MÉCANISME D'ACTION DES PSYCHÉDÉLIQUES

Dans la thérapie assistée par psychédéliques, nous pouvons donc considérer que deux mécanismes entrent en jeu et sont sans doute au service l'un de l'autre. Le premier est l'effet intrinsèque de la substance, indépendamment de l'effet psychotrope perçu. Le second est l'effet psychotrope, qui, dans une perspective de thérapie cognitive, réalise une exposition, non pas à des stimuli externes potentiellement nouveaux, angoissants, mais à des stimuli internes nouveaux, surprenants, merveilleux, mystiques, éventuellement inquiétants, etc.

Si, comme dans la thérapie cognitive, une expérience d'exposition est le traitement de choix pour diminuer la peur ou augmenter la maîtrise associée à l'objet auquel s'expose le patient, une mauvaise exposition peut augmenter le traumatisme (phénomène de sensibilisation). Le principe est le même pour les psychédéliques (*bad trip* pouvant entraîner un traumatisme psychique comparable à un syndrome de stress post-traumatique).

Il faut donc un contexte rassurant pour que l'expérience vécue soit thérapeutique. Généralement, c'est la confiance dans l'individu qui mène la thérapie plus que dans la molécule elle-même qui génère le fait que l'expérience va se dérouler sans traumatisme. Les participants auront tendance à vérifier qui est le chaman, le psychiatre et s'ils ont une bonne réputation, plutôt que de demander une analyse chimique préalable du produit ou du médicament ingéré (ce qui ferait parfois même plus de sens d'un point de vue sécuritaire). L'accompagnant a donc la fonction d'organiser une exposition pour que celle-ci soit significative et non traumatique.

COMPARAISON AVEC UN TRAITEMENT PAR EXPOSITION

Concernant l'analogie avec un traitement d'exposition au sens classique en thérapie cognitivo-comportementale, il faut amener quelques précisions: en effet, le but recherché dans un traitement d'exposition est la répétition de l'exposition afin d'amener un phénomène d'atténuation et de prévention

de la réponse (évitement, comportement de sécurité, etc.).⁸ Ainsi, un individu qui a peur du vide, en se confrontant de manière répétée au fait de s'approcher de la barrière du balcon, va augmenter son sentiment de maîtrise (il constate alors qu'il ne va pas tomber ou être attiré par le vide) amenant ainsi un effet de violation de l'attente: le scénario catastrophe attendu ne se produit pas. Il en découle alors la diminution de la perception du danger et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle avec, comme conséquence, une diminution de la peur et des symptômes associés. Dans une expérience psychédélique, ce n'est pas l'effet recherché. Pour que l'événement soit marquant, il faut qu'il garde un caractère unique et spécial. Ainsi, lorsqu'on parle d'exposition, il ne s'agit pas de s'exposer de manière répétée à la même situation, mais bien d'expérimenter des sensations fortes nouvelles qui devraient, en principe, être considérées comme un événement marquant unique.

Dans la littérature sur les traitements par psychédéliques, l'accent semble donc plutôt être mis sur l'impact de l'intensité des sensations vécues lors de la prise plutôt que sur l'efficacité intrinsèque du produit sur les addictions.⁹ La plupart des protocoles prévoient un nombre limité de séances sous psychédéliques (généralement pas plus de trois séances) pour justement éviter qu'il y ait une habituation aux effets des psychédéliques. Les séances où le produit est pris sont anticipées et préparées avec soin. Elles durent généralement plus longtemps, le psychiatre est présent durant toute la séance, le lieu où elle se déroule doit être chaleureux, agréable, avec éventuellement un support musical. La raison pour laquelle est proposée généralement plus d'une séance permet néanmoins une légère forme d'habituation. La peur anticipatoire de l'effet du produit peut empêcher les patients de se laisser aller à l'expérience. Ainsi, une deuxième, voire une troisième, séance doit garder un caractère spécial, mais permet à la personne d'avoir moins d'appréhension et de mieux profiter des effets.

CONCLUSION

Nous avons donc mis l'accent sur le caractère spécial d'une expérience psychédélique comme principal facteur de traitement. Si la substance a des propriétés antiaddiction intrinsèques, il faudrait alors confirmer son efficacité par des études contrôlées randomisées. Si cela est prouvé, le fait que les psychédéliques sont utiles dans le traitement des addictions grâce à leur potentielle propriété addictolytique sera renforcée. La stimulation de la neurogenèse est une hypothèse actuelle.¹⁰ Des études, principalement de microdosage des psychédéliques, démontrent qu'ils ont une action (en l'occurrence sur la perception du temps) sans altération des perceptions objectives.¹¹ À notre connaissance, aucune étude avec des doses n'entraînant pas de changement des perceptions objectivables pour l'addiction n'a été publiée à ce jour.

Mais si des études continuent à démontrer que c'est le vécu intense qui conditionne le changement, il faudra alors considérer les psychédéliques comme efficaces de par leurs effets facilitateurs et amplificateurs; ce serait en quelque sorte des exhausteurs non pas de goût, mais d'expérience. Et la possible banalisation de leur utilisation diminuerait leur efficacité.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- On dénote un intérêt croissant de la psychothérapie assistée par la prise de psychédérique notamment dans le traitement des addictions
- L'efficacité clinique pourrait être expliquée par un phénomène d'exposition intense à des stimuli internes qui amène à une prise de conscience et à des éventuels changements de comportement
- Le phénomène de nouveauté et de mode pourrait augmenter l'effet placebo de la thérapie, un effet addictolytique direct des psychédéliques reste encore à démontrer

1 **Muttoni S, Ardissono M, John C. Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: A systematic review. *J Affect Disord* 2019;258:11-24.

2 Dos Santos RG, Bouso JC, Alcazar-Corcoles MA, Hallak JEC. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018;11:889-902.

3 Johnson MW, Garcia-Romeu A, Griffiths RR. Long-term follow-up of psilocybin-facilitated smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43:55-60.

4 *Bogenschutz MP, Pommy JM. Therapeutic mechanisms of classic hallucinogens in the treatment of addictions: from indirect evidence to testable hypotheses. *Drug Test Anal* 2012;4:543-55.

5 *Krebs TS, Johansen PO. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychopharmacol* 2012;26:994-1002.

6 Loizaga-Velder A, Verres R. Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence--Qualitative Results. *J Psychoactive Drugs* 2014;46:63-72.

7 Barrett FS, Johnson MW, Griffiths RR. Validation of the revised Mystical Experience Questionnaire in exper-

imental sessions with psilocybin. *J Psychopharmacol* 2015;29:1182-90.

8 *Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 2014;58:10-23.

9 Amegadzie S, Mennenga S, Podrebarac S, et al. Psilocybin-Assisted Treatment for Alcohol Use Disorder: A Clinical Perspective. *Am J Addict* 2018;27:317.

10 Ly C, Greb AC, Cameron LP, et al. Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity. *Cell Rep* 2018;23:3170-82.

11 Yanakieva S, Polychroni N, Family N, et al. The effects of microdose LSD on time perception: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2019;236:1159-70.

* à lire

** à lire absolument

Agitation aiguë chez l'adulte: proposition d'un algorithme de traitement psychopharmacologique

Dre SÉVERINE CRETTOLE WAVRE^a, Dr NICOLAS ANSERMOT^a, GUIBERT SIBAILLY^a, Dr FRÉDÉRIK VANDENBERGHE^a, CAROLE GRANDJEAN^a, BRUNO TEIXEIRA ROBALO^b, Drs SYLFA FASSASSI GALLO^b, JACQUES THONNEY^b, ALESSANDRA SOLIDA-TOZZI^b, Prs PHILIPPE CONUS^b et CHIN-BIN EAP^{a,c,d,e}

Rev Med Suisse 2020; 16: 1751-5

Le traitement aigu de l'agitation en psychiatrie fait partie des situations urgentes pour lesquelles des recommandations de prise en charge sont nécessaires. Diverses recommandations internationales existantes ont été évaluées et adaptées à notre pratique clinique ainsi qu'aux médicaments disponibles en Suisse afin de proposer une stratégie de prise en charge uniformisée au sein de notre hôpital. Cette stratégie inclut un algorithme de choix de traitement avec différentes options selon la situation clinique et la voie d'administration possible. Des recommandations de doses pour les voies orale et intramusculaire, certains paramètres pharmacocinétiques, ainsi que les risques d'interactions et des mises en garde importantes figurent également dans cette recommandation clinique.

Rapid tranquilisation in adults: algorithm proposed for psychopharmacological treatment

Acute treatment of agitation in psychiatry is one of the urgent situations for which management recommendations are needed. Various existing international recommendations have been evaluated and adapted to our clinical practice and to the drugs available in Switzerland in order to propose a uniform management strategy in our hospital. This strategy includes a treatment choice algorithm with different options depending on the clinical situation and the possible route of administration. Dose recommendations for the oral and intramuscular routes, certain pharmacokinetic parameters, as well as risks of interactions and important warnings are also included in this clinical recommendation.

INTRODUCTION

L'agitation aiguë peut survenir dans le contexte de maladies psychiatriques, somatiques ou d'abus de substances. Les symptômes psychotiques sont fréquents dans de tels

contextes et peuvent contribuer à l'émergence de comportements agressifs ou violents.¹ Les recommandations existantes pour le traitement de l'agitation aiguë (ou *rapid tranquillisation* en anglais) se basent sur un certain nombre d'études cliniques, mais comme il est souvent difficile de réaliser des études bien conduites dans ces circonstances, des considérations théoriques et surtout basées sur l'expérience clinique sont également prises en compte.¹

Notre démarche vise à adapter les données issues de revues systématiques récentes de la littérature sur ce sujet^{2,3} ainsi que de diverses recommandations internationales existantes,^{1,4-6} à notre pratique clinique, ainsi qu'aux médicaments et formes galéniques disponibles en Suisse, afin de proposer une stratégie de prise en charge uniformisée au sein des Services de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie du CHUV et disponible pour les cliniciens (www.chuv.ch/uppc).

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Un certain nombre de principes généraux sont communs à la plupart des recommandations existantes et permettent de fixer le cadre du traitement de l'agitation aiguë.^{1,4-6}

L'agitation aiguë requiert une prise en charge urgente et prioritaire. Durant l'épisode aigu, la cause de l'agitation doit être réévaluée régulièrement. Les approches non médicamenteuses verbales et non verbales, telles que la désescalade verbale ou la régulation de la stimulation environnementale, doivent être privilégiées. Un certain nombre de ces stratégies sont décrites dans d'autres publications.^{5,7}

L'implication du patient dans la prise en charge et les choix de traitement doit être favorisée autant que possible. Si un traitement pharmacologique est jugé indispensable, avant toute prescription, il est nécessaire d'obtenir une anamnèse clinique et médicamenteuse, y compris durant les dernières 24 heures, afin de rechercher une cause iatrogène, de privilégier des médicaments qui ont été efficaces par le passé et de prévenir des interactions médicamenteuses. L'administration orale doit toujours être privilégiée dans la mesure du possible. L'administration intramusculaire (IM) est indiquée uniquement suite à l'échec de persuader le·la patient·e d'une prise orale, et doit être remplacée par la forme orale dès que possible. En cas d'injection intramusculaire, la surveillance devrait être aussi fréquente que possible, en particulier dans les 2 à 4 pre-

^aUnité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique, Centre de neurosciences psychiatriques, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^bService de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^cCentre de recherche et d'innovation en sciences pharmaceutiques cliniques, CHUV, 1011 Lausanne, ^dSection des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^eInstitut des sciences pharmaceutiques de Suisse occidentale, Université de Genève, 1211 Genève 4
severine.crettol-wavre@chuv.ch | nicolas.ansermot@chuv.ch
guibet.sibailly@chuv.ch | frederik.vandenbergh@chuv.ch
carole.grandjean@chuv.ch | bruno.robalo@chuv.ch | sylfa.fassassi@chuv.ch
jacques.thonney@chuv.ch | alessandra.solida@chuv.ch
philippe.conus@chuv.ch | chin.eap@chuv.ch

mières heures après l'injection, et ajustée en fonction de l'état d'agitation et de la dangerosité potentielle du patient. Cette surveillance doit inclure la survenue d'effets indésirables, la tension artérielle, le pouls, la température, la respiration, l'état de conscience et d'hydratation. Si la situation clinique l'exige, il peut être nécessaire de maintenir cette surveillance étroite au-delà de 4 heures après l'injection.

Dans les situations d'agitation aiguë avec antécédents de violence et risques pour l'intégrité corporelle du patient et des intervenants, la contention mécanique doit faire partie des options cliniques associées au traitement pharmacologique pour les 2 à 4 premières heures.

Après l'épisode aigu, le traitement prescrit ne doit pas être poursuivi sans une évaluation globale de la balance bénéfice-risque, notamment des effets secondaires extrapyramidaux et métaboliques.

CHOIX DE TRAITEMENT

Un algorithme de choix de traitement adapté d'un consensus américain⁴ est proposé à la **figure 1**. Cet algorithme tient compte de la cause présumée de l'agitation avec plusieurs options proposées, allant de la forme orale à l'injection intramusculaire selon la gravité de la situation. Les molécules recommandées incluent des antipsychotiques et benzodiazépines.^{1,4-6}

Le choix de traitement doit également tenir compte des comorbidités somatiques et des possibles interactions médicamenteuses avec les autres médications que le patient-e pourrait prendre et qui doivent également être considérées pour guider le choix de la molécule, de la dose administrée ou de la fréquence d'administration. Par exemple, la prise concomitante d'un inhibiteur enzymatique va impliquer une diminution de la vitesse d'élimination du traitement administré avec un risque d'accumulation et de surdosage. Une attention toute particulière doit être portée aux antécédents d'intervalle QT corrigé (QTc) allongé ainsi qu'à la présence de facteurs de risque de prolongation de cet intervalle (notamment comédications/substances pouvant allonger le QTc ou connues pour provoquer des torsades de pointe).

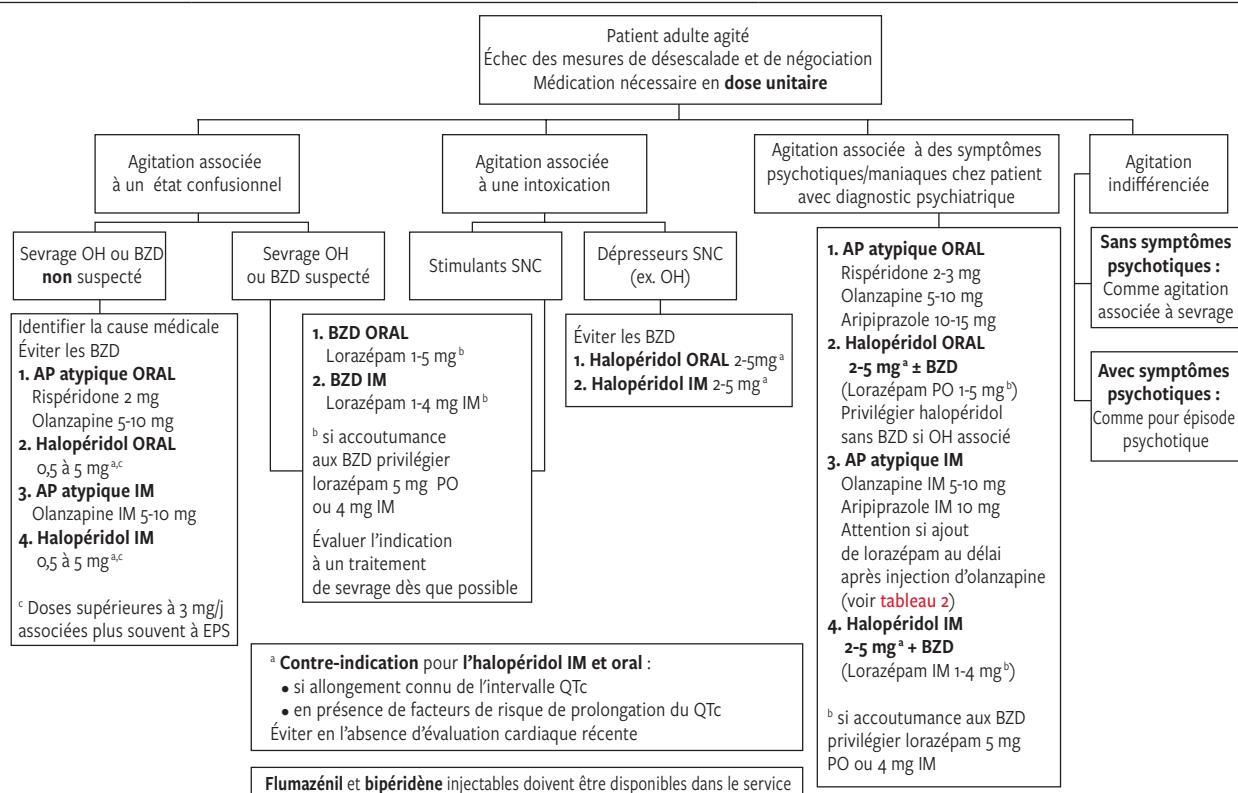
Les doses minimales efficaces doivent être utilisées en particulier chez les patients n'ayant pas bénéficié dans le passé des mêmes médicaments. Elles doivent également être adaptées en cas d'insuffisance hépatique, rénale et/ou respiratoire selon la médication prescrite. Les **tableaux 1** et **2** décrivent les modalités posologiques et pharmacocinétiques des traitements oraux et intramusculaires proposées dans l'algorithme. Le **tableau 3** liste les principaux risques liés aux injections intramusculaires.

En cas de problème respiratoire sévère (par exemple, BPCO, *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*), il est recommandé de suivre l'algorithme, mais sans introduire de nouveaux traite-

FIG 1 Algorithme de choix de traitement de l'agitation aiguë²⁻⁶

Voir **tableaux 1** et **2** pour les modalités de traitement oral et intramusculaire.

AP: antipsychotique; BZD: benzodiazépine; EPS: symptômes extrapyramidaux; IM: intramusculaire; OH: alcool; SNC: système nerveux central; PO: per os.



(Adaptée de réf. 4).

TABLEAU 1**Résumé des modalités de traitement oral^a**

Tmax: temps nécessaire pour atteindre le pic de concentration plasmatique (à noter que l'effet sédatif peut débuter avant le Tmax); BZD: benzodiazépine; IM: intramusculaire.

Médications orales selon algorithme	Dose initiale	Intervalle entre les administrations	Dose maximale par 24 h	Tmax	Remarques
Rispéridone	2-3 mg	2 h	6 mg	1 h	Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique ou rénale
Olanzapine	5-10 mg	2 h	20 mg	6 h	Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique Prudence en cas d'insuffisance respiratoire
Aripiprazole	10-15 mg	2 h	30 mg	3-5 h	Prudence en cas d'insuffisance hépatique sévère
Halopéridol	2-10 mg	2 h (max 10 mg/12 h)	20 mg	3-6 h	Contre-indiqué: • si allongement connu de l'intervalle QTc • et/ou en présence de facteurs de risque d'allongement du QTc (comédications ou prise de substances, hypokaliémie, âge...) Éviter en l'absence d'évaluation cardiaque récente ³ Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique
Lorazépam	1-5 mg (5 mg si accoutumance aux BZD)	1 h	7,5 mg (12 mg si accoutumance aux BZD)	2 h	Prudence en cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire Rapidité d'action identique pour les formes orodispersible et IM

TABLEAU 2**Résumé des modalités de traitement intramusculaire^{b-11}**

Tmax: temps nécessaire pour atteindre le pic de concentration plasmatique (à noter que l'effet sédatif peut débuter avant le Tmax); BZD: benzodiazépine; IM: intramusculaire; inj: injection; PO: per os.

^aSelon la biodisponibilité (60-70%) l'équivalence IM → PO serait d'environ 1:1,5, mais Swissmedic indique d'utiliser une équivalence plus prudente de 1:1.⁸ Pour le passage PO → IM, le rapport 1,5:1 peut être utilisé.

^bAdministration intramusculaire validée au Royaume-Uni¹⁰ et en Allemagne¹¹ mais hors indication en Suisse.

Médications IM selon algorithme	Dose	Intervalle entre administrations	Dose maximale par 24 h	Tmax	Commentaires si adjonction nécessaire	Remarques
Olanzapine	5-10 mg/inj	2 h après la 1 ^{re} inj puis 4 h après la 2 ^e inj Max 3 inj/jour	20 mg	15-45 min	Lorazépam IM possible, mais respecter délai de minimum 1 h après olanzapine IM ⁹ Équivalence: 5 mg IM = 7,5 mg PO	Réduction de posologie si insuffisance hépatique Prudence en cas d'insuffisance respiratoire
Aripiprazole	10 mg/inj	2 h Max 3 inj/jour	30 mg	1-3 h	Équivalence: 10 mg IM = 10 mg PO	Prudence en cas d'insuffisance hépatique sévère
Halopéridol	2-5 mg/inj	1 h	20 mg	20-40 min	Équivalence: ^a 5 mg IM → 5 mg PO 7,5 mg po → 5 mg IM	Contre-indiqué : • si allongement connu de l'intervalle QTc • et/ou en présence de facteurs de risque d'allongement du QTc (comédications ou prise de substances, hypokaliémie, âge...) Éviter en l'absence d'évaluation cardiaque récente ³ Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique
Lorazépam^b	0,025-0,03 mg/kg/inj ¹⁰ 0,05 mg/kg/inj ¹¹ 1-4 mg/inj (4 mg/inj si accoutumance aux BZD)	2-6 h	7,5 mg (12 mg si accoutumance aux BZD)	1-1,5 h	Olanzapine IM possible, mais respecter délai de minimum 2 h après lorazépam IM Équivalence: 2 mg IM = 2 mg PO	Prudence en cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire Rapidité d'action identique pour formes IM et orodispersible

ments d'olanzapine et ainsi de privilégier la rispéridone pour l'administration orale ou l'halopéridol (\pm lorazépam) pour l'administration intramusculaire en l'absence de contre-indication, notamment cardiaque. Au vu du risque de dépression respiratoire, la dose minimale de lorazépam doit être prescrite et les benzodiazépines de plus longue demi-vie (telles que le diazépam) devraient être évitées. La lévomépromazine et le zuclopentixol devraient également être évités. Dans tous les

cas, une surveillance rapprochée est préconisée ainsi que le maintien des traitements en cours si possible.

