

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

*Medico-psychological aspect relating to the coronavirus epidemic: implementation of a support strategy for nursing staff by coordinating doctors in rest and care homes in Belgium and in France and psychological impact for the residents of these private and public nursing and care homes*

CARINE DURAY-PARMENTIER<sup>1</sup>  
JEAN-BAPTISTE LAFONTAINE<sup>2</sup>  
NOÉMIE NIELENS<sup>1</sup>  
PASCAL JANNE<sup>3</sup>  
MAXIMILIEN GOURDIN<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centre de psychothérapie de Namur, Namur, Belgique

<sup>2</sup> Maison médicale de La Plante, Namur, Belgique

<sup>3</sup> Faculté de Psychologie, Université catholique de Louvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique

<sup>4</sup> Département d'anesthésiologie, Université catholique de Louvain, CHU UCL Namur, Yvoir, Belgique

**Correspondance** : C. Duray-Parmentier  
<carine.durayduray@gmail.com>

**Résumé.** Plus d'un tiers de l'humanité est actuellement soumis à des mesures de confinement du fait de la pandémie de coronavirus. Le confinement a été instauré dans de nombreux pays pour plusieurs semaines. Les autorités sanitaires sont sur le pied de guerre face à un virus encore mystérieux et pour lequel ils sont amenés à en informer la population tout en étant confronté à beaucoup d'inconnues concernant la Covid-19. Dès lors, qu'en est-il de la santé mentale ? Que peut engendrer une situation de confinement auprès de la population à placer en quarantaine ? Quel impact psychologique ce confinement va-t-il avoir sur nos aînés hébergés en maisons de repos et de soins en Belgique ou en Ehpad en France ? Actuellement, nous n'avons pas encore connaissance d'articles francophones déjà publiés sur les aspects médico-psychologiques liés au coronavirus auprès de la population. Nous allons tenter, au travers de cet article, d'aborder la question médico-psychologique du personnel soignant au sein des maisons de repos et de soins et l'impact psychologique des résidents.

**Mots clés** : coronavirus, Covid-19, pandémie, personnes âgées, maisons de repos, Ehpad, personnel soignant

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

**Key words:** coronavirus, Covid-19, pandemic, elderly people, rest homes, Ehpad, caregivers

## Introduction

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

## Qu'en est-il sur le plan médico-psychologique ?

### Impact psychologique de la quarantaine en maison d'hébergement chez nos aînés

Les MRS (Belgique) ou Ehpad (France) ont longtemps fonctionné en adaptant une fonction de « maison de vie ». La crise sanitaire actuelle a transformé ces « maisons de vie » en « maisons de mort ». C'est toute une vision de l'accompagnement de la personne âgée et des soins gériatriques qui est remis en question. L'hébergement pour la personne âgée (MRS ou Ehpad) va devoir s'adapter à l'avenir pour réagir de façon plus efficace à toute nouvelle épidémie. Le confinement est une expérience souvent désagréable pour ceux qui la subissent. La séparation d'avec des êtres chers, la perte de liberté déjà liée au placement est encore plus ressentie et renforcée, l'incertitude quant à l'état de la maladie et l'ennui de ne plus voir ses proches créent des effets dramatiques pour la personne âgée plus ou moins encore valide résidant dans une institution [2]. En première ligne, les équipes de soignants ne ménagent pas leurs efforts pour sauver leurs résidents et doivent parfois, dans l'isolement le plus total, prendre des décisions difficiles. Les pouvoirs publics ont dû reconsidérer la situation des hébergements pour personnes âgées, suite à l'augmentation du nombre de décès dans ces MR que ce soit en France ou en Belgique. Au-delà du degré de contagion et du taux de mortalité du coronavirus, la crise actuelle est aussi la conséquence d'un sous-investissement chronique dans les établissements médico-sociaux. Les professionnels des MRS ou d'Ehpad, comme les professionnels des hôpitaux, ont maintes fois sonné l'alerte sans pour autant avoir été entendus [3]. Les premiers constats relevés sont que le « confinement » semble mettre en danger le lien social, mais aussi le lien d'attachement [4]. En effet, comme la personne âgée ne peut plus voir ses proches, sa santé mentale n'en est que plus fragilisée. Et tout ce qui va déstabiliser les repères temporaires et sociaux de l'individu va faire augmenter son angoisse [1]. Dès lors, chez les personnes âgées, qu'il faut protéger au maximum du coronavirus, en évitant de leur rendre visite, l'isolement n'est pas sans conséquences. Nous savons que cette situation peut mener à la dépression ou à des décompensations psychiques. D'autant que plusieurs études (issues de la revue *Lancet*, 14/03/2020) [1] ont montré que le fait de rester socialement actif après 60 ans serait protecteur contre le risque de