ANTIPSYCHOTIQUES

Dans la plupart des situations d'agitation, les antipsychotiques atypiques doivent être préférés aux antipsychotiques

TABLEAU 3**Principaux risques associés aux injections intramusculaires^{1,3-6}**

À noter que les traitements intramusculaires sont contre-indiqués chez les patients sous anticoagulation,⁸ la voie orale doit être privilégiée chez ces patients, et la voie sous-cutanée est possible au cas par cas et pour certaines molécules uniquement.

Antipsychotiques	Benzodiazépines
<ul style="list-style-type: none"> Perte de connaissance Complications cardiovasculaires et respiratoires Collapsus (risque de mort subite) Prolongation de l'intervalle QTc et torsades de pointe Convulsions Sédation excessive Effets extrapyramidaux tels que akathisie, dystonie aiguë, mouvements involontaires, dyskinésie Syndrome neuroleptique malin 	<ul style="list-style-type: none"> Perte de connaissance Dépression respiratoire ou arrêt respiratoire Collapsus cardiovasculaire (en particulier chez les patients recevant également la clozapine ou l'olanzapine en intramusculaire) Réaction paradoxale avec agression

classiques en raison de leur profil d'effets secondaires plus favorable en administration aiguë et d'une efficacité similaire.¹⁻⁶ Une exception est l'intoxication à l'alcool, situation pour laquelle des données solides sont disponibles principalement pour l'halopéridol.^{4,6}

Les anticholinergiques ne doivent pas être prescrits d'office, mais seulement en cas d'antécédents ou d'apparition d'effets secondaires extrapyramidaux. Il est par contre recommandé de les prescrire en réserve (per os (PO) ou IM) si la situation clinique le justifie.

En cas d'injection intramusculaire, une prudence particulière est de rigueur en présence de pathologies cardiaques documentées, de comédications et/ou prise de substances (notamment cocaïne ou alcool) pouvant allonger l'intervalle QT ou d'autres facteurs de risque de prolongation de celui-ci (hypokaliémie, âge...).

Concernant l'olanzapine, il est recommandé d'éviter l'administration parentérale chez des patients connus pour des troubles cardiovasculaires.⁸ De plus, afin d'éviter une dépression respiratoire, il est nécessaire de respecter un délai minimum entre une injection intramusculaire d'olanzapine et une injection intramusculaire de benzodiazépine (modalités décrites dans le tableau 2).⁹ À noter que le risque de sédation excessive et de dépression respiratoire est d'autant plus élevé dans un contexte d'alcoolisation.^{1,4}

Concernant l'halopéridol, comme indiqué dans l'algorithme, ce traitement n'est pas recommandé en première intention, sauf exception en cas d'alcoolisation, en raison du risque de prolongation de l'intervalle QT, de torsades de pointe (voir contre-indications) et de l'incidence plus élevée de dystonies aiguës, qu'avec les antipsychotiques atypiques.^{1,4} En l'absence d'évaluation cardiaque récente, l'halopéridol ne devrait pas être administré au vu des alternatives disponibles en Suisse.³

Du fait de son délai d'action et du risque important d'effets extrapyramidaux aigus, l'administration de zuclopentixol intramusculaire (Clopixol Acutard) n'est pas indiquée pour une prise en charge urgente. Bien que l'effet sédatif survienne environ 2 heures après l'injection, avec un effet maximal après 8 heures, le pic de concentration plasmatique n'est

atteint qu'environ 24 à 48 heures après l'injection en raison d'une forme galénique pouvant être qualifiée de mini-dépôt.^{1,5} Son administration peut être envisagée seulement si le-la patient-e a déjà reçu cette médication sous forme orale ou IM avec une réponse satisfaisante et une bonne tolérance. De plus, vu ses caractéristiques pharmacocinétiques (pic de concentration plasmatique retardé et demi-vie de 21 heures), il faut tenir compte des interactions avec toutes les comédications administrées dans les 3 jours suivant l'injection.

BENZODIAZÉPINES

Les propriétés pharmacocinétiques du lorazépam, notamment sa courte demi-vie, l'absence de métabolite actif, et son faible potentiel d'interactions médicamenteuses, ainsi que la commercialisation de formes orales et injectables, en font la benzodiazépine de choix pour le traitement de l'agitation aiguë.

Le temps pour atteindre la concentration maximale (Tmax) est déterminant pour la prise en charge de l'agitation aiguë, or pour le lorazépam, le Tmax de la forme orodispersible est identique à celui de la forme intramusculaire, la rapidité d'action entre ces deux formes galéniques est donc identique.⁵ L'administration de la forme orodispersible de lorazépam est donc d'autant plus à privilégier.

À noter que l'administration intramusculaire du lorazépam comme traitement de l'agitation n'est pas officiellement indiquée en Suisse⁸ mais qu'elle l'est dans d'autre pays, notamment le Royaume-Uni¹⁰ ou l'Allemagne.¹¹ Les modalités de traitement se trouvent dans les tableaux 1 et 2 et les risques liés aux injections intramusculaires dans le tableau 3. De plus, afin d'éviter une dépression respiratoire, il est nécessaire de respecter un délai minimum entre une injection intramusculaire de lorazépam et une d'olanzapine (modalités décrites dans le tableau 2).⁹

Ces dernières années, la forme injectable du lorazépam a souvent été indisponible en Suisse et en Europe. Dans ces circonstances et en l'absence de meilleure alternative, le diazépam injectable peut être utilisé en tenant compte de sa longue demi-vie et de la présence de métabolites actifs à très longues demi-vies. La posologie recommandée est de 0,1 à 0,2 mg/kg en injection intramusculaire en fonction de l'état d'agitation, qui peut être répétée à intervalle de 8 heures si nécessaire.⁸ Lors d'injection intramusculaire, le taux d'absorption du diazépam est variable (résorption partielle et retardée) et dépend du site et de la profondeur d'injection.⁸ Le Tmax survient après environ 1 heure 20 (intervalles: 40 minutes-2 heures) pour le diazépam et plus tardivement pour les métabolites actifs. Vu la longue demi-vie d'élimination du diazépam et de ses métabolites actifs (diazépam: 24 à 48 heures; desméthyldiazépam: 40-100 heures), il faut tenir compte d'un effet d'accumulation sur la première semaine en cas d'administration répétée. Ce risque est encore accru en cas d'insuffisance hépatique.⁸ En cas de comédication avec l'olanzapine injectable, au vu du risque de sédation excessive et de dépression respiratoire, un délai de 6 heures entre une injection de diazépam et une injection ultérieure d'olanzapine et un délai de 1 heure entre une injection d'olanzapine et une

injection ultérieure de diazépam sont à respecter, compte tenu de la pharmacocinétique et pharmacodynamie de ces deux molécules.

CONCLUSION

Le traitement de l'agitation aiguë est complexe et suscite de nombreuses questions de la part des soignants. La mise en place de recommandations locales de traitement de l'agitation aiguë, incluant des principes généraux, un algorithme de traitement et des modalités de prescription, devrait permettre une amélioration de la prise en charge des patients.

Conflits d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Privilégier autant que possible les approches non médicamenteuses (désescalade verbale, régulation de la stimulation environnementale)
- Baser le traitement sur la cause la plus probable de l'agitation (selon l'algorithme en **figure 1**) et utiliser les doses minimales efficaces
- Privilégier la forme orale si possible et n'administrer de médicaments sous forme intramusculaire que suite à l'échec de persuader le-la patient-e d'une prise orale, puis passer à la forme orale dès que possible
- Préférer les antipsychotiques atypiques aux classiques sauf en cas d'intoxication à l'alcool (plus de données pour l'halopéridol dans ce cas)
- En cas d'injection intramusculaire, surveiller aussi fréquemment que possible (en fonction de l'état d'agitation et de la dangerosité potentielle du patient) les paramètres vitaux et l'apparition d'effets indésirables
- Après l'épisode aigu, ne pas poursuivre le traitement prescrit sans une évaluation globale de la balance bénéfice-risque à long terme

- 1 Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13^e éd. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2018.
- 2 Zun LS. Evidence-Based Review of Pharmacotherapy for Acute Agitation. Part 1: Onset of Efficacy. *J Emerg Med* 2018;54:364-74.
- 3 *Zun LS. Evidence-Based Review Of Pharmacotherapy For Acute Agitation. Part 2: Safety. *J Emerg Med* 2018;54:522-32.
- 4 **Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The psychopharmacology of

- agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Psychopharmacol* 2012;13:26-34.
- 5 *Patel MX, Sethi FN, Barnes TR, et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. *J Psychopharmacol* 2018;32:601-40.
 - 6 *Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus.

- World J Biol Psychiatry* 2016;17:86-128.
- 7 Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13:17-25.
 - 8 Information sur les médicaments, Swissmedic [En ligne]. Disponible sur : www.swissmedicinfo.ch
 - 9 Base de données publiques des médicaments, France [En ligne]. Disponible sur : base-donnees-publique.

- medicaments.gouv.fr/index.php
- 10 electronic Medicines Compendium (eMC) UK [En ligne]. Disponible sur : www.medicines.org.uk/emc/
 - 11 PatientenInfo-Service, Gebrauchsinformationsverzeichnis für Deutschland [En ligne]. Disponible sur : www.patienteninfo-service.de/

* à lire

** à lire absolument

QCM D'AUTO-ÉVALUATION

Testez vos connaissances...

Lumière – obscurité et trouble bipolaire

(voir article p. 1745)

- 1.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Porter des lunettes *blue blockers* (thérapie par l'obscurité):

- A.** Favorise la sécrétion de la mélatonine
- B.** Améliore l'introspection
- C.** Permet la diminution de la symptomatologie maniaque
- D.** Est utile en phase dépressive
- E.** A un effet de stabilisation de l'humeur

Réponses correctes: ACE

Agitation aiguë chez l'adulte: proposition d'un algorithme de traitement psychopharmacologique

(voir article p. 1751)

- 4.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- A.** Les approches non médicamenteuses verbales et non verbales doivent toujours être privilégiées
- B.** Le traitement prescrit durant l'épisode aigu doit être poursuivi au long cours
- C.** Les antipsychotiques atypiques sont le traitement de choix pour l'agitation non associée à une intoxication
- D.** La forme orale doit toujours être privilégiée
- E.** Le lorazépam intramusculaire agit plus rapidement que la forme orodispersible

Réponses correctes : ACD

Intérêts et nécessité du renfort des soins à domicile dans le cadre des situations de crise psychique**Le résultat d'une politique de santé publique forte**

(voir article p. 1741)

- 2.** Ce dispositif a permis l'élaboration de plusieurs recommandations afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées sur leur lieu de vie. Lesquelles sont issues du rapport mentionné?

- A.** Le développement de l'interdisciplinarité et de la transversalité entre les institutions
- B.** Une baisse significative des hospitalisations en psychiatrie de l'âge avancé
- C.** Le dispositif doit être réservé aux centres universitaires uniquement
- D.** Ce dispositif doit être considéré comme un moyen parmi d'autres d'accompagner les patients en situation de crise psychique
- E.** Une réflexion est nécessaire sur la montée en compétences des équipes soignantes d'établissements médicaux-sociaux et de centres médicaux-sociaux

Réponses correctes: ADE

Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles

(voir article p. 1748)

- 3.** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Le mode d'action supposé de la psychothérapie assistée par la prise de psychédélique est:

- A.** Une libération de dopamine dans le système mésolimbique
- B.** Assimilable à un traitement par exposition en thérapie cognitive et comportementale
- C.** Un vécu comparable à une décompensation psychotique transitoire
- D.** Une altération momentanée des perceptions visuelle et olfactive
- E.** Une diminution de la neurogenèse dans le cortex préfrontal

Réponse correcte: B

Réponses correctes: 1ACE, 2ADE, 3B, 4ACD

Hypnose en médecine d'urgence: bousculons nos habitudes!

Drs THOMAS SCHMUTZ^a, Pr VINCENT RIBORDY^a, Drs PHILIPPE AÏM^b, CAROLINE PHAM-DINH^c, FRANÇOIS BRAUN^c et NAZMINE GULER^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 1757-62

L'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété est aujourd'hui largement démontrée. Si cette technique est d'usage courant en anesthésie et psychiatrie, son utilisation en situation d'urgence est encore peu développée. Les champs d'application en médecine d'urgence (MU) hospitalière et préhospitalière sont pourtant multiples et, contrairement aux idées reçues, les urgences sont le lieu idéal pour la pratique de l'hypnose. C'est une technique fiable, sûre, efficace et peu coûteuse que tout soignant peut apprendre. Elle renforce la relation soignant-soigné et nous aide à intervenir autrement, plus humainement et plus sereinement.

Hypnosis in emergency medicine: let's change our habits!

The effectiveness of hypnosis in the management of pain and anxiety has been widely demonstrated today. While this technique is commonly used in anesthesia and psychiatry, its use in emergencies is still poorly developed. The fields of application in hospital and extra-hospital emergency are however multiple and, contrary to popular belief, emergencies are the ideal place for the practice of hypnosis. Hypnosis is a reliable, safe, effective and inexpensive technique that any caregiver can learn. It strengthens the caregiver-patient relationship and helps us to treat differently, more humanly and more serenely.

INTRODUCTION

Le recours aux services d'urgence (SU) en Europe ne cesse d'augmenter et les attentes de la population envers ces services sont de plus en plus importantes. Dans ce contexte de surcharge, la prise en charge de la douleur et de l'anxiété du patient coincé entre attente et soins devient un véritable défi pour les soignants. L'efficacité de l'hypnose médicale dans cette prise en charge n'est plus à prouver,¹⁻⁸ cette indication a fait l'objet de centaines d'études. Elle ne remplace pas les thérapeutiques recommandées ni les techniques d'analgesie-sédation standardisées mais arrive en complément. Si son utilisation s'est largement développée dans les services d'anesthésie, elle reste anecdotique en situations aiguë et d'urgence, que ce soit en SU ou en préhospitalier. Contraire-

ment aux idées reçues, en SU, elle n'a pas besoin d'être longue et formelle. Nous décrivons ici ses indications potentielles en urgence et son impact sur la médecine d'urgence (MU), qu'elle soit hospitalière ou préhospitalière. S'initier ou se former à l'hypnose, l'essayer et la pratiquer, c'est souvent l'adopter. Aux urgences, elle bouscule, dans le bon sens, le quotidien, celui des patients mais aussi celui des soignants. De quoi convaincre les plus «hypno-sceptiques»!

POURQUOI PROPOSER L'HYPNOSE EN SERVICE D'URGENCE?

Avant tout: pour soigner autrement, plus humainement. En 2016, la centaine de SU des hôpitaux suisses ont pris en charge, 1722 millions de patients, soit 4718 admissions par jour pour une population de 8,372 millions d'habitants. 14% de la population a ainsi consulté une fois le SU d'un hôpital, avec de fortes variations entre les cantons.⁹ En France, la fréquentation des SU français a doublé en 10 années, passant de 10 à 21 millions entre 1996 et 2016. Cette hausse d'activité touche tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).¹⁰ Parallèlement à celle-ci, une augmentation trop faible de l'offre a majoré les délais d'attente, les temps de passage, les flux de patients et les sollicitations des équipes médico-soignantes.¹¹ Afin d'y faire face, les SU s'organisent: le triage des patients et le métier d'infirmier d'urgence se professionnalisent, la prescription d'antalgiques dès l'accueil du patient est médico-délégée aux soignants sur la base de protocoles et la formation en analgésie-sédation des médecins spécialistes en MU se développe.¹²⁻¹³ Là où tout devient hypertéchnique, minuté et presque robotisé, les rapports humains, sources de nos vocations, deviennent plus complexes. L'attention au patient finit parfois par être secondaire, les soignants y perdent même leurs repères, leurs valeurs et leur empathie.¹⁴ On ouvre en grand la porte à l'épuisement professionnel. La «crise des urgences» est liée à de nombreux facteurs, mais la dégradation du confort de travail et de la relation entre soignants et soignés y est certainement pour quelque chose.

Même avec tous les efforts, les urgences resteront toujours perçues par beaucoup comme une zone hostile et angoissante, parce qu'à première vue, ces services sont remplis de tensions, cris, douleurs, tristesse, colère et parfois agressivité. Le patient ne voulait pas y être et surtout ne pas y attendre parce qu'il consulte pour un problème qu'il estime urgent. Il suffit d'analyser les plaintes adressées à un service pour comprendre que nombreuses sont liées à un défaut d'accueil du malade ou de communication entre le patient, sa famille et l'équipe soignante.¹⁵ Contre toute attente, ces urgences

^aService des urgences-SMUR, HFR Fribourg - Hôpital cantonal, Chemin des Pensionnats 2-6, 1708 Fribourg, ^bInstitut UTHyL, 12 rue de la Chaussée-d'Antin, 75009 Paris, France, ^cCUESIM, Faculté de médecine, Université de Lorraine, 9 avenue de la Forêt de Haye, BP 20199, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy, ^dStructures de médecine d'urgence, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville, 1 Allée du Château, F-57085 Ars-Laquenexy, France
thomas.schmutz@h-fr.ch | vincent.ribordy@h-fr.ch | dr.philippe.aim@gmail.com
caroline.phamdinh@yahoo.fr | nazmine.guler@hotmail.com

surchargées sont la place idéale pour la pratique de l'hypnose parce que le patient douloureux ou stressé est déjà dissocié en état hypnotique. On parle de transe négative (par opposition à la transe «positive», thérapeutique qu'on appelle hypnose). Son attention est focalisée sur sa zone douloureuse ou son anxiété, sa pensée est portée exclusivement sur un futur douloureux à venir et se traduit par une angoisse importante.¹⁶ Il occulte son environnement. Il est littéralement hypnotisé par son problème, hyperfocalisé. Dans ces moments, le patient est «suggestible»: les mots, les explications des soignants doivent être pesés parce qu'ils peuvent aggraver cet état et créer de véritables résistances aux soins.¹⁷ C'est le poids des mots sur les «maux» et l'hypnose médicale a particulièrement développé la communication pour l'optimiser et entraîner l'adhésion des patients. En adoptant une communication positive, en faisant l'asepsie du langage de ses mots toxiques, on rend le patient collaboratif, acteur de son parcours aux urgences. On réhumanise son parcours, on l'aide à mieux accepter l'attente et les soins. Il est facile de lui proposer ou d'introduire ici une séance d'hypnose.

TECHNIQUES D'APPROCHE HYPNOTIQUE DU PATIENT AUX URGENCES

L'Association américaine de psychologie (APA) définit l'état hypnotique comme «un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion».¹⁸ Le terme «hypnose» inclut aussi la technique permettant d'induire cet état. Cet état de conscience modifiée est avant tout un état physiologique, naturel, accessible à tout cerveau humain dans certaines conditions.¹⁹

Hypnose formelle

Elle suit un schéma prédéfini (induction, approfondissement, phase de travail avec suggestions thérapeutiques et réveil) et nécessite une formation approfondie en hypnothérapie. Le patient est informé de l'utilisation de cette technique et accepte d'entrer en transe hypnotique. De façon contre-intuitive, l'annonce de l'hypnose (par rapport à d'autres mots comme «relaxation») améliore l'adhésion du patient et l'effet de la séance.²⁰ Mais celui-ci doit faire confiance au praticien pour vivre cette expérience hypnotique. Il peut exprimer ici une réticence, par peur de perdre le contrôle de son cerveau, de libérer des émotions ou du fait de fausses croyances sur l'hypnose dont l'image est dégradée par celle de spectacle.²¹ Le praticien doit alors le rassurer et l'informer. La confiance est malgré tout vite acquise aux urgences: le patient est en souffrance et cherche un remède. Pour lui, tous les moyens efficaces sont bons. On rencontre rarement de refus explicite.

Hypnose conversationnelle

Développée à partir des travaux du psychiatre américain M. H. Erickson, elle se différencie de l'hypnose formelle parce qu'elle ne suit pas cet enchaînement prédéfini. C'est une façon différente d'aborder le patient. Elle est improvisée au sein d'une conversation qui peut sembler banale au patient et se poursuivre même s'il est en hypnose. L'objectif initial est de le rassurer en adoptant une communication positive et de

créer avec lui un lien privilégié. Entre autres, on bannit tous mots et communication à connotation délétère et sources d'anxiété. C'est assez facile et presque amusant. Par exemple, on peut remplacer l'usage de négations («N'ayez pas peur, ça ne fait pas mal, ne pensez pas à un ours blanc»)²² par des affirmations plus «audibles» («Soyez rassuré»). On évite ainsi l'effet nocebo.²³⁻²⁵ Ces techniques de communication sont facilement enseignées et transmissibles rapidement d'un soignant à un autre sur le terrain. On est ici dans un processus naturel qui permet d'attirer l'attention du patient au-delà du problème pour lequel il est amené à consulter afin de le désangoisser et faciliter les soins. On parle là de communication hypnotique ou issue de l'hypnose.²⁶ On peut ensuite se servir des techniques utilisées en hypnose conventionnelle (focalisation, métaphores, suggestions) et réaliser au sein de cette conversation en apparence banale une véritable induction hypnotique. Cet exercice permet au patient d'entrer en transe hypnotique plus légère sans avoir à préciser tout le cadre et contrer toutes les idées reçues. On évite les résistances décrites précédemment. Cette pratique est très adaptée à l'exercice en MU et les patients comme les soignants y sont très réceptifs. Par définition, l'hypnose aux urgences, comme le reste de l'exercice en SU, est improvisée. On est loin du concept d'anesthésie programmée avec sa consultation pré-opératoire. Au cours de ces séances, on peut utiliser le mot «hypnose»; comme pour la morphine, il existe un «label hypnose» et le mot en lui-même favorise l'adhésion du patient aux suggestions hypnotiques.^{20,27}

Hypoanalgésie et hypnosédation

L'hypnothérapeute aux urgences est avant tout un soignant. Son objectif n'est pas de proposer du «tout hypnose»; les méthodes non pharmacologiques ne se substituent pas aux traitements antalgiques usuels. L'urgentiste se doit avant tout d'utiliser les techniques d'analgésie et de sédation recommandées dans le cadre de son exercice,²⁸ même s'il est déjà prouvé qu'il est possible de se passer d'analgésiques chez les patients les plus hypnotisables. Lorsqu'il associe ces méthodes thérapeutiques à l'hypnose, on parle d'hypoanalgésie et d'hypnosédation.²⁹ C'est la technique de choix aux urgences.

IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES AUX URGENCES

Communication hypnotique: pour tout soignant et tous patients dès l'accueil

Chaque étape du parcours du patient aux urgences peut être revue en y intégrant les techniques de communication visant à lutter contre la transe négative «urgences-induite»²⁴ et à modifier les sensations désagréables sur lesquelles le patient s'hyperfocalise. On rend le parcours du patient plus confortable, voire agréable. On lui permet subtilement (sans lui marteler «Pensez à autre chose!») de fixer son attention ailleurs que sur le processus douloureux et son anxiété des soins. Cela peut s'intégrer dans les autres projets de service et démarches d'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil aux urgences. On sensibilise toute l'équipe à «communiquer autrement». On favorise l'écoute et l'empathie, valeurs de nos professions, avec des outils concrets plus que des principes abstraits. La plupart des soignants pensent déjà

bien faire; avec l'hypnose on fait mieux que ce que l'on fait déjà! Certains hôpitaux ont fait le choix d'en faire un projet d'établissement.³⁰

Hypoanalgesie et hypnosédation

Douleur aiguë

La douleur aiguë est l'un des motifs les plus fréquents de consultation aux urgences, qu'elle soit d'origine médicale (douleurs thoraciques, abdominales, céphalées...) ou traumatique (fractures, luxations, plaies...), voire psychologique (crise d'angoisse...). Malgré des recommandations fortes,²⁸ l'analgésie et la sédation en SU se heurtent à plusieurs obstacles: des flux importants de patients, une sous-évaluation de l'intensité douloureuse, des antécédents du patient parfois méconnus et la crainte du praticien de décompenser un état précaire sous-jacent, tous les médicaments sédatifs ou anesthésiques étant dépresseurs cardiovasculaire ou respiratoire.³¹⁻³² Cette inquiétude est encore plus marquée aux âges extrêmes de la vie³² ou en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. Le patient consultant aux urgences est par définition «estomac plein», avec un risque d'inhalation trachéobronchique non négligeable. Les formations de plus en plus poussées des médecins spécialistes en MU permettent de forcer ces résistances, mais l'oligoanalgesie résiste parfois. Dans ce contexte, l'hypnose est aussi un moyen non pharmacologique utile en complément des antalgiques. Elle en potentialise les effets, permet de diminuer les doses et les effets secondaires des analgésiques utilisés. Elle intervient comme traitement d'appoint et renforce par effet synergique l'effet du traitement classique. De manière indirecte, elle va induire une sortie plus rapide et réduire le temps de passage en diminuant celui de surveillance nécessaire après des analgésies plus poussées.³³

Douleur procédurale ou induite par les soins

Il s'agit de douleurs ou d'inconfort, voire d'anxiété, provoquées par les soignants lors de réalisation de soins (drainage d'abcès, suture de plaie, réduction de fractures ou de luxations, soins dentaires...) ou de l'utilisation de thérapeutique (ventilation non invasive, anesthésie locale ou locorégionale, pose d'abord veineux périphérique ou central, gazométrie artérielle, ponction lombaire, drainage pleural, sondage urinaire, sonde nasogastrique...).²⁶ Leur survenue est prévisible et très fréquente aux urgences. L'expérience de ces soins douloureux ou inconfortables est traumatisante: elle peut provoquer une douleur plus importante lors des soins ultérieurs, entraîner une peur, voire une phobie, des prochains soins et des troubles du comportement. La douleur peut être prévenue par des mesures adaptées (prémedications avec des traitements antalgiques ou anxiolytiques, anesthésie locale ou topique, protoxyde d'azote...). L'hypnose peut être utilisée en complément de ces techniques et parfois seule. Elle permet au patient de mieux accepter et vivre les soins. Plusieurs études ont démontré une meilleure stabilité hémodynamique, une diminution de l'anxiété et de la douleur pendant mais aussi avant et après les soins.^{8,33} Les temps de procédure diminuent.

Douleur chronique et douleurs d'origine indéterminée, inexplicable

La douleur chronique est souvent sous-évaluée aux urgences. Parce que dite «chronique» ou «inexplicable», elle est souvent

considérée à tort par les urgentistes comme non urgente. Elle suscite des consultations itératives qui ne favorisent pas la coopération. Le traitement médical proposé en urgence a souvent une efficacité modérée et l'hypnose peut moduler l'intensité du message douloureux ressenti. Elle permet aussi de gérer les émotions qui accompagnent la douleur.³⁴ Il existe une réelle reconnaissance du patient dans sa douleur, ce qui suscite l'espoir et la possibilité parfois de rediriger les patients vers une prise en charge à long terme plus adaptée et d'éviter les *revolving-door syndromes* (patients ayant tendance à reconsulter régulièrement sur une courte période). Il peut s'agir de douleurs neuropathiques,³⁵ de lombalgies ou sciatalgies, de fibromyalgies,³⁶ de douleurs oncogènes, de douleurs abdominales inexplicées, voire de céphalées.³⁷⁻³⁸

Fin de vie et soins palliatifs

L'admission de patients en fin de vie ou en soins palliatifs n'est pas anecdotique aux urgences. Soignants et médecins peuvent se trouver isolés et dépourvus dans la prise en charge de ces patients et l'accompagnement de leurs proches.³⁹ Même si les soins palliatifs sont aujourd'hui bien structurés, l'approche du patient en fin de vie peut s'avérer complexe. L'hypnose ou la communication hypnotique a une place dans l'accompagnement du patient et de ses proches dans le processus de deuil, le soulagement de certains symptômes (douleur induite par les soins, douleurs aiguës ou chroniques, angoisse, dyspnée, vomissements). Elle soulage la détresse psychologique du patient et de sa famille et parfois même des soignants qui peuvent se sentir mal à l'aise dans ces situations difficiles. La communication hypnotique facilite aussi les annonces diagnostiques et pronostiques.

Urgences pédiatriques

L'utilisation de l'hypnose change profondément les soins en pédiatrie, elle les rend plus ludiques. Les enfants sont plus réceptifs à l'hypnose que les adultes. C'est entre 7 et 14 ans que les enfants sont les plus hypnotisables,¹⁷ car l'imagination et le jeu sont leur façon privilégiée d'apprendre et d'interagir avec le monde. Après cet âge, on rejoint la façon de faire d'un adulte et les implications thérapeutiques sont les mêmes. L'enfant doit être en confiance, les parents doivent être informés et rassurés pour éviter toute réticence à son utilisation. Soigner un enfant avec un minimum de soignants, dans le calme, sans contrainte ni force, avec des parents satisfaits et des sourires, est un luxe que les praticiens de terrain savent apprécier.

Urgences obstétricales

L'accouchement inopiné est par définition non prévisible et son caractère imprévu rend impossible l'analgésie périderale par les équipes d'urgence. L'arsenal thérapeutique de l'urgentiste pour la prise en charge des douleurs induites par le travail et l'accouchement est limité. L'hypnothérapie est une excellente technique d'accompagnement du travail et de l'accouchement.⁴⁰⁻⁴¹

Urgences préhospitalières

En préhospitalier, même si la formation des équipes préhospitalières et les techniques d'analgésie-sédation ont bien évolué, leur mise en œuvre sur le terrain n'est pas anodine. Les freins liés à une analgésie-sédation correctement conduite sont ici bien serrés. Le médecin est isolé, avec des possibilités

de renfort limitées. L'environnement et les conditions de travail peuvent être hostiles du fait des conditions climatiques ou de la configuration des lieux d'intervention. L'état de transe négative du patient est majeur.¹⁶ L'hypnose peut facilement être utilisée sur les lieux de l'intervention ou en cours de transport,⁴² les indications sont les mêmes qu'en intrahospitalier. Dans le syndrome coronarien, elle permet de limiter les doses de morphiniques, aujourd'hui décrits comme délétères.^{43,44} Elle facilite la mise en place d'une ventilation non invasive chez l'insuffisant respiratoire et la gestion des crises d'asthme chez l'asthmatique pour lesquels le transport peut s'avérer chaotique et source d'inconfort. L'environnement extrahospitalier ne doit pas être un frein à son utilisation même si sa mise en œuvre peut s'avérer plus délicate et nécessite une formation *ad hoc*.

Hypnose et régulation médicale

L'hypnose conversationnelle peut être utilisée par téléphone. Elle limite les tensions et l'anxiété de l'appelant qui ne comprend pas toujours le sens ni l'intérêt des questions qui lui sont posées, sa demande étant centrée sur l'envoi de secours qu'il juge urgent. Elle ne retarde pas l'engagement de moyens, elle est intégrée à l'interrogatoire habituel. En rassurant l'interlocuteur, la communication hypnotique permet d'obtenir avec habileté les renseignements administratifs prérequis à la régulation et de faciliter la réalisation de geste de secourisme (compression de plaie, refroidissement d'une brûlure, massage cardiaque externe...). Des séances d'hypnose très brèves permettent de gérer les crises d'anxiété aiguë.

Gestion du stress et de l'anxiété, de l'agressivité

Les publications et travaux de recherche ont largement démontré l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge du patient anxieux. Face à un comportement agressif, le soignant ne doit pas donner l'impression qu'il domine (pour éviter de provoquer encore plus d'agressivité), ni qu'il se soumet, et en même temps contrôler la situation (pour la pacifier), c'est la «position basse stratégique» très développée en hypnose. Il adopte un discours à la fois plus empathique et en utilisant un langage d'influence hypnotique. On évite ainsi l'escalade symétrique délétère à la relation soignant-soigné. Cela désamorcera bien des conflits et permettra une meilleure collaboration du patient et de ses proches. Erickson l'a dit: «La première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre l'être humain à modifier sa manière de penser; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même volontairement sa façon de penser.»²¹

AUTRES IMPACTS SUR UN SERVICE D'URGENCE

Relation patient-soignant

Les soins sous hypnose sont sources de calme et d'écoute. La relation patient-soignant devient différente, source d'apaisement.⁴⁵ Le patient devient acteur de son parcours de soins. Il se sent écouté et son apaisement induit le calme de «l'ambiance» autour de lui (médecins et soignants). La relation devient plus humaine et tout le monde est gagnant! Le patient exprime souvent sa reconnaissance. Le soignant est tiré vers le haut. Il en est plus heureux dans son travail, et devient plus impliqué. Il nous semble que le burnout recule à grands pas (des travaux sont en cours pour le démontrer).

Relation soignant-soignant et esprit d'équipe

La pratique de l'hypnose réveille l'enthousiasme des soignants et tend à changer la communication entre les professionnels. Elle diminue les tensions et induit un plus grand confort de travail.⁴⁵

Autohypnose, prévention du burnout et des stress post-traumatiques

Malgré la dimension humaine du travail dans les établissements de santé, les soignants perçoivent majoritairement une dégradation de leur emploi et de leur identité professionnelle dès que le flux de patients et la charge de travail augmentent: pas de bien-être sans bien faire.¹⁴ Dans un service surchargé, l'hostilité du public confronté à l'attente augmente et les personnels des urgences se sentent directement exposés au risque d'agression. Le rythme de travail (travail de nuit et de week-end, les horaires décalés) est aussi un facteur identifié d'épuisement. Plus le mal-être du soignant augmente, plus son empathie diminue. Et lorsque le soignant va mal, c'est le patient qui trinque. La pratique de l'hypnose et de l'autohypnose est décrite comme un facteur favorisant l'empathie et protecteur de l'épuisement émotionnel et du burnout.⁴⁶⁻⁵⁰ Si elle ne règle pas toute la problématique hospitalière, pour beaucoup de soignants, la pratique de l'hypnose leur a permis une prise de recul par rapport à leur service, une meilleure gestion de leur anxiété, leurs émotions, leur sommeil, ce qui a eu un impact direct sur leur qualité de vie. Les témoignages sont multiples.

Hypnose dans les relations interprofessionnelles et hypnocoaching

Si la reconnaissance de l'hypnose en médecine est bien établie, son rôle comme outil de communication au travail reste à établir. Il suffit de s'intéresser aux formations en management pour savoir que la communication hypnotique dépasse largement les frontières de la médecine et envahit la sphère du travail. Pourquoi ne pas l'utiliser au quotidien par des chefs de service pour mieux manager ou par des soignants qui cherchent à s'épanouir? On tire tout le monde vers le haut.

Hypnose et transmissions de compétences

L'exercice médical aux urgences comporte une part importante de transmission de compétences vers l'équipe paramédicale ou vers les professionnels en formation. Là aussi, disposer d'outils communicationnels issus de l'hypnose est un véritable atout. Ils permettent d'être attentif à la qualité de la relation avec l'apprenant pour choisir la bonne façon de donner un feed-back sans braquer, et savoir lui proposer un exercice situé dans sa «zone proximale de développement». Applicables dans le compagnonnage quotidien des étudiants, ces compétences communicationnelles sont utiles en simulation en santé, où il convient d'être particulièrement vigilant à la sécurité psychologique des apprenants.

Recherche en médecine d'urgence

Le champ est libre. Il existe à ce jour peu de travaux de recherches réalisées par des urgentistes aux urgences et encore

moins en préhospitalier et en régulation médicale.⁵¹ Les publications se limitent souvent à des cas cliniques ou des prises de position à l'utilisation de l'hypnose en MU.⁵²⁻⁵⁴ Il existe de nombreuses études sur l'hypnosédation et l'hypoanalgesie en anesthésie qui ne font aucun doute sur sa pertinence, mais de très nombreuses recherches pourraient être menées aux urgences. Une étude HypCor est en cours au centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville (France) sur l'impact de l'hypnose dans la préparation du patient à la réalisation d'une coronarographie. L'apport de cette technique sur les soins d'urgence doit être évalué spécifiquement (gestion de l'attente, prise en charge de la douleur et de l'anxiété, impact économique, bien-être au travail...).

LIMITATIONS ET CONTRE-INDICATIONS À LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE

Toute technique a ses limites et le premier barrage à la pratique de l'hypnose se trouve dans les préjugés des médecins et des soignants, ou disons plutôt dans leurs certitudes.⁵⁵ Il faut lutter contre les idées reçues. L'hypnose n'est pas perte de temps, magie, placebo, sommeil, manipulation psychologique ou spectacle mais bien une thérapie reconnue. Ce n'est pas un don qui profite à certains, mais bien une technique qui s'apprend et accessible à tous. C'est un état naturel que l'on peut induire. Après avoir suivi une formation, nombreux sont les thérapeutes qui ne pratiquent pas par peur de devoir faire face aux moqueries de leurs collègues les plus hypno-sceptiques, surtout en cas d'échec (car évidemment il n'y a jamais de 100%). Il faut avoir le courage de se lancer et les convaincre. Les urgences de l'hôpital cantonal de Fribourg ont fait le choix d'en faire un projet de service. Un praticien expert référent dans la technique facilite son implantation. Aux urgences, il sera plus facile de surmonter les préjugés des patients que ceux de nos collègues. Nous l'avons vu, ils sont demandeurs, leurs résistances sont au plus bas, ils se noient et l'hypno-urgentiste leur lance la bouée de sauvetage. Il n'existe pas à ce jour de description d'effets indésirables graves attribuables à l'hypnose.²⁹

Les contre-indications sont peu nombreuses, et certains auteurs ne proposent que la décompensation d'une pathologie psychiatrique. Nous retiendrons tout de même certaines contre-indications et limitations en urgence: l'urgence vitale où les soins d'urgence prennent, les difficultés de communication (barrière de la langue) ou de compréhension (patient

intoxiqué) et le refus du patient.⁵⁶ Sur ce dernier point, il n'est pas éthique de forcer un malade à bénéficier d'un soin sous hypnose. Rappelons que c'est le cas pour n'importe quelle technique ou traitement, que tout patient en pleine possession de ses moyens est libre de refuser. L'éthique n'a donc rien de différent de notre pratique habituelle.

CONCLUSION

Les SU font face à des épisodes de surcharge pendant lesquels la qualité des soins se dégrade. Cette surcharge est la source d'épuisement professionnel des soignants, d'oligo-analgésie de patients, de soins dégradés, voire de relations moins empathiques. Dans ce contexte, l'hypnose aide à soigner mieux, plus humainement, et à repenser le parcours du patient. Elle pousse les soignants vers la bienveillance et à renouer avec leur vocation profonde: entrer en lien avec d'autres pour les soulager, ce qui n'est pas que technique. L'impact de l'hypnose en pratique médicale sur la douleur et l'anxiété n'est plus à prouver et les champs d'application en MU sont multiples. C'est une technique sécuritaire, facile, peu coûteuse, rapide et efficace qui se marie à merveille avec les techniques d'analgésie-sédation utilisées aux urgences. S'y former, c'est ouvrir les yeux et prendre conscience du poids de nos mots et du pouvoir de l'esprit sur le corps.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur n'est plus à prouver
- L'hypnose n'est pas un don qui profite à certains, mais bien une technique qui s'apprend et accessible à tous
- Les champs d'application de l'hypnose en médecine d'urgence sont multiples
- L'hypnose ne remplace pas les techniques d'analgésie-sédation recommandées, elle arrive en complément
- Soigner avec hypnose, c'est soigner plus humainement, plus sereinement, et renouer avec la relation humaine, cœur de nos vocations de soignants

1 Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, et al. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999;82:159-71.

2 Rainville P. Hypnosis and the analgesic effect of suggestions. *Pain* 2008;134:1-2.

3 Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain* 2005;114:303-9.

4 Faymonville ME, Laureys S, De-gueldre C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000;92:1257-67.

5 Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E, et al. Pain and non-pain processing

during hypnosis: A thulium-YA event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009;47:1047-54.

6 Uman LS, Birnie KA, Noel M, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013;Issue 10.

7 Stern JA, Brown M, Ulett GA, Sletten I. A comparison of hypnosis, acupuncture, morphine, valium, aspirin, and placebo in the management of experimentally induced pain. *Ann N Y Acad Sci* 1977;296:175-93.

8 Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, et al. Hypnosis for acute procedural pain: A

Critical Review. *Int J Clin Exp Hypn* 2016;44:75-115.

9 *Observatoire suisse de la santé. Obsan dossier 64 : le recours aux services d'urgence en Suisse. 2018. Disponible sur : www.obsan.admin.ch/fr/ou-va-t-en-cas-durgence

10 Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers* 2015. Disponible sur : www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrt5344crns-en.pdf?Expires=1574192443&id=id&accname=guest&checksum=0FA24ACEEC1CBCAF0CFF1C729C149395

11 *Caron PN, Sarasin F. Médecine d'urgence : répondre à l'accélération du temps. *Rev Med Suisse* 2019;15:1363-4.

12 Schmutz T, Rigolet F, Dorogi C, et al. Rôle et influence des infirmiers experts en soins d'urgence dans le développement de la médecine d'urgence en Suisse. *Rev Med Suisse* 2019;15:2006-9.