démence. Chez les personnes déjà très vulnérables, plusieurs médecins ont alerté contre le « syndrome de glissement »[5], un état de détresse psychologique pouvant être fatal. Pour d'autres, l'enjeu est de préserver leur autonomie, car la perte de muscles engendrée par la baisse d'activité physique ou une mauvaise alimentation peut les faire entrer dans une zone de « fragilité ». Par ailleurs, le moindre recours aux soins, entre la peur de contracter le virus chez le médecin et téléconsultation pas toujours adaptés pour cette population, entraîne l'arrivée aux urgences de personnes âgées avec des maladies chroniques plus sévèrement décompensées que d'habitude comme, par exemple, les insuffisances cardiaques [3, 6].

### **Comment élaborer un canal d'aide pour le personnel soignant en maison de repos et de soins (ou Ehpad) ?**

En janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé a annoncé que la flambée du coronavirus constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Dans les structures de MRS (publiques et privées) et Ehpad, sont prises en charge des personnes souffrant d'incapacités physiques ou mentales (Alzheimer, déficiences mentales, autisme) dont certaines sont très âgées. Les résidents de ces établissements constituent des populations vulnérables exposées à un risque plus élevé d'issue défavorable. Ces personnes sont également plus susceptibles d'être infectées, car elles vivent en contact étroit avec d'autres personnes. Dès lors, les MRS et Ehpad ont dû prendre des précautions particulières pour non seulement protéger leurs résidents, mais également le personnel soignant [7]. Une coordination des systèmes et des services afin de prodiguer des soins de longue durée ont été mis en place avec les autorités pertinentes comme le ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Justice sociale dans le but de garantir la continuité des soins dans les MRS en Belgique et Ehpad en France. Mais également apporter un soutien supplémentaire si le coronavirus est confirmé chez une personne âgée résidant dans une structure pour aînés. Une liste de MRS en Belgique (échantillon repris en région namuroise) ainsi que toute structure privée ou publique ont été recensées afin de connaître qui sont les médecins coordinateurs référents à ces structures. Pour les structures privées, des médecins coordinateurs ont été nommés pour intervenir dans les protocoles concernant la période Covid-19.

### **Les stratégies de soutien pour le personnel soignant en maison de repos et de soins (Belgique) ou en Ehpad (France)**