13 Samu-Urgences de France. Le livre blanc : organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. 2015. Disponible sur : www.samu-urgences-de-france.fr/media/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf

14 *Sende J, Jbeili C, Schwahn S, et al. Facteurs de stress et conséquences du

- stress en médecine d'urgence : enquête nationale. Ann Fr Med Urgence 2012;2:224-31.
- 15 Chouhab Y, Lefebvre T, Forestier C, et al. Analyse des courriers de plainte adressés au service d'urgence d'un centre hospitalier général. Ann Fr Med Urgence 2019;9:362-8.
- 16 *Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Paris: Arnette, 2018.
- 17 Wood C, Ignace I. L'hypnose aux urgences pédiatriques. Archives de pédiatrie 2007;14:729-31.
- 18 Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, et al. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. Am J Clin Hypn 2015;57:378-85.
- 19 Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. Neurosci Biobehav Rev 2017;81:75-98.
- 20 Gandhi B, Oakley DA. Does « hypnosis » by any other name smell as sweet? The efficacy of « hypnotic » inductions depends on the label « hypnosis ». Conscious Cogn 2005;14:304-15.
- 21 *Aim P. L'hypnose, ça marche vraiment ? Paris: Marabout, 2017.
- 22 Aim P. CommPsy épisode 4 : l'effet ours blanc. Disponible sur : <https://youtu.be/84QLSGflh4w>
- 23 Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, et al. When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. Neuroscience 2007;147:260-71.
- 24 Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. Eval Health Prof 2002;25:369-86.
- 25 Colloca L, Benedetti F. Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain. Curr Opin Anaesthesiol 2007;20:435-9.
- 26 *Célestin-Lhopiteau I, Biøy A. Hypnose et hypnosédation en 43 notions. Paris: Dunod 2014.
- 27 Dobrila-Dintinjana R, Nacinović-Duletić A. Placebo in the treatment of pain. Coll Antropol 2011;35:319-23.
- 28 Vivien B, Adnet F, Boune V. Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédatrice et analgésique en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Med Urgence 2010;1:57-71.
- 29 **Gueguen J, Barry C, Hassler, et al. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. Paris: Inserm, 2015. Disponible sur : www.inserm.fr/sites/default/files/201711/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- 30 Davis S. L'hypnose entre aux HUG par la grande porte. 2018. Disponible sur : www.tdg.ch/genève/actgenève/hypnose-hug-grande-porte/story/20361721
- 31 Ricard-Hibon A, Chareyron A. État des lieux de la prise en charge de la douleur. Ann Fr Med Urgences 2008;8:S2-5.
- 32 Santin A. Urgence pour la douleur. Éditorial. JEUR 2014;26:1-2.
- 33 Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000;355:1486-90.
- 34 Dillworth T, Jensen MP. The Role of Suggestions in Hypnosis for Chronic Pain: A Review of the Literature. Open Pain J 2010;3:39-51.
- 35 Biøy A. Hypnoses et douleur. Connaisances actuelles et perspectives. Rev Med Suisse 2012;8:1399-403.
- 36 Castel A, Pérez M, Sala J, et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. Eur J Pain 2007;11:463-8.
- 37 Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int J Clin Exp Hypn 2007;55:207-19.
- 38 Flynn N. Effect of an online hypnosis intervention in reducing migraine symptoms: a randomized controlled trial. Int J Clin Exp Hypn 2019;67:313-35.
- 39 Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. Réanimation 2005;14:680-5.
- 40 Cyri AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. Br J Anaesth 2004;93:505-11.
- 41 Landolt AS, Milling LS. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. Clin Psychol Rev 2011;31:1022-31.
- 42 **Uthyl. 2018. Disponible sur : www.institut-uthyl.com/2018/02/19/hypnose-aux-urgences-la-video-du-reportage-dm6/
- 43 Lapostolle F, Van't Hof AW, Hamm CW, et al. Morphine and Ticagrelor Interaction in Primary Percutaneous Coronary Intervention in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: ATLANTIC-Morphine. Am J Cardiovasc Drugs 2019;19:173-83.
- 44 Duarte GS, Nunes-Ferreira A, Rodrigues FB, et al. Morphine in acute coronary syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e025232.
- 45 Lleu JC, Hamm P, Jouffroy L, et al. Hypnose en anesthésie : des origines à nos jours ? Le praticien en anesthésie réanimation 2009;13:145-50.
- 46 Galiana L, Arena F, Oliver A, et al. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. J Pain Symptom Manage 2017;53:598-604.
- 47 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med 2011;86:996-1009.
- 48 Ruyschaert N. (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. Contemporary Hypnosis 2009;26:159-72.
- 49 Zahourek RP. Trance and suggestion: timeless interventions and implication for nurses in the new millennium. Holist Nurs Pract 2001;15:73-82.
- 50 Airosa F, Andersson SK, Falkenberg T, et al. Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care—a qualitative study. BMC Complement Altern Med 2011;11:83.
- 51 *Guler N, Depil-Duval A, Weber S, et al. Analgésie et sédation : alternatives thérapeutiques non médicamenteuses : cryothérapie, hypnose, relaxation et autres techniques. Paris: Lavoisier, 2016.
- 52 Bierman SF. Hypnosis in the emergency department. Am J Emerg Med 1989;7:238-42.
- 53 Iserson KV. An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care. J Emerg Med 2014;46:588-96.
- 54 Deltito JA. Hypnosis in the treatment of acute pain in the emergency department setting. Postgrad Med J 1984;60:263-6.
- 55 Roustant F. Il suffit d'un geste. Paris: Odile Jacob, 2003.
- 56 Hick G, Kirsch M, Brichant JF, et al. Hypnose en anesthésie. 53e congrès national d'anesthésie et réanimation. 2011.

* à lire

** à lire absolument

Maladies chroniques et populations vulnérables: état des lieux et vision d'avenir

AURÉLIEN GEORGES^a, LÉONIE CHINET^a et Dre ISABELLE HAGON-TRAUB^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1763-6

La prise en charge des personnes vulnérables vivant avec des maladies chroniques rencontre de nombreuses difficultés, dont l'identification des populations concernées, le manque de temps, de ressources, d'outils et de compétences pour traiter ces questions et l'insuffisance du travail intersectoriel entre la santé et le social. Une politique publique systématique est nécessaire pour mettre en œuvre des collaborations intersectorielles à tous les niveaux.

Non-communicable diseases and vulnerable populations: overview of the situation and vision for the future

The care of vulnerable people with non-communicable diseases faces numerous barriers including difficulties in identifying affected people, lack of time, resources, tools and skills to address these issues, poor intersectoral work between health-care and social work. We plea for a systematic public policy which allows to implement intersectoral collaborations at all levels.

INTRODUCTION

Les maladies chroniques figurent parmi les principaux enjeux de santé publique des années à venir et représentent actuellement 80% des dépenses de santé en Suisse.¹ Ces maladies touchent dans une plus forte proportion les personnes vulnérables sur un plan social, culturel et économique. Un récent rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) indique par exemple que les personnes avec un niveau de formation bas ont deux fois plus de risques de développer un diabète que les personnes avec un niveau de formation plus élevé.² Ce constat se retrouve dans d'autres maladies chroniques, comme l'hypertension.

Des inégalités se constatent également dans la distribution des facteurs de risque des maladies chroniques: dans la population à faible revenu, par rapport à la population plus aisée, le recul du tabagisme est bien moins important, la consommation régulière de fruits et légumes est moins répandue et la pratique d'activité physique intensive est moins fréquente.² Ces chiffres suggèrent que les modifications du mode de vie préconisées pour prévenir ou minimiser les conséquences des maladies chroniques (changement d'habitudes de vie et de priorité, acceptation et intégration de la maladie dans la vie quotidienne, etc.¹) sont moins facilement accessibles aux

personnes en situation de vulnérabilité. Enfin, en termes de suivi médical, le renoncement aux soins, le non-suivi de la prescription ou de la prise en charge recommandée toucheraient 14% des Suisses dont le revenu se situe en dessous de la moyenne nationale.³

Ces constats plaident pour une adaptation des dispositifs de prise en charge des maladies chroniques aux besoins des populations vulnérables afin de leur offrir les mêmes chances de mener une vie saine, d'accéder aux soins, et de disposer de soins de qualité.

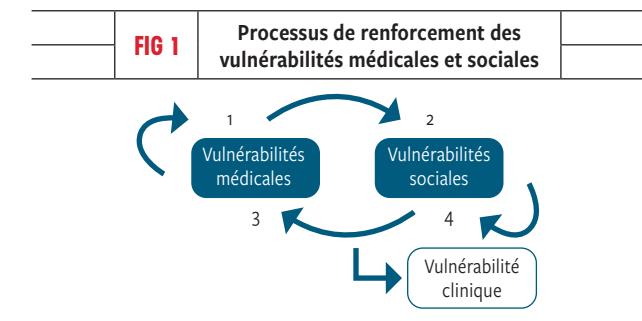
MÉTHODOLOGIE

Cet article présente les principaux résultats d'une consultation d'expert-e-s réalisée dans le canton de Vaud entre 2015 et 2017. Ceux-ci ont été sélectionnés afin d'être les plus représentatifs des points de vue des professionnel-le-s des domaines de la santé et du social, et des niveaux de pratique (cadres administratifs et praticiens de terrain). Cette sélection de spécialistes a été complétée par la consultation de représentant-e-s de médecins de famille indépendants, d'expert-e-s académiques en médecine sociale et vulnérabilité, et de professionnel-le-s d'associations non gouvernementales actives auprès des populations vulnérables. Quinze expert-e-s ont été interviewé-e-s en entretiens semi-directifs individuels ou en groupe sur le thème «freins et pistes d'amélioration concernant la prise en charges des personnes vulnérables vivant avec des maladies chroniques». Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique et les résultats détaillés ont été consignés dans un rapport destiné au Service de santé publique du canton de Vaud.⁴

LIENS DYNAMIQUES ENTRE VULNÉRABILITÉS SOCIALES ET MÉDICALES

Les vulnérabilités médicales (dont les maladies chroniques) et les vulnérabilités sociales se cumulent et s'accentuent mutuellement.^{5,6} Quatre processus sont à l'œuvre: 1) une chronicisation des problèmes de santé (complications des maladies, dégradation de l'état de santé, comorbidité psychique); 2) une influence des maladies sur la situation sociale (charges financières, perte de productivité, tensions); 3) une aggravation des maladies chroniques par la situation sociale et financière (renoncement aux soins, difficulté de changement de comportement); 4) un cumul des vulnérabilités

^a Programme cantonal Diabète, Unisanté, Avenue de Provence 12, 1007 Lausanne
aurelien.georges@hospvd.ch | leonie.chinet@diabetevaud.ch
isabelle.hagon-traub@diabetevaud.ch



sociales diverses, notamment professionnelles et relationnelles (**figure 1**).

Les vulnérabilités médicales et sociales s'influencent mutuellement et sont identifiées, au moment de la prise en charge, comme la vulnérabilité clinique, observée à un moment donné. L'interaction de ces deux registres de vulnérabilités évolue tout au long de la trajectoire de vie.

CONSTATS

Nous présentons les principaux freins identifiés dans les domaines de la santé et du social à une prise en charge équitable et de qualité des personnes vulnérables avec des maladies chroniques.

Constats partagés (santé et social)

Populations «cachées»

Il existe des groupes de personnes vulnérables qui ne bénéficient d'aucun accompagnement professionnel, médical ou social, et renoncent à la fois aux soins et aux prestations sociales:

- Les personnes de la classe moyenne inférieure qui n'entrent pas dans une logique de demande d'aide ou ne sont pas éligibles pour ces aides.
- Les populations très précarisées et clandestines, dont les contacts avec le système sont très retraits.

N'étant pas recensées, ces populations posent un problème particulier pour l'intervention.

Manque de temps à disposition des professionnel·le·s

La prise en charge socio-sanitaire intégrative des populations vulnérables demande davantage de temps que les modèles de financement ne le prévoient. En effet, accorder plus de place à la parole du/de la patiente en tant que personne pour élaborer autour de sa situation de vie nécessite des ressources rarement disponibles.

Manque de continuité entre les prises en charge médicale et sociale

Le système de santé et le système social sont deux «mondes» qui ne se connaissent guère. L'organisation de chaque secteur est complexe et pose des problèmes d'orientation pour les professionnel·le·s dans l'autre domaine. Les professionnel·le·s de la santé ne savent pas toujours où adresser un·e patient·e qui présente des difficultés financières, ni quel régime s'applique à sa situation. Ainsi, la prise en charge intègre rarement les dimensions sociale et sanitaire de manière structurée et à long terme.

Barrières spécifiques au système de santé

Financement des soins

Dans le domaine ambulatoire, la plus grande partie des coûts est à la charge des ménages privés, bien davantage que dans le domaine hospitalier.⁷ Or, les frais de santé liés aux maladies chroniques, notamment pour prévenir les complications, relèvent en grande partie des soins ambulatoires et incombent directement aux individus. Il en va de même avec la franchise, la quote-part, ainsi que certaines prestations de prévention secondaire indispensables non remboursées. Ces charges financières directes augmentent le risque de renoncement aux soins.

Manque d'outils et de formations pour adresser la vulnérabilité

Les prestataires de soins ne savent pas comment, ou ne se sentent pas légitimes, pour aborder la question des difficultés financières et de la vulnérabilité. Ils ne sont pas toujours sensibilisés et formés à la prise en charge interprofessionnelle, intersectorielle et centrée sur le développement du pouvoir d'agir. Les outils spécifiques³ pour prendre en charge les patients vulnérables ne sont pas assez diffusés. Il en découle un repérage insuffisant des personnes concernées, des risques accrus de difficultés d'accès aux soins et de prise en charge insuffisante en termes de diagnostic, de traitement, d'orientation, de suivi et de prévention, donc de qualité des soins.^{3,8}

Problèmes organisationnels et nécessité d'un leadership institutionnel

Les rendez-vous manqués, les retards ou l'absence de paiement, plus fréquents chez les personnes vulnérables, posent des problèmes d'organisation et de continuité de la prise en charge. Dans les institutions de soins, la complexité de la vulnérabilité peut être mal intégrée. Le soutien institutionnel pour la mise en place de processus de prise en charge plus adaptables, mais demandant plus de ressources, est parfois insuffisant.

Barrières spécifiques au secteur social

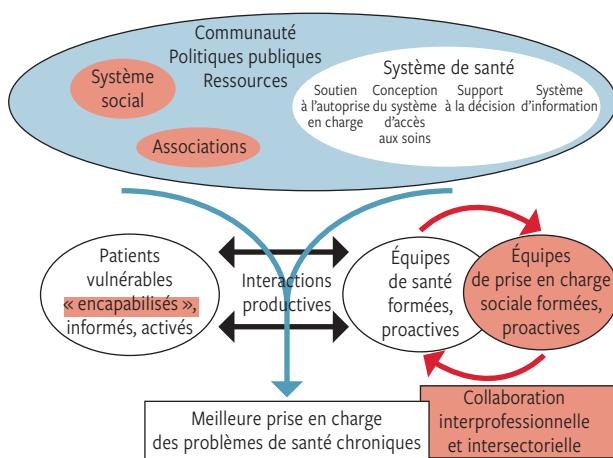
Les professionnel·le·s du social ne disposent pas d'outils de repérage des maladies chroniques ou de leur risque, quand bien même elles pourraient avoir un impact sur l'insertion des personnes. De plus, les Centres sociaux régionaux (Vaud) et les offices de l'assurance invalidité ne disposent pas de mesures d'insertion prévues spécifiquement pour améliorer l'autonomie dans la vie avec des maladies chroniques.

QUE FAIRE À PARTIR DE LÀ?

Le *Chronic Care Model*⁹ est un modèle reconnu pour appréhender l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques. Nous en formulons une vision élargie en y intégrant les propositions d'amélioration des prises en charge sanitaire et sociale que nous avons recueillies (**figure 2**).

Soutien à la personne vulnérable

Une personne vulnérable est une personne dont les ressources sont mises à l'épreuve par différentes formes de stress.⁶ Demander de construire un projet thérapeutique, d'y investir

FIG 2 | Chronic Care Model élargi santé-social

temps, intérêt et énergie revient à demander beaucoup à des personnes qui ont peu de ressources. Il est ainsi nécessaire de les soutenir dans le développement de leur pouvoir d'agir,¹⁰ par des actions concrètes portant sur l'environnement et/ou sur des difficultés personnelles ou relationnelles. L'accompagnement aide à donner du sens à un objectif thérapeutique intégré dans un projet de vie plus large, à la fois souhaitable et réaliste.¹¹ L'éducation thérapeutique est un outil utile dans cette démarche de soutien.

Nouveaux rôles des équipes professionnelles

Les équipes médicales, soignantes et des services sociaux sont à l'interface entre la personne et le système socio-sanitaire et au cœur d'un travail d'accompagnement développant le pouvoir d'agir des personnes. Elles ont pour tâche d'identifier les situations de vulnérabilité, d'agir précocement et d'accompagner la personne tant dans les périodes de crise que dans un suivi à long terme. Prévenir les ruptures avec les systèmes de santé et social nécessite une posture proactive. Prendre en charge non seulement les maladies mais le contexte de vie de la personne implique de travailler de manière intersectorielle, avec des échanges d'informations entre professionnel-le-s autour d'un projet commun négocié avec le patient. Le *case management* est identifié comme une mesure efficace pour faciliter ces liens.¹²

Système de santé et organisations socio-sanitaires

Les directions d'institutions sont appelées à proposer des dispositifs de prise en charge adaptés à la vulnérabilité. Parmi les actions concrètes, on peut citer : afficher un soutien institutionnel clair, fournir aux équipes l'organisation et les ressources nécessaires, mettre à disposition des formations et du temps pour une prise en charge incluant la construction du sens, identifier les ressources et développer le pouvoir d'agir, examiner les opportunités d'identification précoce, de suivi proactif et d'adressage des personnes vulnérables aux partenaires de la prise en charge. La conception des dispositifs de prise en charge sanitaires et sociaux devrait mieux favoriser la complémentarité entre ces deux secteurs et prévoir

des équipes de soutien facilement mobilisables (par exemple : équipes mobiles).

Communauté: politique et ressources

Ce changement de paradigme dans les rôles des patient-e-s, des professionnel-le-s et des institutions doit s'inscrire dans une volonté sociétale. *L'impulsion politique* est indispensable aux niveaux fédéral et cantonal pour une mise à l'agenda de la thématique et l'attribution des ressources.

De plus, la *promotion de la santé et la prévention* doivent intervenir en amont des maladies et cibler les besoins des populations vulnérables. Pour cette raison, une promotion de la santé devrait être déployée dans une perspective universelle en complément à des interventions plus intensives auprès des groupes à risque (principe de l'*«universalisme proportionné»*).¹³

CONCLUSION

Maladies chroniques et vulnérabilités socio-économiques ont tendance à se chroniciser et se renforcer mutuellement. Dès lors, la prise en compte des particularités de la vulnérabilité fait partie intégrante d'une politique publique qui inclut les maladies chroniques.

Les professionnel-le-s de la santé et du social disposent, à leur niveau, d'une marge de manœuvre pour devenir plus attentifs à la vulnérabilité dans leur prise en charge. Ces prestataires peuvent par exemple évaluer les déterminants de la santé chez leurs patients et leur littératie en santé, développer leurs compétences spécifiques de communication (par exemple : entretien motivationnel) et avoir un regard réflexif sur leurs propres préjugés.³ Ils peuvent œuvrer à leur niveau pour tisser un réseau de proximité et créer des contacts facilitant une prise en charge intersectorielle. Néanmoins, ces initiatives individuelles, aussi utiles soient-elles, ne sont pas suffisantes pour assurer une adaptation du système à long terme et gagner globalement en qualité et en équité. Pour tendre à un tel résultat, elles doivent être accompagnées d'une politique publique systématique qui investisse, intègre et organise tous les niveaux et tous les partenaires.

Pour mettre à l'agenda une telle politique, les professionnel-le-s de la santé peuvent aussi jouer un rôle en dépassant la sphère de leurs obligations professionnelles pour entrer dans le champ de leurs aspirations professionnelles¹⁴ et plaider à leur niveau pour une prise en charge de qualité pour toutes et tous (*advocacy*).^{15,16}

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article. Cet article présente des résultats obtenus dans le cadre d'un mandat financé par la Direction générale de la santé du canton de Vaud.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La vulnérabilité clinique résulte d'une interaction dans le temps entre vulnérabilités médicales et sociales. Une identification précoce est particulièrement indiquée chez les personnes vivant avec des maladies chroniques, permettant d'instaurer un suivi proactif et incluant le développement du pouvoir d'agir
- Un travail interprofessionnel et intersectoriel au niveau local est absolument nécessaire pour accompagner les personnes vulnérables vivant avec des maladies chroniques
- Au-delà de leurs obligations professionnelles, les professionnel·le·s de la santé et du social peuvent améliorer l'efficacité de leur prise en charge des maladies chroniques auprès de populations vulnérables par des formations spécifiques, et plaider pour une stratégie de santé publique améliorant l'équité des chances de prise en charge
- La prise en charge des personnes vivant avec des maladies chroniques les plus vulnérables doit bénéficier d'un soutien politique fort permettant de développer une politique socio-sanitaire intersectorielle

1 Bachmann N, Burla L, Kohler D, éditeurs. La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques: rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe, 2015:132.

2 ** Office fédéral de la santé publique. Égalité des chances et santé: chiffres et données pour la Suisse [Internet]. Accessible à: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html. Consulté le 5 décembre 2018.

3 ** Chatelard S, Vaucher P, Wolff H, et al. Le médecin face aux inégalités sociales de la santé. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html. Consulté le 5 décembre 2018.

3 ** Chatelard S, Vaucher P, Wolff H, et al. Le médecin face aux inégalités sociales de la santé. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html. Consulté le 5 décembre 2018.

3 ** Chatelard S, Vaucher P, Wolff H, et al. Le médecin face aux inégalités sociales de la santé. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html. Consulté le 5 décembre 2018.

Médecine et Hygiène, 2018;29-36.

4 Réalisé par le Programme cantonal Diabète sur mandat du Service de santé publique du canton de Vaud, le rapport complet est accessible à l'adresse: www.diabetevaud.ch/wp-content/uploads/2017/09/PcD-Maladies-chroniques-et-vulnerabilite-juillet2017.pdf. Consulté le 5 décembre 2018.

5 Ruiz J, Egli M. Syndrome métabolique, diabète sucré et vulnérabilité: une approche «syndémique» de la maladie chronique. Rev Med Suisse 2010;6:2205-8.

6 Spini D, Bernardi L, Oris M. Toward a Life Course Framework for Studying Vulnerability. Res Hum Dev 2017;14:5-25.

7 Office fédéral de la statistique. Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement [Internet]. Accessible à: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.6368412.html. Consulté le 5 décembre 2018.

8 Vu F, Dory E, Bodenmann P, Bischoff T, et al. Médecine sociale en 2013: quand la précarité précède la pauvreté. Rev Med Suisse 2013; 408:2232-9.

9 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q 1996;74:511-44.

10 * Le Bossé Y. Soutenir sans prescrire. Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes

et des collectivités. Québec: Éditions Ardis, 2016.

11 Kiefer B. Migration et prévention: éviter les gros maux. Rev Med Suisse 2013;9:744.

12 Vu F, Hugli O, Daepen JB, Bodenmann P. Prise en charge des grands consommateurs des services d'urgence. In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 2018;205-13.

13 ** Marmot M, Atkinson T, Bell J, et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. London: The Marmot Review, 2010.

14 Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-Citizens – Public Roles and Professional Obligations. JAMA 2004;291:94-8.

15 Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, et al. Déterminants sociaux de la santé et précarité: quels rôles pour le médecin? In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 2018; 21-7.

16 Bodenmann P, Gehri M. Soins aux migrants: une opportunité de pratiquer une meilleure médecine In: Bodenmann P, Jackson Y, Wolff A, éditeurs. Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 2018;391-3.

* à lire

** à lire absolument

Groupes d'échange de pratique: «training or treatment»?

Drs ROSALIE LARRIBAU^a, KONSTANTINOS TZARTZAS^b et OLIVIER PASCHE^c

Rev Med Suisse 2020; 16: 1767-70

Depuis la création des groupes Balint dans les années 50, le concept de se retrouver entre médecins pour échanger sur des situations cliniques difficiles s'est largement répandu. Alors que Michael Balint avait pensé ces groupes comme une formation, leur fonction thérapeutique a été très tôt questionnée dans la littérature médicale. À l'heure où l'on constate et s'inquiète de la mauvaise santé mentale des médecins de premier recours (MPR), nous avons voulu montrer que les plus-values apportées par la participation à un groupe d'échange de pratique sont probablement mixtes: formatrices et thérapeutiques. Participer à un tel groupe fait désormais partie des recommandations non seulement pour améliorer la qualité des prises en charge, mais également pour prévenir le burnout des soignants et améliorer leur satisfaction professionnelle.

Case discussion groups: «training or treatment»?

Since the creation of Balint groups in the 1950s, the concept of meeting among doctors to discuss difficult clinical situations has spread widely, whether or not in line with Michael Balint's initial model. While the latter had thought of these groups as training, their therapeutic role was quickly questioned in the medical literature. At a time when we are seeing and concerned about the poor mental health of primary care doctors, we wanted to show that the added value provided by participation in a practice exchange group is both formative and therapeutic. In this sense, the participation of GP in such a group is part of the recommendations to improve the quality of care, prevent caregivers from burnout, and improve their professional satisfaction.

«Accompagner la souffrance humaine de jour comme de nuit use, marque au fer rouge... On dirait qu'il n'y a que le monde des grandes personnes en blanc pour faire comme s'il n'en était rien. Or méconnaître cet état de fait – comme cela a été le cas pendant si longtemps – s'apparente à une forme de maltraitance. [...] Et je vous le demande, peut-on dignement et honnêtement offrir des soins de qualité aux patients si on ne prend pas soin en profondeur de celles et ceux qui les soignent?»¹ (Christine Hohl Moinat, médecin de famille).

INTRODUCTION

Le titre de cet article reprend mot pour mot la question que se posait déjà Bacal en 1972 au sujet des groupes Balint (GB).²

Bien qu'elles aient été pensées et expérimentées dans les années 50, les théories de Balint sur la relation médecin-patient, publiées en 1957 dans son ouvrage culte «The Doctor, his Patient and the Illness»,³ semblent toujours d'actualité pour quiconque pratique la médecine de famille aujourd'hui.

Cette interrogation, – formation ou thérapie? – paraît elle aussi avoir traversé les âges au sujet de la méthode Balint et de tous les groupes qui en sont dérivés et que nous avons décidé dans cet article d'englober sous les termes de Groupes d'échange de pratique (GEP). Nous nous proposons de mettre en évidence, à la lumière des travaux de psychiatres, de pédagogues et de psychosociologues, les éléments de réponse qu'apporte la littérature médicale à cette question.

HISTORIQUE DE LA MÉTHODE BALINT

Balint, médecin hongrois né en 1896, exerce d'abord comme médecin généraliste. Parallèlement à cette activité, il suit une formation psychanalytique à Berlin durant laquelle il effectue lui-même une psychanalyse avec Ferenczi, son mentor. Dans les années 40, sous l'influence des groupes de Bion, il crée les premiers «Groupes Balint» à la Tavistock Clinic de Londres avec sa future femme Enid. Tout d'abord destinés à des travailleurs sociaux, les groupes vont réunir progressivement des médecins de premier recours (MPR) dans le cadre de séminaires intitulés «Training cum research», titre dans lequel on discerne facilement une intention formatrice, mais également une exigence de scientificité.⁴

Le modèle initial de Balint comprend la rencontre, une fois par semaine, d'un groupe de 6-10 généralistes expérimentés, avec un ou deux modérateurs (aussi appelés facilitateurs, leaders ou animateurs), psychanalystes de formation. Le concept prévoit que l'un des médecins, sans préparation préalable et sans notes, évoque spontanément une situation clinique qui le préoccupe, pendant 5-10 minutes. S'ensuit une discussion d'environ une heure, durant laquelle les autres participants ont, dans un premier temps, la possibilité de demander des clarifications sur la situation exposée. Par la suite, ils sont invités à exprimer leurs perceptions de la relation médecin-patient en verbalisant les idées, associations, images et émotions qui leur viennent à l'esprit. Ce travail permet aux MPR d'appréhender leur pratique au travers du prisme de la relation médecin-patient, en prenant en compte les mouvements émotionnels des deux acteurs de cette relation. Une des clés du processus pour le présentateur est l'expression libre et spontanée qui lui permet de prendre conscience de sa posture envers le patient et d'acquérir ainsi un nouveau regard sur la situation et la façon dont il l'expéri-

^a Cabinet du Dr Baptiste Pedrazzini, Chemin Clos de la Pépinière 6, 1040 Echallens,

^b PMU, 1011 Lausanne, ^c ForOm Nord Vaudois, Rue d'Entremonts 11,
1400 Yverdon-les-Bains
rosalie.larribau@gmail.com | konstantinos.tzartzas@chuv.ch
olivier.pasche@ehnv.ch

mente. Le but recherché est d'aider les médecins à retrouver une distance optimale dans la relation, permettant de réfléchir la situation autrement.⁵ Le rôle du modérateur n'est pas d'apporter des solutions, mais de garantir une atmosphère bienveillante, sécurisante et confidentielle. Il a pour mission de donner à chacun la possibilité de s'exprimer et de rendre explicite ce qui émerge de la discussion en groupe. Cette attitude est la pierre angulaire de ce qu'on appelle la «culture Balint» qui, à travers un travail groupal, ouvre un espace pour les sentiments honteux ou difficiles, en minimisant les effets de compétition et le besoin de reconnaissance des participants.^{5,6}

ÉVOLUTION ET ADAPTATION DES GROUPES BALINT

Au cours des dernières décennies, le modèle basé sur les concepts de Balint a évolué. La méthode est désormais intégrée dans la formation des MPR. En Allemagne, elle est obligatoire déjà pendant les études de médecine. Aux États-Unis et en France, elle fait partie d'un grand nombre de programmes de formation postgraduée.^{4,7} Le Danemark est un des rares pays où la participation à des GEP est obligatoire dans la formation continue des MPR depuis 2007.⁸

Une autre adaptation du cadre des GB est la diversification de la temporalité du concept. Désormais, le GB n'est plus forcément une expérience vécue sur la durée avec des réunions hebdomadaires ou mensuelles, mais peut se résumer à un séminaire de formation unique ou sur quelques jours.^{9,10}

Si les GB restent les plus étudiés dans la littérature,¹¹ on recense de nombreuses autres appellations de groupes dont les plus fréquentes sont mentionnées dans le **tableau 1**.

Derrière cette terminologie nuancée, il n'existe aucun consensus permettant de distinguer clairement ces différentes formules groupales des GB classiques. Elles semblent globalement être le résultat d'une adaptation du cadre instauré par Balint à des changements sociétaux et une clinique médicale qui elle aussi a évolué.¹² D'autres expressions de type Balint-oriented group, Balint-like group, groupe d'inspiration Balint ou Balint-style group en témoignent. Une tension est perceptible dans la littérature médicale internationale avec d'une part de fervents défenseurs de l'approche Balint *lege artis* et d'autre part un intérêt pour des GB modifiés.^{8,13} Dans la formation postgraduée des MPR, des réflexions sont en cours concernant ces différentes formules de GEP, afin de mieux répondre aux besoins des jeunes généralistes en formation.^{7,12,13}

FORMATION OU THÉRAPIE? HISTOIRE D'UNE QUESTION

Dans son ouvrage de référence, Balint lui-même soulevait déjà cette ambivalence en affirmant que le but recherché dans ses groupes est «un changement limité, quoique considérable de la personnalité du médecin».³ Or, un tel changement peut être induit par une formation autant que par une thérapie. En France, dans les années 80, la naissance des groupes d'analyse de pratiques (GAP), inspirés des GB, répond à une volonté de répandre cette méthode à d'autres sphères professionnelles dans lesquelles la relation est centrale, comme les professions

paramédicales ou socioéducatives. Fablet, chercheur en sciences de l'éducation, s'est intéressé de près à cette question de la finalité, formatrice ou thérapeutique, des GAP. Il opère une distinction claire entre les GAP (dans lesquels il inclut les GB classiques) et les groupes de paroles qui, eux, ont une visée thérapeutique. Pour lui, les premiers poursuivent un but formatif, même s'il conçoit que la frontière entre formation et thérapie est floue.¹⁴ Il écrira lui-même en 1998 que les GAP sont un «moyen de lutter contre l'usure professionnelle»,¹⁵ une expression qui illustre encore cette ambiguïté. Néanmoins, selon Fablet, ce qui caractérise le but des GAP, c'est la «professionnalisation» des praticiens: renforcement des compétences et de l'expertise, reconnaissance et maîtrise des contraintes et enjeux de l'univers socioprofessionnel, développement de capacité de compréhension et d'ajustement à autrui. Il affirme que l'objectif de ces groupes est un remaniement identitaire, s'il s'agit de formation continue, et une sensibilisation, s'il s'agit d'une formation initiale.¹⁴

Even, médecin généraliste, enseignant en psychologie médicale et relation médecin-malade, a cherché à identifier la spécificité des GB.¹⁶ Il met en évidence deux choix arbitraires de Balint qui distinguent sa méthode d'une thérapie de groupe (**tableau 2**).

Balint lui-même reconnaît l'aspect artificiel de ces choix, car il concède que la différenciation entre sphères professionnelle et privée reste délicate en pratique et il ne conteste pas l'existence des phénomènes inconscients qui agissent au sein d'un groupe.¹⁶ Pour que ces choix soient respectés, le rôle du modérateur comme «expert» de l'animation du groupe, mais aucunement des situations présentées, est déterminant. Il doit prévenir les intrusions personnelles et être attentif aux mouvements groupaux ou individuels inconscients, pour permettre aux participants de prendre conscience de leur subjectivité.⁵ Even conclut en disant que le GB est un groupe de formation au sens analytique, mais avec la spécificité d'être «hétérocentré», c'est-à-dire centré «sur des objets extérieurs au groupe» et non pas sur le groupe lui-même (**tableau 3**).¹⁶

L'approche Balint n'est donc pas une démarche de supervision dans la mesure où elle n'implique aucun transfert de savoir d'une personne compétente à un apprenant. Au contraire, la source d'apprentissage se trouve dans le partage

		TABLEAU 1	Dénominations de groupes recensées dans la littérature médicale
--	--	------------------	---

- Groupe de soutien (support group)
- Groupe d'échange de pratique (GEP) ou groupe d'analyse de pratique (GAP)
- Groupe de supervision (supervision group)
- Groupe de MPR basé sur la narration (narrative-based primary care group)
- Groupe de pairs (peer group)
- Groupe de supervision basé sur un cas (case-based supervision group)

		TABLEAU 2	Spécificités de la méthode de groupe de Balint ¹⁶
--	--	------------------	--

- Travail axé sur la personnalité professionnelle du médecin, et non privée (priorité du «transfert public» sur le «transfert privé»)
- Égalité entre l'animateur et les participants, par opposition à l'inégalité qui prévaut entre un thérapeute et son patient

TABLEAU 3

Les trois composantes «hétérocentrées» du groupe Balint¹⁶

- Le participant est examiné en tant que personnalité professionnelle, son métier étant considéré ici comme un objet externe, indépendant de sa position dans le groupe
- Les animateurs sont les explorateurs d'une situation externe qu'ils ne connaissent pas et qui se joue à l'extérieur du groupe
- Le travail de groupe est centré sur un objet externe, la médecine, «considérée dans sa consistance»

de l'hétérogénéité des pratiques et la diversité des points de vue qui enrichissent celui du rapporteur. En revanche, elle reste une démarche de formation qui privilégie l'intégration de la dimension relationnelle dans le soin, dans le but de mener à une compréhension plus globale du malade.⁵

QUELS ÉLÉMENTS DE RÉPONSE DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE?

Aspects «formateurs»

La littérature au sujet des GEP est éparses et peu homogène, leur étude rigoureuse étant en soi un défi. Les résultats sont souvent le fruit de recherches qualitatives plus que quantitatives.⁶ Une revue de littérature datée de 2015 conclut néanmoins que les GB apportent un réel bénéfice à ses participants en s'appuyant sur les résultats de quelques études bien conduites.¹¹ Ainsi, de manière générale, les GB et les formules dérivées semblent influencer positivement de nombreux aspects de la pratique médicale qui sont détaillés dans le **tableau 4**.

Aspects «thérapeutiques»

De nombreuses études ont fait état d'une proportion importante de médecins en situation de burnout ou préburnout.^{17,18}

TABLEAU 4

Champs professionnels positivement influencés par la participation à un GEP¹¹

GEP: groupes d'échange de pratique.

1. Professionnalisme du médecin

- Autonomie du médecin
- Gestion de l'incertitude
- Utilisation de l'intuition et capacité de prise de décision
- Occurrence et gestion de l'erreur médicale

2. Aptitudes relationnelles du médecin

- Capacités communicationnelles
- Empathie
- Approche biopsychosociale et centrée sur le patient
- Qualité de la relation médecin-patient

3. Prise en charge de problématiques difficiles

- Gestion de symptômes psychosomatiques ou non expliqués
- Gestion de situations spécifiques telles que non-compliance, problématiques sociales, professionnelles, assécurologiques ou familiales, patients exigeants, consultations multiples, abus dans l'enfance, addictions, maladie incurable, soins palliatifs, deuils...
- Gestion des troubles mentaux (aptitudes et connaissances en psychiatrie, collaboration avec les professionnels de la santé mentale)

4. Coûts de la santé

- Diminution des prescriptions médicamenteuses, des examens complémentaires et des références aux spécialistes

TABLEAU 5

Traits de caractère favorisant l'apparition du burnout²²

- Perfectionnisme
- Excès de sens des responsabilités
- Besoin d'harmonie excessif
- Recherche excessive d'admiration
- Besoin excessif de contrôle
- Besoin excessif d'autonomie

C'est une donnée inquiétante, car on sait que la santé du médecin est un prédicteur de la qualité de la relation médecin-malade et par conséquent du succès thérapeutique,^{19,20} et elle est aussi un facteur de diminution des coûts de la santé.^{17,21} Avec la naissance des théories du burnout dans les années 70, il a été reconnu que les caractéristiques et valeurs qui font qu'une personne décide d'embrasser la carrière de médecin sont souvent celles même qui le mettent à risque de burnout (**tableau 5**).²²

Dans ce contexte, la littérature montre que les GEP ont un effet positif sur la santé mentale du médecin en améliorant son bien-être et sa satisfaction globale par rapport à son métier.¹⁷ Ils ont un effet favorable sur la gestion du stress²³ de même que de ce qui a été nommé la «fatigue de compassion».^{24,25} Ils ont un effet préventif sur le burnout²⁶ en stimulant la connaissance de soi (insight) et les capacités d'autoréflexivité. En 1989, un article titrait: «Activities of Balint group: a way to survive».²⁷ Le gain d'introspection est ainsi expérimenté par beaucoup de médecins pratiquant les GEP comme utile dans la vie professionnelle, mais aussi sur un plan personnel, à la fois «formateur et restaurateur».²⁸ Enfin, les GEP aideraient à trouver dans une relation thérapeutique cette tension subtile entre empathie et détachement,²⁴ tous deux nécessaires à la fois pour prodiguer un bon soin et ménager la santé mentale du médecin.

CONCLUSION

Un sens exagéré de self contrôle conduit souvent les médecins à sous-estimer leurs blessures. «Leur héroïsme va de pair avec la négligence de soi». ²⁹ En ce sens, il est certainement bénéfique pour le MPR de reconnaître et travailler sur les émotions qui émergent dans les relations avec ses patients. «Les médecins doivent se pencher sérieusement sur l'angle mort de la médecine: les conséquences de leur pratique sur eux-mêmes». ²⁹ De la même manière qu'aujourd'hui les associations pour proches aidants se multiplient avec la reconnaissance, à juste titre, de leur souffrance, il semble évident qu'une attention similaire soit portée aux médecins et par extension à toutes les professions aidantes. La blouse blanche ne fait pas et ne doit pas faire office de gilet pare-balles. Toute blessure, tout parcours de vie accidenté, tout traumatisme, a forcément des résonnances en chaque être humain.³⁰ Il paraît essentiel, voire salutaire, pour chacun de trouver une bulle restauratrice.

«Par l'élaboration et la donation de sens, la rencontre avec un groupe pourrait encore avoir une finalité: celle de favoriser la reconnaissance par le groupe de ses propres souffrances. Après

avoir été "saisi" par la maladie de l'autre, après avoir beaucoup donné, le médecin a besoin lui aussi d'être reconnu et écouté en tant que sujet porteur d'émotions.»²⁹

Les GEP sont-ils formateurs ou thérapeutiques? Nous sommes d'avis qu'ils sont les deux à la fois. Nous voyons les GEP plutôt comme un espace où la formation serait aussi thérapeutique et le vécu thérapeutique formateur. Ces groupes apparaissent comme un des rares lieux où un dialogue peut s'établir entre ces deux réalités de la vie d'un médecin, un endroit où l'on apprend à être bienveillant avec ses confrères et avec soi-même. En définitive, la véritable question nous semble bien plutôt être: pourquoi les médecins ont-ils encore et toujours tant de difficultés à prendre soin d'eux aussi?

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 * Hohl Moinat C. S'engager, se tromper, tomber, se relever. Bull Med Suisse 2018;99:1635-7.

2 Bacal HA. Balint groups: training or treatment? Psychiatry Med 1972;3:373-7.

3 * Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: éd. Payot et Rivages, 1996.

4 Egli H. Balint et science. Forum Med Suisse 2012;12:455-61.

5 Meslem M. Psychanalyse et médecine, ou la «Méthode Balint». Le Coq Héron 2018;4:141-7.

6 Sternlieb JL. Demystifying Balint culture and its impact: an autoethnographic analysis. Int J Psychiatry Med 2018;53:39-46.

7 Player M, Freedy JR, Diaz V, et al. The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. Int J Psychiatry Med 2018;53:24-38.

8 Salinsky J. Balint under the microscope: what really happens in Balint groups? Int J Psychiatry Med 2018;53:7-14.

9 Scott CP, Milberg L, Addison R. Characterizing the good-enough Balint group: a work in progress. Int J Psychiatry Med 2018;53:70-4.

10 Cohen-Léon S, Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Evolution d'une pratique et d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Toulouse: Eres, 2008;1:141-8.

11 ** Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: a literature review. Patient Educ Couns 2015;98:685-94.

12 Marion-Veyron R, Tzartzas K, Saraga M. Que reste-t-il de nos Balint? Rev Med Suisse 2017;13:360-2.

13 Smith M, Anandarajah G. Mutiny on the balint: balancing resident developmental needs with the balint process. Fam Med 2007;39:495-7.