Toutes les MR (Belgique) et Ehpad (France) subissent un manque aigu de matériel de protection (masques FFP2, tablier de protection, visières...) avec des situations à risque grandissant et des cas suspects toujours plus nombreux. En Belgique, faisant face à un absentéisme grandissant de personnel craignant la contamination, les MRS « bricolent », en attendant faute de mieux, des visières, des masques en tissus, des sur-blouses, des lunettes qu'elles reçoivent par le biais de dons de particuliers ou de bénévoles via des postes médicaux de gardes de différentes provinces ou les Centres publics d'action sociale (CPAS). Les médecins coordinateurs ont demandé une forme de priorité pour le dépistage, à l'instar du personnel hospitalier, vu le risque de létalité du virus sur les résidents. Dès lors, le ministère fédéral de la Santé en Belgique et celui de la Santé en France ont signifié que le personnel soignant des MR ou Ehpad nécessaire aux soins sera testé en priorité en cas de troubles respiratoires, afin de pouvoir être ramené rapidement en soin en cas de test négatif. Les MR confinées sont alors coupées de l'extérieur. Dès qu'un foyer Covid s'est propagé, la distanciation sociale peut conduire à la détresse, voire à la désespérance, de la personne âgée. Peu médiatisée à ce jour, la question de structures intermédiaire doit être analysée [8]. Afin de soutenir le personnel soignant, l'orientation de la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la Covid-19 a instauré différentes mesures, dont l'éloignement physique, dans l'établissement afin de limiter la propagation du virus. Entre autres, il a été décidé de restreindre le nombre de visiteurs et d'interdire l'accès aux familles pendant le confinement sauf pour les résidents en soins palliatifs. Un protocole de protection est alors mis en place afin que la famille puisse accompagner le mourant. Mais cela se pratique au cas par cas, et ces décisions varient d'une région à l'autre, car beaucoup de MRS fonctionnent encore en huis clos pendant le confinement. Au sein de l'établissement, il est préconisé d'assurer une distance d'au moins un mètre entre les résidents d'inviter les résidents et les soignants à éviter tout contact (poignées de mains, embrassades ou bises). Il est essentiel d'identifier, d'isoler et de soigner de façon précoce les cas positifs à la Covid-19 afin de limiter la propagation du virus. Dès lors, en collaboration avec le médecin coordinateur référent de la MR, il a été prévu, à l'instar des décisions sanitaires prises dans d'autres pays, de séparer les secteurs de la MR en deux : secteur « Covid » et secteur « non Covid ». Les soignants devront alors appliquer les précautions contre la transmission par contact et

par gouttelettes lorsqu'ils s'occupent du résident, entrent dans sa chambre ou se trouvent à moins d'un mètre de lui. Le matériel médical spécifique est assigné au personnel de la santé s'occupant des cas cliniques Covid et ne peut être échangé avec les sections non contaminées. En région wallonne (Belgique), l'Agence wallonne pour une qualité de vie (AVIQ) a choisi de partager 66 700 tests en deux groupes : 50 % des tests ont été orientés vers des MR qui représentent de gros clusters, des MR qui ont déjà 50 ou 60 cas de résidents qui sont soit des cas possibles ou des cas confirmés de la Covid-19 puis les 50 % restant sont orientés vers les plus petits clusters en MR, c'est-à-dire qui ont moins de six cas possibles ou confirmés. Selon les responsables de l'AVIQ, en Belgique, la moitié des MR en Wallonie sont considérées comme de « gros clusters » : des établissements comptabilisant un grand nombre de patients ou membres du personnel contaminés ou pouvant l'être. Dans les MRS ou les Ehpad, l'objectif est de détecter plus vite les résidents et les membres du personnel soignant qui ignorent être contaminés, car ils sont asymptomatiques afin de pouvoir réaliser une meilleure organisation du travail et permettre à ces structures moins touchées par le coronavirus de ne pas l'être plus. Pour l'ensemble de la Belgique, 3 806 résidents de MR ont été testés positifs à la Covid-19 en avril 2020, sur un total de 25 055 tests : 1 076 étaient symptomatiques et 2 730 asymptomatiques. Les MR ont payé un lourd tribut depuis le début de l'épidémie de coronavirus, avec 3 678 décès estimés/confirmés, sur un total de 6 917 morts en Belgique, selon les derniers chiffres communiqués le 14 avril 2020 par les autorités sanitaires [9].

## Impact psychologique du personnel soignant en maison de repos et de soins/Ehpad

### Facteurs de stress chez le personnel soignant en maison de repos et de soins et Ehpad

L'épidémie, comme toutes celles qui ont précédé ailleurs dans le monde (SRARS, Ebola, H1N1...), a des répercussions psychologiques notables et durables tant pour le personnel soignant que pour la population elle-même. Il importe d'anticiper et de prendre en charge le personnel soignant des différentes structures hospitalières et des MRS ou Ehpad ou établissements de santé mentale. La peur d'être contaminé, de mourir et de contaminer les autres, renforcée par les incertitudes entourant l'épidémie (symptômes, mode de contamination) activent les facteurs de stress pendant le confinement. La durée de la