14 * Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: une visée avant tout formative. Connexions 2004;2:105-17.

15 Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: un moyen de lutter contre l'usure professionnelle. Les Cahiers de l'actif, La Grande Motte: Actif Information, 1998;264/265:83-99.

16 ** Even G. Les groupes Balint et leur spécificité: point de vue. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Toulouse: Eres, 2008;1:149-60. 17 Kjeldmand D, Holmström I. Balint

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Depuis la création des groupes Balint dans les années 50, le concept groupal s'est répandu et diversifié dans le domaine médical pour répondre aux besoins des médecins d'échanger sur leur pratique professionnelle et sur les difficultés, en particulier relationnelles, rencontrées dans leur métier
- La question de la visée de ces groupes fait l'objet d'un débat: si leur objectif initial est avant tout formateur, l'expérience montre qu'ils ont aussi un impact thérapeutique sur les participants
- À la fois formateurs et thérapeutiques, il semble en tous les cas que les groupes d'échange de pratique sont bénéfiques et donc recommandés, parce qu'ils influencent favorablement le bien-être et la santé du médecin, mais également ses aptitudes et compétences médicales

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

- Les données utiles pour cet article ont été identifiées par une recherche sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ des articles publiés en anglais ou en français depuis 1972 dans les domaines de la médecine interne générale et de la psychiatrie. Les deux mots-clés principaux utilisés étaient «Balint group» et «supervision group» (214 résultats). Les références bibliographiques ont été retenues en fonction de leur pertinence par rapport à la question posée dans le titre de l'article, leur apport sur l'histoire des GEP et sur la question des avantages et des bénéfices pour le MPR de la participation à un tel groupe. Quelques références d'articles en lien avec le sujet, parus dans la présente revue, ont été ajoutées. Enfin, il nous a semblé utile de sélectionner également des articles parus dans des revues psychanalytiques, ainsi que des ouvrages plus généraux sur le métier de généraliste, pour leur apport notamment sur l'origine et l'histoire des groupes Balint.

groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med 2008;6:138-45.

18 Norojo KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract 2018;19:130.

19 Botbol R, Truong MK, Schmid T. Stratégies pour améliorer la satisfaction professionnelle et le bien-être du médecin en 2018. Rev Med Suisse 2018;14:1690-4.

20 Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend in burnout among swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010;140:w13070.

21 * Mahoney D, Diaz V, Thiedke C, et al. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. Int J Psychiatry Med 2013;45:401-11.

22 Robbe-Kernen M, Kehtari R. Les professionnels de la santé face au burnout: facteurs de risque et mesures préventives. Rev Med Suisse 2014;10:1787-92.

23 Clough BA, March S, Chan RJ, et al. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. Syst Rev 2017;6:144.

24 Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician 2005;34:497-8.

25 Franzia F, Del Buono G, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. Psychiatr Danub 2015;27(Suppl. 1):S321-7.

26 * Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? Educ Prim Care 2009;20:353-9.

27 Silfverskiöld P. Activities of Balint groups-a way to survive. Lakartidningen 1989;86:2606-9.

28 Nielsen HG, Söderström M, Group supervision in general practice as part of continuing professional development. Dan Med J 2012;59: A4350.

29 * Vannotti M. Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement. Chêne-Bourg: éd. Médecine et Hygiène, 2006.

30 ** Stiefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. Rev Med Suisse 2008;4:424-7.

* à lire

** à lire absolument



NICOLAS SENN

Groupe META*,
Département de
médecine de famille,
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique (Unisanté),
Lausanne

Intelligence artificielle, algorithmes et scores: qu'en font (feront) les médecins de famille?

Pr NICOLAS SENN

Il ne se passe pas une semaine sans que des articles viennent mettre en avant des promesses vertigineuses à l'évolution technologique de la médecine, ou au contraire prédire un avenir incertain aux nouvelles technologies et à l'intelligence artificielle en médecine.

Le Pr Coiera de l'Australian Institute of Health Innovation à Sidney publiait deux commentaires dans le *Lancet* en décembre 2018 et en février 2019.^{1,2} Il s'inquiète notamment du sort de la médecine à l'heure de l'intelligence artificielle et évoque les fantasmes que représente la disparition de certaines spécialités médicales comme la radiologie ou la dermatologie.

Si l'avenir ne se lit pas dans une boule de cristal, il semble toutefois probable qu'il sera nécessaire de former les nouvelles générations de médecins à une meilleure compréhension des mécanismes qui sous-tendent ces nouvelles technologies et ainsi être plus critiques quant à leur future place dans les soins. Car plus qu'un remplacement, il s'agira probablement de nouveaux rôles qu'occuperont ces nouvelles technologies.

Au-delà de l'intelligence artificielle nécessitant une compréhension complexe, plus proche de nous, scores et algorithmes sont quotidiennement utilisés en médecine. Ces aides au diagnostic et à la prise de décision ont profondément transformé la façon de penser la prise en charge des patients, même si le support électronique n'est pas forcément présent.

En médecine de famille, comme dans toute autre discipline, nous sommes confrontés à ces rapides évolutions. Il reste cependant de nombreuses interrogations quant à leur utilité en pratique. En marge de cette avancée rapide, se pose souvent la question de ce qui fait la

SE POSE SOUVENT LA QUESTION DE CE QUI FAIT LA DIFFÉRENCE ENTRE LE MÉDECIN ET LA MACHINE

différence entre le médecin et la machine. Dans cette perspective, la question du sens que l'on donne à l'interprétation des informations recueillies occupe sans doute une place centrale. On le retrouve notamment dans la théorie philosophique élaborée par Gilbert Ryle dans les années 40 qui décrivait trois niveaux de connaissances:

- Le premier niveau «that»: le plus simple, permet de reconnaître un objet simple.
- Le deuxième niveau «how» est un niveau de connaissances plus complexe qui permet notamment de réaliser des mouvements en intégrant un certain nombre de données comme faire du vélo.
- Puis il existe un troisième niveau de connaissances encore plus complexe, le «why», c'est-à-dire le fait de donner un sens, une explication liés à un événement.

S'il semble assez intuitif que la machine pourra accomplir un certain nombre de tâches sur les deux premiers niveaux, il semble plus difficile d'envisager à court terme que la machine puisse atteindre le troisième niveau.

Afin d'approfondir notre compréhension, le groupe META a consacré une série d'ateliers à la réflexion autour de la place qu'occupent et occuperont les algorithmes, scores et autre intelligence artificielle dans notre pratique quotidienne. Les articles qui suivent sont des résumés de ces différentes discussions.

Pour conclure en reprenant le Pr Coiera, et peut-être pour nous rassurer également, nous pourrions dire qu'actuellement les algorithmes ne traitent pas de patients alors que les systèmes de santé le font!

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

* Le groupe META est un groupe de réflexion composé d'une vingtaine de médecins actifs en médecine de premier recours en Suisse romande et rattachés au Département de médecine de famille, Unisanté, de Lausanne. Ils se réunissent deux fois par année afin de débattre, de façon structurée en petits groupes, de thématiques d'intérêt particulier pour l'avenir de la médecine de famille. Les comptes rendus de ces discussions font l'objet de publications dans la *Revue Médicale Suisse*. La dernière série d'articles parue au printemps 2018 était consacrée à la médecine de famille et à la santé publique.

Bibliographie

1

Coiera, E. The fate of medicine in the time of Al. *Lancet* 2018;392:2331-2.

2

Coiera, E. On algorithms, machines, and medicine. *Lancet Oncol* 2019;20:166-7.

L'intelligence artificielle remplacera-t-elle le médecin de famille?

NICOLAS SENN, CHRISTINE COHIDON, ALAIN MICHAUD, FRANÇOIS PILET et DANIELA CERQUI

Rev Med Suisse 2020 ; 16 : 1772-3

Cette question a été explorée dans une étude chez des médecins généralistes anglais et récemment publiée dans le *Journal of Medical Internet Research*.¹ Les résultats sont sans équivoque et dans leur grande majorité, les médecins généralistes répondent par la négative, voyant tout au plus à moyen terme une place dans l'aide à la documentation administrative! Il ne faut cependant pas prendre ces résultats pour argent comptant car nous sommes bien dans le domaine des représentations et non dans celui des pratiques.

Ce qui est intéressant dans cet article publié par des chercheurs en bio-informatique, c'est que malgré une position clairement négative des médecins généralistes, ces chercheurs concluent que, selon eux et malgré tout (!), les transformations seront majeures en médecine de famille... et par conséquent, il faudra intensifier la formation des médecins.

Il est par conséquent frappant de constater le décalage qu'il y a entre deux univers, le domaine médical et celui de l'ingénierie, qui ont de la peine à se mettre d'accord sur la finalité de ces développements. Cela pousse certainement les ingénieurs à proposer des applications essentiellement basées sur leurs propres représentations de la santé et du monde médical, avec un risque important, à minima, de réductionnisme, voire carrément d'inutilité. De l'autre côté, les médecins font la sourde oreille et continuent à faire «comme si de rien n'était», au risque de voir ce champ de la médecine leur échapper. Il apparaît dès lors crucial de réduire ce décalage et créer un univers où l'entier des représentations est pris en compte. À cet égard, on peut citer une étude relativement ancienne de Zhang en 2002 qui est tout à fait illustrative du contexte actuel (figure 1).²

Elle montre en effet, par le biais des sciences cognitives, la difficulté que l'on a à traduire un univers complexe réel dans un vocabulaire informatique. Ainsi, deux univers se côtoient: celui du vocabulaire artéfactuel des développeurs et celui des concepts mentaux qui continuent à exister

dans la tête des soignants.

L'intelligence artificielle (IA) remplacera-t-elle le médecin? Est-ce vraiment la bonne question à se poser? À vrai dire, il ne s'agit pas seulement de l'IA, on peut se poser la même question pour l'arrivée de toute nouvelle technologie. En effet, il y a plus de deux siècles, l'arrivée du stéthoscope a bouleversé les pratiques et de nombreux cliniciens considéraient comme inacceptable l'arrivée de cette nouvelle technologie interférant dans leur relation avec le patient.

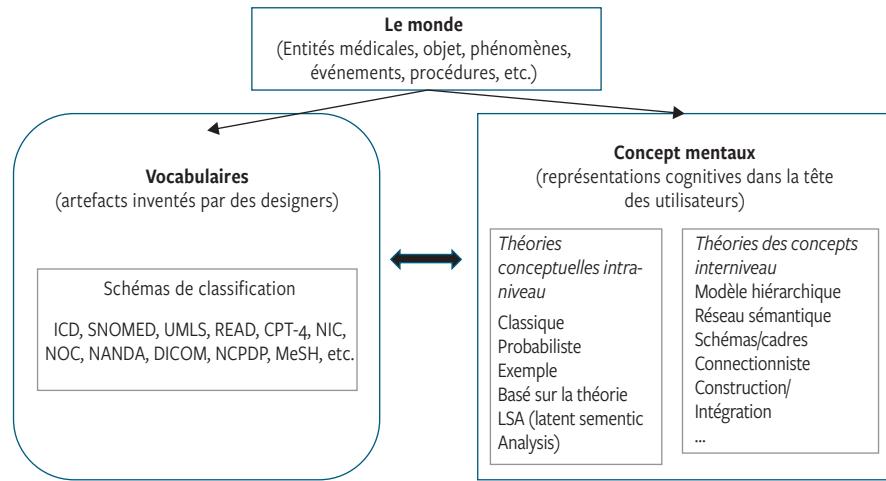
L'IA n'est ainsi peut-être que «la cerise sur le gâteau» dans une médecine qui a peu à peu multiplié les médiations techniques entre le corps du patient et le médecin et où l'on arrête de toucher le patient. Ce dernier finira peut-être même par se dématérialiser complètement pour ne devenir qu'une somme de données au travers du Big Data. Ceci d'autant plus que ces technologies sont les premières à potentiellement empiéter sur le pouvoir

décisionnel du médecin. En effet, l'arrivée d'outils de décision autonomes pose un certain nombre de questions nouvelles, notamment en termes de responsabilité dans la décision et dans la résolution du conflit en cas d'incertitude (sur un diagnostic par exemple). Plus largement, cela questionne notre vision de la médecine et de la santé de demain: est-ce que des bénéfices individuels très ponctuels justifient l'adoption en masse de nouveaux modèles technologiques au détriment peut-être de la collectivité? Plus généralement, à qui profitent ces nouvelles technologies: à l'industrie, aux gouvernements, aux patients, à la population ou encore aux professionnels qui les utilisent?

Finalement, un des dangers majeurs est le fait qu'il sera difficile pour les médecins de rester critiques face à l'apport réel que représentent ces nouvelles technologies. Nous seront-elles imposées? Aurons-nous le choix d'utiliser celles qui fonctionnent vraiment? et plus généralement, est-ce

FIG 1 Relations entre les mondes représentés et les mondes en représentation

CPT-4: Current Procedural Terminology 4; DICOM: Digital Imaging and Communications in Medicine; IC; LSA: Latent Semantic analysis; MeSH: Medical Subject Headings; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NCPDP: National Council for Prescription Drug Programs; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification; READ; SNOMED: Systematized Nomenclature of Medicine; UMLS: Unified Medical Language System.



(Adaptée de réf.²)

que l'arrivée de l'IA ne touche que le monde médical ou est-ce simplement le reflet d'une évolution sociétale globale?

Alors, quelle est la place du médecin généraliste dans ce domaine? En effet, il paraît peu probable que les médecins puissent développer eux-mêmes les outils technologiques dont ils ont besoin. En revanche, il semble essentiel de pouvoir comprendre les enjeux qui entourent leur développement, d'y concourir et éventuellement pouvoir maîtriser leur utilisation. Dans ce domaine, la formation est certainement largement déficitaire compte tenu de l'évolution extrêmement rapide de ces nouvelles technologies. En résumé: il est nécessaire de développer une formation à usage critique et pas seulement à visée utilitariste.

Au-delà d'œuvrer ensemble avec les ingénieurs afin de mieux réfléchir à la finalité des développements technolo-

giques, il s'agit réellement de travailler sur les représentations des uns et des autres en y associant fortement les facteurs humains et les éléments liés au sens d'une décision médicale.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Bleas C, et al. Artificial Intelligence and the Future of Primary Care: Exploratory Qualitative Study of UK General Practitioners' Views. *J Med Internet Res* 2019;21:e12802.

2 Zhang J. Representations of health concepts: a cognitive perspective. *J Biomed Inform* 2002;35:17-24.

**PR NICOLAS SENN, DRE CHRISTINE COHIDON,
DR ALAIN MICHAUD, DR FRANÇOIS PILET
ET DANIELA CERQUI**

Département de médecine de famille,
Unisanté, 1004 Lausanne
nicolas.senn@unisante.ch

Cet article est le premier d'une série consacrée aux réflexions du groupe META intitulé «Intelligence artificielle, algorithmes et scores: qu'en font (feront) les médecins de famille?». Le groupe META est un groupe de réflexion composé d'une vingtaine de médecins actifs en médecine de premier recours en Suisse romande et rattachés au Département de médecine de famille, Unisanté, de Lausanne. Ils se réunissent deux fois par année afin de débattre, de façon structurée en petits groupes, de thématiques d'intérêt particulier pour l'avenir de la médecine de famille. Les comptes rendus de ces discussions font l'objet de publications dans la *Revue médicale suisse*.

LES CONSIDÉRABLES DISPARITÉS NATIONALES DE LA PRATIQUE DE LA CÉSARIENNE

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Existe-t-il, dans le monde autant d'écart pour une même pratique médicochirurgicale? Dressant un panorama mondial des proportions d'accouchements par césarienne Alexandre Dumont et Christophe Z. Guilmet révèlent, dans le dernier numéro de *Population & Sociétés*,¹ revue de l'Institut national français d'études démographiques (Ined), les différences très importantes d'un pays à l'autre; soit entre ceux où la césarienne est pratiquée de façon nettement abusive et le taux est supérieur à la norme recommandée par l'OMS (entre 10 et 15%) et ceux où il se situe en dessous. «Trop et pas assez à la fois: le double fardeau de la césarienne» commente l'Ined.

«Le taux de césariennes varie de 1 à 58% dans le monde, résument les deux chercheurs de l'Ined. Il est particulièrement bas, en deçà de 5%, dans des pays peu développés d'Afrique subsaharienne. À l'opposé, il dépasse les 30% dans des pays européens comme Chypre (57%), la Géorgie (41%), la Roumanie (40%) ou l'Italie (35%).

Il est désormais bien acquis que la césarienne est une intervention chirurgicale qui peut prévenir efficacement la mortalité maternelle et néonatale – dès lors qu'elle est pratiquée pour des raisons médicales.² Or, on observe qu'à l'échelle mondiale, les taux de césariennes ont augmenté au cours des dernières décennies. Le taux mondial a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7 en 1990 à 19,1% en 2014 selon les estimations de l'OMS.

«Au-delà d'un certain niveau, l'accroissement de la fréquence des césariennes ne

s'est pas accompagné d'avantages significatifs pour la santé maternelle ou périnatale, ce qui suggère qu'une proportion croissante d'entre elles ne sont pas nécessaire» observent les chercheurs de l'Ined. D'une part, le fait de ne pas avoir accès à une césarienne en temps utile lorsque survient une complication obstétricale peut mettre en jeu la vie de la mère et de son enfant. À l'inverse, la césarienne est également associée à des risques à court et à long termes pour les femmes, les enfants et les grossesses futures, ainsi qu'à des coûts de santé considérables.³ Et ce n'est pas le moindre des paradoxes que de noter que ces risques sont plus élevés dans les milieux où les femmes ont un accès limité à des soins obstétricaux de bonne qualité.

Dans ce contexte, l'une des questions principales est celle du taux optimal de césariennes. En 1985, un groupe d'experts réunis par l'OMS a considéré qu'il se situe entre 10 et 15%. «Ces seuils ont fait l'objet de nombreuses critiques par les communautés scientifique et médicale internationales, mais aussi d'une utilisation inappropriée dans certains cas, soulignent les chercheurs de l'Ined. Ils ne s'appliquent pas aux établissements de santé, dont la clientèle varie considérablement d'un hôpital à un autre, mais à la population générale des femmes enceintes.»

Pour autant, l'OMS a confirmé, en 2015, la fourchette de 10 à 15% comme situation optimale.⁴ Schématiquement, au-dessous de 10%, les besoins de césarienne ne sont pas totalement couverts, ce qui peut entraîner une surmortalité maternelle et périnatale. En revanche, les taux supérieurs à 10% dans une population n'entraînent pas de bénéfice supplémentaire en termes de réduction des taux de mortalités maternelle et néonatale – et au-delà de 15%, le risque d'une pratique abusive est élevé. Comment évaluer avec précision le nombre de césariennes pratiquées dans un pays? Les chercheurs de l'Ined expliquent comment ils utilisent deux séries statistiques combinées pour y parvenir: le taux de césariennes par

naissance dans la population nationale estimée par l'OMS en 2019 pour la période 2010-2015 (ces chiffres ne sont toutefois disponibles que pour 174 pays); les données de la Division de la population de l'ONU qui fournit le nombre moyen de naissances par pays en 2010-2015.

C'est ainsi que l'on découvre l'existence d'écart considérables d'un pays ou d'une région à l'autre. Vingt-huit pays enregistrent des chiffres particulièrement bas, en deçà de 5%, et les trois quarts d'entre eux se situent en Afrique subsaharienne. On observe les taux les plus faibles au Niger, au Tchad, en Éthiopie, à Madagascar et au Timor-Leste (moins de 2%). Ou encore le Mali (2%), le Nigeria (3%), l'Afghanistan (3%) et le Congo (5%).

Plus généralement, les taux de naissances par césarienne s'élèvent progressivement avec le niveau de développement, et plus d'une centaine de pays dépassent la barre des 15% prônée par l'OMS – 43 d'entre eux enregistrent même des taux supérieurs à 30% en Europe et, surtout, en Amérique latine qui a une longue histoire d'accouchements par césarienne. La République dominicaine arrive en tête avec 58%, suivie notamment par le Brésil (55%), le Chili (50%) et l'Équateur (49%).

Les auteurs notent également l'émergence de pays du Moyen-Orient (Turquie, Liban et Iran: 46 à 48% de césariennes à la naissance) et d'Asie orientale comme la Corée du Sud (39%) ou la Chine (35%). Le taux de césariennes est dans l'ensemble associé au degré de développement (prospérité, éducation, fécondité basse) – mais aussi à la pénétration du secteur privé dans la santé. À l'inverse, certains des pays les plus riches et les mieux équipés en matière de santé publique ont résisté à la poussée des césariennes, comme l'illustrent la Finlande, les Pays-Bas, la Suède et le Japon, où les taux sont inférieurs à 20%.

Les chercheurs de l'Ined s'intéressent également à la manière dont peut s'organiser la lutte contre les «abus». Selon eux plusieurs raisons peuvent se combiner pour expliquer les «épidémies de césariennes»: «le confort de pouvoir programmer le jour de la naissance», «des revenus plus élevés pour les médecins et cliniques privées» ou la «peur de l'accouchement par voie



© istockphoto/SDI Productions

L'AUGMENTATION SOUTENUE DES TAUX DE CÉSARIENNES EST UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE DE SANTÉ PUBLIQUE

vaginale». L'augmentation soutenue des taux de césariennes est une préoccupation majeure de santé publique, et il est urgent de disposer de recommandations fondées sur des données probantes pour faire face à cette tendance. Une récente revue de la littérature scientifique a fait le point sur les interventions susceptibles de réduire les césariennes «inutiles».⁵ Elles doivent cibler les professionnels de santé, les femmes et leur famille, et le système de santé. La Fédération internationale de gynécologie-obstétrique préconise également plusieurs pistes pour limiter l'abus de césariennes dans le monde: pratiquer un tarif unique pour les naissances, césarienne ou non, obliger les hôpitaux à publier leurs statistiques, mieux informer les femmes des

risques, améliorer la formation à l'accouchement naturel.

Qu'en est-il de la France? «La place prépondérante des sages-femmes dans le suivi des femmes enceintes, les séances d'éducation et de préparation à l'accouchement et la revue systématique des indications de césariennes programmées par les pairs ont permis de stabiliser le taux de césariennes autour de 20% depuis le début des années 2000, précisent les chercheurs de l'Ined. Toutefois, la situation n'est pas totalement maîtrisée car 28% des césariennes réalisées avant travail en 2010 étaient potentiellement évitables. Les principales indications de césariennes programmées telles qu'une présentation du siège ou un antécédent de césarienne ne

correspondaient pas aux recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français.»

¹ Dumont A, Guilmoto C. Trop et pas assez à la fois: le double fardeau de la césarienne. Population & Sociétés septembre 2020;581.

² OMS. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section. Genève, World Health Organization; 2018.

³ Keag OE, Norman JE, Stock SJ, Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis, PLoS Med 2018;15:e1002494.

⁴ OMS. WHO statement on caesarean section rates. Genève 2015.

⁵ Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. Lancet 2018;392:1358-68.

CARTE BLANCHE



Béatrice Schaad

Cheffe du Service de communication
Direction générale
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne
beatrice.schaad@chuv.ch

TOUT CE QUE JE SAIS, C'EST QUE JE NE SAIS RIEN...

Mi-avril, en pleine crise du Covid-19, un scientifique chevronné, bardé de prix et de reconnaissance, demande à ce service de communication hospitalier: «Je suis interviewé sur la chloroquine et j'avoue que je suis embarrassé, j'aimerais dire que je ne sais pas, qu'à ce stade, je n'ai pas de certitudes sur ce traitement». Et il ajoute: «J'hésite à partager mes doutes avec le grand public, je n'aimerais pas porter préjudice à l'image de l'hôpital».

Sa prudence et ses interrogations témoignent clairement de deux points: d'une part elles donnent à voir le malentendu qui consiste à penser que pour un scientifique, partager une hésitation, être un expert qui doute est une prise de risque, une sorte d'aveu de faiblesses sanctionnée par les communicants

hospitaliers. Comme si ces derniers avaient pour mission de ne donner à voir que les succès de la médecine, comme s'il était attendu d'eux qu'ils filtrent consciencieusement tout ce qui fait et fonde le cheminement scientifique, soit la fréquentation assidue de l'aléa et de la circonspection.

On peut, cela dit, comprendre la retenue de ce scientifique, car il est devenu courant de confondre, voire de mêler allègrement information et marketing dans le domaine sanitaire, particulièrement dans les secteurs où la concurrence est rude, afin d'appâter le «client-patient». Or, face à des malades surinformés, face à des proches qui les accompagnent au long cours et développent un savoir approfondi, cette vision idyllique de la médecine ne passe plus. Une communication de ce type contribue au mieux à générer de fausses attentes, au pire à créer des conflits larvés entre patients et professionnels, sommés de soigner l'insoignable comme l'âge ou la mort. Il n'est ainsi pas rare d'entendre dans les couloirs de grands hôpitaux ce type d'injonction: «Rendez-moi mon mari comme avant», alors que le patient a plus de 90 ans et souffre d'Alzheimer.

Le questionnement de ce scientifique témoigne d'autre part de la pression sous laquelle évoluent désormais les experts. Comme le note de façon facétieuse Stéphane Velut,* écrivain et chef de service de neurochirurgie au CHU de Tours, c'est un peu comme si de



istockphoto/GOMEN ©

«sujet d'estime, le praticien, s'est progressivement transformé en sujet d'attentes». Comme s'il y avait, bien ancrée dans l'époque, une forme de condamnation du scientifique à l'affirmation. Un expert qui doute serait un expert honni, une sorte d'ersatz. À bien considérer cette pression qui s'opère insidieusement, c'est un peu comme si le chercheur incarnait désormais, face au monde qui tangue, une réponse au besoin contemporain de certitudes. Or, si le Covid-19 a produit un bénéfice, c'est bien celui-ci: montrer les écueils de l'affirmation, promouvoir le retour de la prudence, la promotion d'une communication qui reconnaît les limites de la connaissance. En quelques semaines, la pandémie a généré au moins deux contre-exemples: Didier Raoult, qui a banni de son vocabulaire toute forme conditionnelle et selon qui

la pandémie aurait dû disparaître des pays tempérés à la fin du printemps dernier; second professionnel des conclusions hâtives, le Dr Sapan Desai, auteur de deux publications désormais tristement célèbres puisque les deux revues à solide impact factor qui les ont publiées ont été contraintes de les retirer.

Les deux cas ont mondialement et douloureusement démontré qu'il était sans doute temps de pouvoir réintroduire du doute et de l'humilité dans le discours en médecine, sans avoir à le payer de sa réputation. Le psychanalyste Jacques Lacan ne disait-il pas que «le second acte philosophique est de savoir rester à sa place. Le premier étant de définir où elle se trouve»?

*«L'hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme». Tracts. Gallimard. Janvier 2020.

LU POUR VOUS Absence de bénéfice de l'acide tranexamique dans les saignements digestifs

L'acide tranexamique (ATX) est un médicament antifibrinolytique utilisé dans de nombreuses indications hémorragiques (post-partum, épistaxis...). Il a récemment été étudié pour les patients polytraumatisés (étude Crash-2, Lancet 2010) et les saignements intracrâniens (Sprigg N. et al, Lancet 2018). L'étude internationale HALT-IT - randomisée et contrôlée,

regroupant 12 009 patients adultes issus de 15 pays et présentant des hémorragies digestives (HD) sévères avec signes de choc, nécessité de transfusion, de geste chirurgical ou endoscopique - investigue son utilité pour les HD. HALT-IT est actuellement la plus grande étude sur l'application de l'ATX dans le cadre des HD et a procédé à une randomisation

équilibrée en double aveugle. Dans 89% des cas rapportés, il s'agissait d'hémorragies digestives hautes. L'intervention consistait en l'administration d'une dose de charge de 1 g d'ATX, suivie d'une dose de 3 g perfusée sur 24 heures. Le groupe témoin ne recevait que du NaCl 0,9%. Les résultats n'ont pas montré de diminution de mortalité due au saignement à 5 jours chez les patients sous ATX (RR: 0,99; IC 95%: 0,82-1,18). Cependant, une augmentation significative des événements thromboemboliques a été notée (0,8% chez le groupe ATX, versus 0,4% chez le groupe témoin) avec un «number needed to harm» de 250. Les auteurs concluent à une absence de bénéfice de l'administration de l'ATX pour le traitement des HD.

Commentaire: Pour le médecin généraliste, cette étude a permis

d'explorer les applications possibles de l'ATX tout en nous rappelant le risque thromboembolique de cette molécule en cas d'utilisation par voie générale. Bien qu'ayant une utilité démontrée, le meilleur usage de ce médicament et probablement son profil de sécurité sont manifestement encore en train d'être définis à l'heure actuelle.

Dr Luis David Choi-Toche

Service de médecine et premier recours, HUG, Genève

Coordination: Dr Jean Perdrix,
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

HALT-IT Trial Collaborators. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT) Lancet 2020;395:1927-36.

© istockphoto/toctoytoey2530


POINT DE VUE

DANS LES BROUILLARDS DE L'HYDROXYCHLOROQUINE (6)

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

On aurait pu imaginer que cette chronique sur «l'affaire de la chloroquine»¹ s'achève bientôt, faute d'énergie, d'objet, de combattants. Or, tel n'est pas le cas. Cette polémique multiforme et internationale, régulièrement alimentée par le Pr Didier Raoult (Institut hospitalo-universitaire Méditerranée, Marseille), ne connaît toujours pas de répit. Elle vient, en France, d'être relancée par Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui, à partir de son expérience de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, vient de publier un ouvrage au titre énigmatique.² Avec une précision, de taille: «Ce livre n'est pas celui qui dit que j'ai eu raison et que les autres sont des couillons».

On a, selon lui, assisté durant la première phase de cette épidémie à la jonction du «populisme scientifique» et du «populisme politique» – une observation qui vaut notamment pour le Dr Philippe

Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé et grand promoteur médiatique des recommandations-chloroquine du Pr Didier Raoult.

«Jusqu'à présent, la science était une sorte de rationalité contre le populisme. C'est quoi le populisme? C'est faire croire aux gens que tout est possible n'importe comment, qu'il n'y a pas de contraintes, dictées par le réel, déclarait récemment Martin Hirsch sur les ondes de France Inter. Et quand la science devient elle-même irrationnelle et utilise les recettes du populisme (faire semblant de se différencier par rapport aux autres, à considérer que tous les gens sont pourris sauf soi et ce même quand on a le même type de comportement, à faire croire à des recettes miracles, à penser que quand cent mille personnes signent pour l'usage d'un médicament on devrait l'utiliser plutôt que de regarder en double aveugle ce qui se passe, etc.) – ça c'est quelque chose de nouveau.»

On avait certes vu, dans le passé, des dérives individuelles, des prix Nobel dire qu'ils pouvaient soigner le pape avec de la

papaye quand il avait un Parkinson.³ Mais on n'a jamais vu, lui semble-t-il, comme ce printemps, une pénétration aussi forte de cette dynamique sur les comportements de l'attitude de certains scientifiques. Certes. Mais comment néanmoins expliquer le succès considérable du Pr Didier Raoult auprès du «grand public»? Pourquoi est-il plus cru écouté que le directeur général de l'AP-HP ou que les responsables de l'exécutif?

«J'explique ça d'abord par sa propre attitude, répond Martin Hirsch. C'est ce qu'il cherche, avec un talent absolument remarquable. Il cherche à le faire et il utilise de vieilles ficelles, qui sont des ficelles complotistes... C'est très astucieux, c'est très bien fait ... La première chose c'est de dire: "attention, tous vendus sauf moi!" – et donc de décrédibiliser le système. La deuxième chose c'est de dire "vous allez voir je suis le seul à penser comme vous". C'est la pensée par identification...»

«Et en période de crise, la population est en général réceptive, ajoute-t-il. On a envie de bouc émissaire, de solutions faciles, d'une clé de compréhension. Donc,

si quelqu'un vous la livre avec en plus l'ambiguïté sur sa légitimité c'est-à-dire face, je suis comme les grands scientifiques, j'ai le plus grand nombre de publications, etc. Et pile, en fait je suis plutôt comme vous, je suis la victime du système... et bien ça marche. Et s'il y a un deuxième Raoult cela marchera aussi bien – sauf s'il y a un peu plus de responsabilité dans la parole collective.»

Responsabilité dans la parole collective médiatique? On parle bel et bien, ici, de la crédibilité de la parole scientifique dans les médias,⁴ «Il faut à la fois ne pas censurer – un scientifique peut avoir raison comme les autres et doit avoir la liberté de parole, estime encore le directeur général de l'AP-HP. Mais ne pas laisser chacun à trop d'individualisme. La solution est d'aider les scientifiques à faire au micro ce qu'ils font dans leur labo ou dans leur colloque: faire du collégial.» Ne pas laisser faire qu'à force d'accumulations médiatiques d'opinions dissidentes on ne s'y retrouve plus...».

Au moment même où était publié cet ouvrage, on apprenait que le Pr Didier Raoult avait, au milieu du mois d'août, appelé l'épouse du président de la République, Brigitte Macron, pour lui dire tout le mal qu'il pensait du Conseil scientifique sur le Covid-19, une institution chargée de conseiller l'exécutif français et dont le scientifique marseillais fut un membre éphémère. Depuis plusieurs mois déjà, le Pr Didier Raoult reproche dans les médias à ce collège de chercheurs, piloté par le Pr Jean-François Delfraissy, d'être constitué de personnalités non spécialistes du coronavirus – et, plus grave d'être pour certaines étroitement liées à de grands laboratoires pharmaceutiques.

Fallait-il voir là une forme de pression sur Emmanuel Macron qui, le 9 avril, avait visité son Institut sans cacher l'admiration qu'il lui portait? Au Palais de l'Élysée, on tente de minimiser la portée de cet appel téléphonique. «L'échange portait sur la circulation du virus, indique le cabinet de l'épouse du chef de l'État français. En sa qualité de présidente de la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, Brigitte Macron échange régulièrement avec de nombreux professionnels de santé, sur tout le territoire et notamment les territoires les plus impactés.»

Et puis, fin août, on retrouvait, dans les médias, le Pr Didier Raoult dans son Institut en présence de la nouvelle maire écologiste de Marseille, Michèle Rubirola,

et de la présidente Les Républicains de la métropole et du département des Bouches-du-Rhône, Martine Vassal. Ces deux édiles (hier ennemis politiques) font aujourd'hui cause commune pour dénoncer les dernières mesures du gouvernement français prises contre l'épidémie de Covid-19 dans leur ville et leur département désormais classé «zone rouge» – des mesures selon elles injustes et stigmatisantes (port du masque obligatoire; fermeture des bars, restaurants et épiceries de 23 heures à 6 heures du matin, etc.).

Présent et rayonnant le Pr Raoult a tenu, devant la presse, à dire son optimisme et a rappelé que le nombre de cas graves était désormais très bas – à Marseille tout particulièrement. «L'épidémie n'est pas un problème qui dépasse ce

qui s'est produit dans le passé», a-t-il déclaré. Il n'a pas non plus manqué de souligner – effet de l'hydroxychloroquine? – que le taux de mortalité des patients hospitalisés depuis le 15 juin dans les Bouches-du-Rhône est de 8,1% – contre 15,8% à Paris. «Il faut répondre à cette situation avec calme et optimisme. Le pessimisme tue les patients» professe-t-il.

Et c'est dans ce contexte que viennent d'être publiées⁵ deux nouvelles études observationnelles, une belge et une italienne,

qui tendent à montrer l'intérêt de cette spécialité controversée dans la réduction de la mortalité des patients atteints d'une forme sévère. Dans le même temps, une autre étude, publiée dans *The Lancet Rheumatology*,⁶ à partir des données cumulées sur vingt ans de près d'un million de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, les auteurs mettent en évidence les risques cardiovasculaires importants, y compris la mortalité, associés d'une part à la prise de l'hydroxychloroquine seule sur le long terme et, d'autre part, à la prise combinée de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine – combinaison préconisée notamment par le Pr Raoult depuis des mois.

(À suivre)

1 Nau JY. Dans les brouillards de l'hydroxychloroquine (5). *Rev Med Suisse* 2020;16:1392-4.

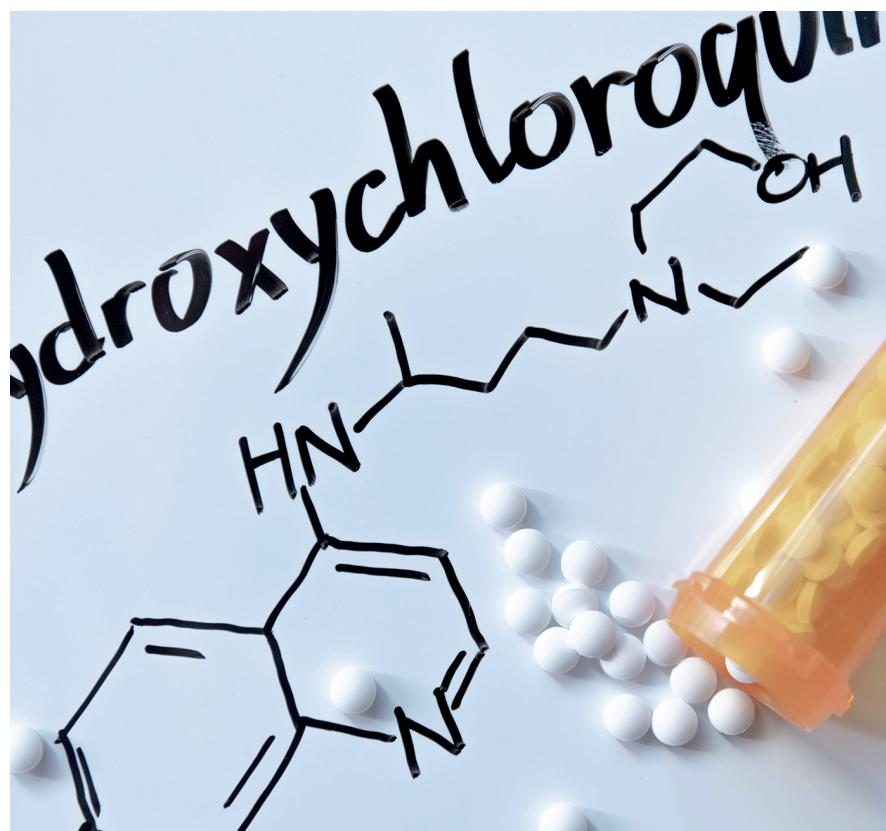
2 Hirsch M. L'énigme du néuphar. Paris: Editions Stock;2020.

3 Nau JY. L'édifiante affaire des papayes fermentées du pape. *Rev Med Suisse* 2005;1:1600.

4 Nau JY. Comment on en vient à nous dire "tout et son contraire" sur le Covid-19 *Slate.fr* 24 août 2020

5 Bellanger E. Covid-19: deux études observationnelles suggèrent un effet de l'hydroxychloroquine sur la mortalité des cas graves. *Le Quotidien du médecin*, 26 août 2020.

6 Lane J, Weaver J, Kostka K, et al, Risk of hydroxychloroquine alone and in combination with azithromycin in the treatment of rheumatoid arthritis: a multinational, retrospective study. *Lancet Rhumatol* 2020;DOI: 10.1016/S2665-9913(20)30276-9.



MISCELLANÉES VACCINALES ET AFRICAINES, CORONAVIRALES ET «LIBERTICIDES»

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Éradication de la poliomyélite en Afrique

L'Organisation mondiale de la santé a officiellement annoncé, fin août, que le virus de la poliomyélite était «éradiqué» du continent africain. Cela fait quatre ans qu'aucun nouveau cas n'y a été diagnostiqué. «Grâce aux efforts déployés par les gouvernements, le personnel soignant et les communautés, plus de 1,8 million d'enfants ont été sauvés», a précisé l'OMS. Il faut généralement attendre trois ans sans aucun cas déclaré pour obtenir cette certification d'éradication. L'OMS avait toutefois, par précaution, préféré attendre quatre ans après l'apparition des derniers cas dans le nord-est du Nigeria (août 2016). Aujourd'hui, la Commission régionale africaine indépendante de certification (ARCC) pour l'éradication de la poliomyélite estime le continent africain «exempt de poliovirus sauvage». Cette ARCC s'est dite satisfaite de la documentation fournie par les gouvernements du Cameroun, de la République centrafricaine, du Nigeria et du Sud-Soudan et vérifiée au cours de visites de terrain effectuées l'an dernier. Les 43 autres pays

du continent africain avaient déjà vu leur situation certifiée. Avec cette certification, cinq des six régions de l'OMS sont désormais déclarées exemptes de poliomyélite sauvage. Seuls le Pakistan et l'Afghanistan restent encore concernés. Pour autant rien n'est véritablement acquis. D'une part le succès obtenu en Afrique est fragile: la poursuite des vaccinations de masse y est actuellement entravée par la pandémie de Covid-19 qui a mis à l'arrêt les campagnes «jusqu'à nouvel ordre». D'autre part, les épidémies de poliomyélite dérivée de vaccins en circulation restent encore «une bataille» à remporter en Afrique, estime l'OMS. Bien que rares, les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale peuvent apparaître lorsque la souche affaiblie du poliovirus contenue dans le vaccin antipoliomyélite oral circule au sein de populations sous-immunisées – et qu'avec le temps, il revient génétiquement à une forme susceptible d'entraîner une paralysie. «Une population immunisée de manière optimale avec des vaccins antipoliomyélitiques est protégée à la fois contre les poliovirus sauvages et contre ceux dérivés d'une souche vaccinale» rappelle l'OMS. Seize pays d'Afrique sont actuellement touchés par des

flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale: l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée, le Mali, le Niger, le Nigéria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, le Tchad, le Togo et la Zambie.