quarantaine supérieure à dix jours et une prolongation au-delà de la durée initialement annoncée majorent l'impact psychologique du confinement (crainte de perte financière, par exemple). Selon le Dr Abgrall et son équipe de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) de Paris [10], des symptômes de stress aigu et durable tels que des angoisses, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, de la fatigue, de l'irritabilité, de la colère, une difficulté d'attention, une morosité et une dépression peuvent survenir. Ces symptômes sont comparables à des symptômes de « stress post-traumatique ». Une étude chinoise sur les effets de l'épidémie du coronavirus estime que les symptômes sont comparables à ceux d'une traumatisation vicariante (traumatisme par procuration). Il s'agit de changements profonds subis par le soignant qui établit des rapports d'empathie avec des malades de la Covid-19. Des articles parus dans le *Lancet* sur l'impact psychologique du confinement rapportent des symptômes de « stress aigu » ou de « stress post-traumatique », y compris pour des enfants, bien que le confinement ne soit pas considéré comme une situation traumatisante dans le DSM-5 [1, 11-14].

### Dispositifs de soutiens spécifiques aux soignants

Il est important d'offrir des dispositifs de soutien spécifiques aux soignants (infirmiers, aides-soignants, médecins hospitaliers ou généralistes), y compris au personnel confiné, accessible à distance et ouvert à tout le personnel. Et surtout de protéger les soignants en première ligne, en les incitant à faire des pauses, en organisant un roulement des équipes et en gardant à l'esprit les facteurs protecteurs soulignés dans l'étude chinoise (formation, volontariat), sans oublier que l'impact psychologique sur ces soignants peut se manifester avec retard après la crise sanitaire [15]. La durabilité des effets du confinement incite à prévoir un maintien des dispositifs de soutien psychologique au-delà de la période de confinement. En Belgique (tout comme en France), le Service public fédéral de la santé et divers managers psychosociaux ont mis en place un « Comité de coordination psychosociale » appelée CCPS. L'objectif est de mettre l'accent sur une communication rationnelle et sans ambiguïté de la part de tous les services impliqués selon les différentes provinces : campagnes de communication, aide psychosociale par téléphone, service externe pour la prévention et la protection au travail (SEPPT). Le lien « Copsycovid19.be » est un collectif de psychologues et thérapeutes belges formés à la relation d'aide proposant un soutien psychologique gratuit à court terme par téléconsultation aux personnes vivant des difficultés face à la situation

actuelle de la crise sanitaire, citoyens et professionnels du secteur social-santé et, pour les médecins et les médecins en formation, la création d'un numéro vert et d'une page d'accueil « aide psychique aux médecins pendant la crise Covid-19 » leur est également attribué. La France a également mis en place des structures identiques pour le personnel soignant. Le réseau 107, Réseau Santé Wallon en Belgique, a mis à disposition des personnes fragilisées par la situation de crise sanitaire un service de première ligne : coopsy.be [16]. L'AVIQ et la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM) ont lancé, dès le 6 avril 2020, un soutien psychologique destiné à épauler les professionnels de l'aide et de la santé qui agissent en première ligne dans les hôpitaux, dans les structures psychiatriques, les MR, les services pour personnes en situation de handicap ou fragilisées, les centres de planning. Ce service gratuit est composé de psychologues, de psychiatres, assistants sociaux et autres professionnels, qui apportent non seulement une écoute, mais aussi une prise en charge psychologique de première ligne et une réorientation pour des suivis à plus long terme si nécessaire [17].