L'Allemagne confrontée aux mouvements des «anti-masques»

La ville de Berlin a décidé mercredi 26 août d'interdire une manifestation d'opposants au port du masque et aux mesures de restrictions contre la pandémie du nouveau coronavirus, suscitant l'indignation de l'extrême droite qui appelle à «résister». Les autorités de la capitale ont justifié leur décision d'interdire cette manifestation par l'impossibilité de respecter les distances d'au moins 1,5 mètre entre manifestants, dans un contexte de reprise de l'épidémie en Allemagne. Les organisateurs du rassemblement peuvent encore engager des recours contre cette interdiction. Une précédente manifestation d'opposants aux mesures sanitaires contre l'épidémie avait réuni le 1^{er} août 2020 quelque 20000 personnes – un cortège hétéroclite rassemblant «libres penseurs», militants antivaccins, conspirationnistes ou encore sympathisants d'extrême droite. «Socialement et politiquement, on comptait dans leurs rangs des complotistes, des libertariens, des loyalistes et des néonazis, rapportait alors l'AFP. La devise de la manifestation, "Jour de la liberté", est également le titre d'un film de propagande de la réalisatrice nazie Leni Riefenstahl (1902-2003) sur la conférence du parti d'Adolf Hitler NSDAP en 1935.» Cette manifestation avait alors été interrompue par la police car les manifestants,

après avoir été plusieurs fois rappelés à l'ordre, n'avaient pas respecté les gestes barrière.

«Ce n'est pas une décision contre la liberté de réunion, mais une décision pour la protection contre les infections, justifie aujourd'hui Andreas Geisel, social-démocrate, chargé de l'Intérieur à la mairie de Berlin. Nous devons donc mettre en balance le droit fondamental de la liberté de réunion et le droit à l'intégrité de la vie. Nous avons choisi la vie.»

Pour autant cette décision a suscité un tollé dans les rangs de l'extrême droite. «Auriez-vous pris la même décision si les manifs avaient été "CONTRE LA DROITE"?», s'est indignée sur Twitter Alice Weidel, cheffe de file des députés de l'Alternative pour l'Allemagne (AfD) au Bundestag. Le quotidien populaire *Bild*, le plus lu d'Allemagne, s'est lui-même ému dans un éditorial cinglant sur internet de cette interdiction, une «attaque inacceptable contre l'un de nos droits les plus fondamentaux». «Un groupe très peu recommandable, mais surtout (encore) assez restreint, est mis ici en position de défendre notre Loi fondamentale», déplore paradoxalement *Bild*, rappelant que nombre de rassemblements ont été autorisés ces derniers mois à Berlin en dépit de la pandémie.

Qui sont les «antimasques» français?

En France, des pages réunissant parfois des milliers de citoyens, remettent en question le port de cette protection sanitaire qu'ils jugent à la fois inefficace et liberticide. Antoine Bristielle, professeur agrégé de sciences sociales et chercheur en sciences politiques à Sciences Po Grenoble, a voulu savoir et tenter de comprendre ce qu'ils pensent. Une enquête sur ce thème est à paraître à la Fondation Jean Jaurès – enquête menée auprès de plus de 1000 personnes qui adhèrent à ces



© iStockphoto/Burak Sür

pages. Il y a quelques jours le chercheur fournissait des premiers éléments de réponse à Libération.¹

«Le point le plus important, c'est la très grande défiance que ces personnes éprouvent envers les institutions, qu'elles soient médiatiques ou politiques, explique Antoine Bristielle. Ce sont des personnes qui ont très peu confiance dans les discours qui sont produits. À titre d'exemple, le niveau de confiance dans l'institution présidentielle est de 6%, contre 34% pour le reste de la population. Le niveau de confiance dans les partis politiques est seulement de 2%, très faible par rapport à ce qu'on peut observer aussi chez les Français.» Selon lui, il existe un lien entre cette défiance et des théories complotistes. Plus de 50% croient ainsi en l'existence des Illuminati, plus de la moitié croient en la théorie du grand remplacement, plus de la moitié croient aussi en l'existence d'un complot sioniste à l'échelle mondiale. Ce sont des scores largement supérieurs à ce

qu'on peut observer dans le reste de la population française. «On pourrait penser que ce sont des personnes qui n'ont pas forcément un bagage intellectuel très important, ajoute encore ce chercheur. Au contraire, il y a 36% de cadres dans l'échantillon interrogé, soit le double de ce qui existe dans la population française. Ce sont des individus plutôt éduqués, avec une moyenne de bac plus 2, et aussi des individus plutôt âgés et féminins, plus de 60% des femmes.»

Selon lui, ce qui les caractérise également, c'est quelque chose d'assez peu étudié en France: la question libertaire. «Ce sont des personnes qui refusent qu'il y ait des institutions qui leur disent quoi faire, résume-t-il. Elles placent une très grande importance dans le respect de leur liberté, et leur liberté à l'heure actuelle, c'est celle de choisir de ne pas porter un masque.»

¹ Groupes «antimasques» sur Facebook: «Il y a un lien entre cette défiance et des théories complotistes» Libération, 25 août 2020.

La Revue Médicale Suisse et le Covid-19

Pour répondre aux besoins croissants d'information au sujet du Covid-19, et dans le but de rassembler tous les textes de la Revue Médicale Suisse sur le sujet, nous avons créé un onglet dédié sur notre site:

revmed.ch/covid-19

- Vous y retrouverez: plus de 100 textes consacrés au Covid-19 (état à ce jour)
- Des articles cliniques, y compris en pré-publication (online first)
- En particulier, les articles des numéros spéciaux Covid-19 sous la direction des Drs Sabine Blum et Mathilde Gavillet
- Un suivi des articles de la littérature mondiale concernant le Covid-19 – y compris les sujets disputés – commentés par les Prs Pascal Meylan, Michel Glauser, Patrick Francioli et Jean-François Balavoine
- L'ensemble des textes publiés par la RMS au sujet du Covid: des articles, de courtes mises au point, des tribunes politiques et juridiques, des réflexions plus générales

Cette rubrique «Covid-19» est libre d'accès et fait l'objet d'une newsletter dédiée et gratuite: inscription sur la page revmed.ch/covid-19

Pour nous soumettre un texte sur le sujet: redaction@revmed.ch

REVUE DE PRESSE

46,5% des conseillers nationaux ne portent pas de masque au Parlement

(...) Les conseillers nationaux ont réintégré le Palais fédéral le 7 septembre. Une forêt de plexiglas y a poussé pour «protéger» les élus du risque de transmission du coronavirus. Assis, ils ne sont pas obligés de porter un masque, mais il leur est fortement recommandé d'en revêtir un pour tout déplacement dans l'enceinte du palais. Comme le reste de la population, ils doivent également respecter les distances sociales et l'hygiène des mains.

Heidi.news a voulu savoir comment les 200 conseillers nationaux se comportaient dans ce contexte. Après deux semaines d'observation, le résultat est mitigé: 46,5% des conseillers nationaux se

déplacent sans protection et sans pouvoir garder leurs distances (...)

Pourquoi cela interpelle. Les autorités imposent des mesures sanitaires à l'ensemble de la population. Les élus fédéraux ne font pas exception. Ils ont même un devoir d'exemplarité vis-à-vis de leurs concitoyens et représentent un symbole du respect des mesures sanitaires en vigueur (...).

La salle du Conseil national accueille 200 députés, auxquels il faut ajouter les collaborateurs des services du Parlement (tous masqués), les visiteurs et les journalistes. Cela représente une petite foule se côtoyant plusieurs heures durant dans un espace clos et sans fenêtre. La température y monte facilement. Les parois en plexiglas – qui ont le mérite de rendre l'épidémie «visible» en

permanence – sont conçues pour minimiser le risque de transmission du virus et aussi assurer à un élu de ne pas devoir se mettre en quarantaine si son voisin de siège est infecté (...).

Les 200 politiciens se lèvent souvent. Ils vont parler avec d'autres politiciens, se retirent dans la salle des pas perdus, vont à la cafétéria, se rencontrent, échangent des documents, parlent en se rapprochant, etc. Souvent, ils se lèvent pour apostrophier leurs voisins et ne sont ainsi plus derrière la paroi censée les isoler. Et pour être sûr d'être entendus par leur interlocuteur, ils n'hésitent pas à descendre leur masque sous le menton, voire à l'enlever pour parler (...).

Globalement, le clivage gauche-droite est patent. C'est du côté des socialistes que l'on observe le plus de personnes enfilant un

masque au moment de se déplacer et c'est dans les rangs de l'UDC que l'on voit le plus de visages découverts. Au centre, les comportements varient fortement.

Lorsque l'on compare selon le genre, on constate que 32% des conseillères nationales (27 sur 84 députées) ne portent pas du tout de masque pour se déplacer. Un taux qui monte à 57% chez les conseillers nationaux hommes (66 sur 116 députés):

Pour ce qui est des régions linguistiques, 51% des élus alémaniques (73 sur 143 élus) ne portent pas le masque, contre 33% des Romands (16 sur 49 élus) et 50% des Tessinois (4 sur 8 élus).

Annick Chevillot

Heidi.news du 21 septembre 2020

BLOC-NOTES

Masque, Covid et liberté

Ah, la liberté! Immense concept. Valeur dont l'usage sculpte nos existences. Mais concept et valeur aussi difficiles à saisir que faciles à instrumentaliser. Un bout de tissu sur le visage, tenu par deux élastiques, est-il liberticide? Les masques, destructeurs de liberté, vraiment? Se pourrait-il qu'ils annoncent, qu'ils traduisent une dictature sanitaire? Une forme d'hygiénisme totalitaire? Refuser de porter le morceau de tissu au nom de ces craintes, est-ce cela, la liberté?

Bien sûr que non. Il s'agit avant tout de prestidigitation éthique, d'un jeu où le lapin de la liberté sort d'une subjugation de la raison par les apparences. Libre, on ne peut l'être que dans un ensemble, face à un groupe, et intégré, engagé dans un système de valeurs et d'altérités. Il faut vraiment être coincé dans son autosuffisance - ce cul-de-sac mortifère - pour estimer que la liberté s'exprime par le refus de toute contrainte.

Et, soit dit en passant, mieux vaudrait, pour servir la liberté, refuser le bout de tissu que seules les personnes du genre féminin sont légalement obligées de porter sur leur poitrine dans les lieux et bains publics, dont l'unique enjeu est une tradition sinon puritaine du moins morale, que de se battre contre l'autre bout de tissu, qui lui permet d'éviter de contaminer les autres, et qu'on nous oblige pour un temps et dans certaines circonstances à porter sur le visage.

Certes, le visage est de loin la partie du corps la plus impliquée dans ce qui fait de nous des personnes uniques et communicantes. Certes aussi, la pandémie nous infecte d'un terrible paradoxe: manifester notre amour pour autrui demande de s'en tenir à distance ou de se masquer. Alors qu'il était le lieu de la rencontre et de l'échange, le corps est devenu celui des dangers et des menaces. Et le masque apparaît comme le symbole liant notre vulnérabilité commune à la responsabilité qui en résulte.

Or nous vivons dans une époque de bulles d'opinions, d'affirmations enkystées dans leur certitude. Tout le monde disserte sur la réalité de la protection par le masque, sur les dangers de le porter ou encore sur l'importance du visage. Sur ces sujets, à la place du débat s'imposent des comportements irrationnels, se développant en boucles de plus en plus étranges.

Prenez le résultat de la superbe enquête menée par Annick Chevillot au Palais fédéral et publiée dans *Heidi.news*. Nos parlementaires devraient être masqués lors de leurs déplacements hors de leur siège. Or, ils le sont selon un gradient d'observance qui va de la gauche (les plus observants) à la droite (les moins). Aucune justification ou réflexion n'est donnée pour emballer ces attitudes. On peut supposer qu'agissent les mêmes mécanismes obscurs que ceux qui divisent la classe politique des États-Unis, où les Démocrates portent le masque et les Républicains le conspuent. Se masquer, selon ces derniers, exprimerait la couardise, la faiblesse vitale et la soumission aux directives. Eux se placent du côté du courage (d'être libre), ou, plus profondément, plus obscurément encore, évoquent la virilité (l'argument suprême des droites dures). La fierté de fonder son action sur le couple liberté-virilité (ou refus des règles-machisme) est une vieille maladie politique qui reflambe un peu partout.

Plus largement, derrière le refus de porter un masque se tient le mythe de l'humanité conçue comme une simple somme d'individus, des monades juxtaposées, sans racines, sans culture ou appartenance. Se croyant l'auteur et le maître de sa vie, l'individu ainsi mythifié, dès lors que lui est imposée une situation qu'il n'a pas choisie, crie à l'atteinte au libre arbitre. Le masque, dit-il, voilà le début du démantèlement de ma liberté. Son moi est si important qu'il adhère à un utilitarisme déshumanisant, qu'il fait de la productivité, du profit et de la consommation son crédo, mais n'arrive pas à admettre que la vie même - et la sienne propre - soit menacé par ses décisions et celle de la collectivité. Il croit, cet individu, au futur comme ce qui va apporter des solutions au présent, par la seule vertu du marché, de la technologie et de la croissance.

À investir dans les masques toute la réflexion sur la liberté, on oublie les domaines où elle se joue de manière bien plus cruciale: les systèmes de pouvoir et de domination qui s'imposent à nos existences. Les dérives du libéralisme, qui enferment de plus en plus d'humains dans des bullshits jobs, qui leur nient, au nom de la liberté et de l'épanouissement, leurs caractéristiques humaines, la différence, la pensée, la possibilité d'être soi. Ou les inégalités croissantes, la vie sans travail ou sans sécurité, suspendue à des aides, dans le stress permanent du lendemain. Ou encore l'avancée insidieuse de la maîtrise numérique, les gigantesques entreprises de la Tech surveillant chaque individu, capables non seulement de prédire les comportements, mais surtout de les influencer.

Et, plus que tout, le drame de l'environnement.

Comment ne pas voir dans les catastrophes qui se succèdent ces jours un cri d'appel à la liberté, à l'engagement? Records de chaleur, cinq cyclones simultanés dans l'Atlantique, un immense iceberg détaché du Groenland, San Francisco et une partie de la Californie envahis d'une atmosphère orangée et angoissante - Blade Runner sortant de la fiction, devenant la réalité - l'Afrique se débattant dans quantité d'inondations... sans compter la disparition des vertébrés, des insectes, oiseaux, bêtes sauvages, abeilles, toute la diversité des espèces qui porte le charme du monde. Le drame se déroule en silence. Une partie a déjà eu lieu. Le pire est sur notre palier.

C'est tout le paradigme de pensée qu'il faut changer pour qu'advienne une véritable liberté. Il s'agit de réécrire le récit de notre futur, mais dans une version qui donne une priorité à la science sur la promesse. Car notre marge de manœuvre, celle où peut se déployer notre liberté, ne va pas jusqu'à pouvoir nier la réalité. Le réchauffement climatique et l'affaissement de la biodiversité sont déjà en cours et vont s'aggraver, que nous le voulions ou non. Le domaine de notre liberté, c'est de décider d'en diminuer la gravité et d'en humaniser les conséquences. De même avec le Covid: en grande partie à cause de nos comportements, il est maintenant parmi nous, il nous impose ses règles. Nous pouvons faire comme s'il n'existe pas, c'est notre liberté, c'est vrai. Mais une liberté fictionnelle, qui nous pousse dans le monde des rêves, laissant le malheur et la souffrance progresser selon un fatalisme qui caractérisait les âges préscientifiques.

La liberté narcissique, qui refuse de se construire dans un face-à-face avec la réalité, mène toujours à des régressions. Elle tourne inévitablement mal, entraînant vexations et frustrations, débouchant sur les vieilles idéologies de l'identité et de la pureté. Lorsqu'elle devient la modalité dominante des populations, elle finit par s'exprimer en guerres ou en dictatures.

Refus de l'espoir au rabais, des injonctions culpabilisatrices, des pseudosciences ou de la standardisation du monde: tout cela est un début. Mais la liberté se déploie dans l'amour de la vie, comme le courage d'exister et de vouloir qu'existent des altérités.

Bertrand Kiefer

Comment sort-on de la délinquance ?

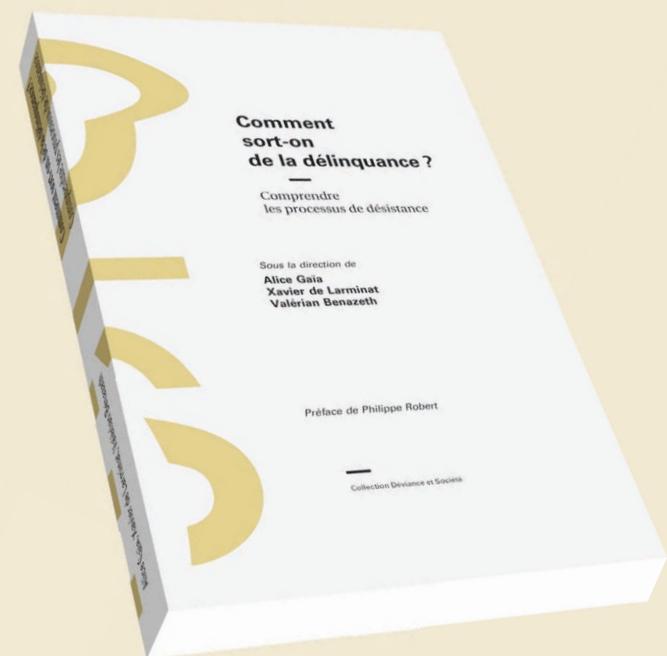
Comprendre les processus de désistance

Sous la direction de
Alice Gaïa, Xavier de Larminat et Valérian Benazeth

Préface de Philippe Robert

COLLECTION DÉVIANCE & SOCIÉTÉ

ISBN: 9782880494513
15 CHF (papier) / 9 CHF (epub)
16 x 24 cm / 212 pages



Comment sort-on de la délinquance ?

Sous la direction de Alice Gaïa, Xavier de Larminat et Valérian Benazeth

Comment sort-on de la délinquance ? C'est à cette question à la fois naïve et ambitieuse que cet ouvrage collectif entend répondre. Question *a priori* naïve parce qu'elle va à l'encontre d'une croyance bien ancrée selon laquelle la délinquance comporterait une part inéluctable de récidive. Ceci explique le désintérêt pour les processus de désistance, qui sont donc longtemps restés incompris. Question ambitieuse parce qu'elle implique d'appréhender ces parcours de désengagement en articulant les phénomènes de socialisation et de régulation institutionnelle dans leur contexte social, économique et politique. L'objectif de ce livre est ainsi de comprendre les multiples configurations des sorties de délinquance, bien au-delà des seules interventions pénales.

Avec les contributions de Valerian Benazeth, Anthony Bottoms, Géraldine Bugnon, Alice Gaïa, Deirdre Healy, Xavier de Larminat, Marwan Mohammed, Philippe Robert, Johanna Shapland, Philippa Tomczak.

COMMANDE

Je commande:

ex. de **Comment sort-on de la délinquance ?**

CHF 15.– (papier) / CHF 9.– (epub)

Frais de port offerts pour la Suisse dès CHF 30 d'achat.

Autres pays: 5 €

En ligne: georg.ch

e-mail: livres@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à:

Georg éditeur | Médecine & Hygiène
CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:



Un cours maîtrisé
malgré la dépression.

Brintellix®

Améliore l'humeur, la concentration, la motivation et peut aider dans la vie de tous les jours.¹

Brintellix® (vortioxétine). I: Traitement des épisodes dépressifs chez l'adulte (‘épisodes dépressifs majeurs’), ainsi que traitement d’entretien ultérieur chez les patients dont les symptômes dépressifs ont bien répondu à Brintellix dans la phase aiguë du traitement. P: La posologie recommandée chez l’adulte < 65 ans est de 10 mg par jour, au cours ou en dehors des repas. La dose peut-être ajustée à max. 20 mg par jour ou min. 5 mg par jour. Ct: Hypersensibilité au principe actif ou à l’un des excipients. Utilisation simultanée avec des inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) non sélectifs ou des inhibiteurs sélectifs de la MAO-A. Préc.: Enfants et adolescents, tentatives de suicide/ idées suicidaires, convulsions, syndrome sérotoninergique ou syndrome malin des neuroleptiques, manie/hypomanie, hémorragie, hyponatrémie, patient âgés, patients souffrant de maladies rénales ou hépatiques. IA: Inhibiteurs non sélectifs irréversibles de la MAO, inhibiteurs sélectifs réversibles de la MAO-A (moclobémide), inhibiteurs non sélectifs réversibles de la MAO (linezolid), inhibiteurs sélectifs irréversibles de la MAO-B (sélégiline, rasagiline), médicaments sérotoninergiques, millepertuis, médicaments abaissant le seuil épileptogène, électroconvulsivothérapie, inhibiteurs du cytochrome P450 (inhibiteurs puissants du CYP2D6 (p.ex. bupropion, quinidine, fluoxétine, paroxétine)), inducteurs du cytochrome P450 (p.ex. rifampicine, carbamazépine, phénytoïne), médicaments anticoagulants et antiplaquettaires, lithium, tryptophane. G/A: déconseillé. Et: très fréquent: nausées; fréquent: rêves anormaux, vertiges, diarrhée, constipation, vomissements, prurit (généralisé). Prés.: comprimés pelliculés à 5 mg: 28 [B], 10 mg et 20 mg: 28, 98 et emballage hospitalier de 9x7 [B]. Gouttes buvables à 20 mg/ml (10,1% vol. alcool): 15ml [B]. Actuellement non commercialisés: comprimés 15 mg: 28, 98. Admis par les caisses. L’information professionnelle complète est publiée sur www.swissmedicinfo.ch. Lundbeck (Suisse) SA, Opfikon, www.lundbeck.ch 2022020FI

1009194



Brintellix
vortioxétine
Take care of **more than mood**®

CH-BRIN-0439 01/20