## Impact psychologique pour les personnes âgées en maison de repos

### Surmortalité des personnes âgées en maison de repos et de soin ou Ehpad

La surmortalité de nos aînés s'explique par le fait qu'ils souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques : diabète, pathologies cardiovasculaires ou cancer qui rendent l'organisme plus vulnérable. Selon une autre étude parue dans le *New England Journal of Medicine*, une proportion élevée de cas graves à critiques et un taux de mortalité élevé ont été observés chez les patients âgés Covid-19. Une progression rapide de la maladie a été notée chez les personnes décédées avec un temps de survie médian de cinq jours après l'admission en milieu hospitalier. La dyspnée, la lymphocytopénie, les comorbidités, y compris les maladies cardiovasculaires et les maladies pulmonaires obstructives chroniques, et le syndrome de détresse respiratoire aiguë étaient prédictifs de mauvais résultats. Une surveillance étroite et un traitement rapide ont dû être effectués pour les patients âgés à haut risque. Une autre étude menée par des chercheurs de la *London School of Economics* établit, dans une fourchette de 42 % à 57 %, le taux de décès lié à la Covid-19 survenu dans les MR ou Ehpad de cinq pays étudiés, par rapport au total des décès attribués à cette infection dans ces pays selon des données encore

préliminaires. Pour la Belgique, ce taux s'établirait à 42 %, l'Italie à 53 %, l'Espagne à 57 %, la France à 45 % et l'Irlande à 54 %, d'après les données récoltées au cours de la première quinzaine d'avril 2020. Il y a peu d'informations concernant de nombreux pays. En outre, les systèmes d'enregistrement liés au coronavirus dans les MRS varient selon les pays et même les régions. Par ailleurs, le fait que très peu de pays testent systématiquement les personnes dans les MRS ou Ehpad (résidents et personnel soignant) complique l'estimation du nombre d'infections et de décès. Selon les auteurs de ces recherches, compte tenu de ce manque de tests, il semblerait que la meilleure manière d'estimer l'impact sur la mortalité du coronavirus dans ces établissements serait de comparer les données de mortalité de la période de la pandémie à la mortalité des années précédentes à la même période de l'année. Dès lors, l'Institut national français de statistiques (INSEE) a publié, le 10 avril 2020, des données montrant qu'au cours du mois de mars 2020, il y a eu, par exemple, 11,9 % de décès en plus dans les MR qu'en mars 2019. Il y a donc eu 10,4 % de décès en plus sur l'ensemble de la population âgée de plus de 70 ans [18-21].

### Dispositifs de soutiens psychologiques pour les personnes âgées

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

### Le syndrome de glissement chez la personne âgée en maison de repos et de soins

Le syndrome de glissement reste une identité psychopathologique encore mal connue en gériatrie. Ce concept est apparu dans la littérature médicale française dans les

années 1950 et décrit par le gériatre Jean Carrié comme « *un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet* » [22]. Il renvoie donc à la perception d'un état dans lequel la personne âgée semble sciemment se laisser aller vers sa propre mort. Médicalement, il s'agit d'un état de décompensation rapide de l'état général survenant à la suite d'une affection aiguë. On pourrait donc définir le syndrome de glissement par un état de grande déstabilisation *physique* et *psychique* marqué par l'anorexie, la dénutrition, l'adipsie (refus de boire pur s'hydrater), de se lever, un refus de communiquer, le sujet demande à ce qu'on le « laisse tranquille », un état confuso-dépressif à manifestation somatique, avec un désir de mort probablement inexprimé [23]. Spécifique de l'âge avancé, le « syndrome de glissement » est donc une détérioration rapide de l'état général, déclenché par une affection aiguë médicale (infectieuse, vasculaire, virale comme, par exemple, la Covid-19), chirurgicale ou psychique, dont il est séparé par un intervalle libre où la personne âgée semble en bon état. Ce syndrome évolue en quelques jours ou semaines au maximum et peut conduire à la mort en l'absence de prise en charge thérapeutique et souvent, malgré cette dernière, dans un tableau de déclin fonctionnel et de dépression sévère [24]. Dès lors, la personne âgée assiste à l'effondrement de tout son être psychique et physique démontrant sa fragilité extrême. Il est considéré comme « glissant vers la mort » [25]. Ainsi, il est aujourd'hui important de rester prudent quant à cette possible réponse clinique de la personne âgée ayant vécu une quarantaine prolongée. Le syndrome de glissement sera-t-il un dommage collatéral dans les mois qui suivront le déconfinement ? Facteur à observer dans les mois à venir.

### Qu'en est-il de ce concept de syndrome de glissement « après confinement » suite à la pandémie du coronavirus ?

Actuellement, nous connaissons peu de choses sur les conséquences psychologiques suite au confinement majoré (au-delà de 14 jours) conséquent à la pandémie du coronavirus chez les sujets âgés. Mais nous pourrions imaginer que les conséquences peuvent être identiques à toute autre situation traumatisante qui aurait pu survenir dans des contextes différents. Il serait intéressant d'observer l'évolution des réactions des sujets âgés sortis des cohortes d'isolement Covid-19 en MRS ou Ehpad. Nous pourrions également attirer l'attention des soignants sur le principe du « lien d'attachement ». En effet, privé pendant un certain temps de ce lien (à la famille, au personnel de référence, au médecin traitant), la personne âgée peut verser dans l'insécurité et manifester des comportements d'agitation ou de dépression [4]. Par ailleurs, pour le personnel

#### Points clés

- Covid 19 : Plus d'un tiers de l'humanité (500 000 personnes d'après Hopkins) est actuellement soumis à des mesures de confinement du fait de la pandémie de coronavirus.
- Qu'en est-il concernant la santé mentale pour les personnes âgées, les maisons de repos, les Ehpad, et le personnel soignant ?
- Que peut engendrer une situation de confinement auprès de la population à placer en quarantaine ?
- La question médico-psychologique du personnel soignant au sein des maisons de repos et de soins et l'impact psychologique des résidents nécessite d'être posée.

soignant, s'occuper d'une personne âgée qui fait un syndrome de glissement n'est pas une démarche aisée, car l'image d'un patient glissant peut s'avérer traumatique. Le soignant peut en arriver à avoir des attitudes de rejet ou de surprotection face à la violence du glissement et la dépendance totale projetée par la personne âgée sur le soignant. Dans ce contexte, la relation soignante est indispensable. Les soins de maternages sont primordiaux. À l'instar de « *la mère suffisamment bonne* » décrite par Winnicott [26, 27], les « *soins suffisamment bons* » sont à soutenir de façon rigoureuse en gériatrie et peut être, principalement, pendant ET après l'isolement vécu par la personne âgée. Les soins corporels ont une grande valeur dans le syndrome de glissement : le « *holding* » et le « *handing* » offrent à cette période de la vie, une contenance psychique et physique. Cette contenance permet des moments d'intégration psychosomatique ainsi qu'un réinvestissement libidinal du corps. Une parole décrivant les soins, un mot évoquant quelques événements anodins permet de faire le *lien* entre sensations corporelles et le monde extérieur et ainsi favoriser la remise en route de la pensée.

## Conclusion

L'impact psychologique des mesures de confinement est plus large, substantiel et sans doute durable. Les répercussions psychologiques du confinement, tant pour le personnel soignant que pour nos aînés de plus de 70 ans, vont certainement dépendre de la durée. Nous devons dès lors revisiter toutes nos connaissances sur l'accompagnement de la personne âgée et des soins gériatriques en MRS et apprendre à réagir de façon plus efficace à toute nouvelle épidémie tant sur le plan social que sur le plan psychologique. L'insuffisance d'études concernant

l'impact psychologique sur le confinement auprès des personnes âgées et des soignants en institution en Europe nous laisse à penser que le politique et les experts médicaux n'ont pas été préparés à cette crise sanitaire et, à défaut, ont dû agir sur l'aspect urgentissime afin de mettre des stratégies en place pour y répondre. Il nous faudra certainement du recul et des études statistiques plus approfondies à comparer à celles réalisées précédemment sur des épidémies moins longues et dans des zones géographiques plus petites comme le SRAS en 2003, Ebola en Afrique ou le H1N1, plus récent en Europe, dans le but d'analyser et de comparer les conséquences médico-psychosociales de cette pandémie. Par ailleurs, les études réalisées sur la Covid-19 semblent généralement orientées sur les statistiques de cas relevés dans différents pays, sans doute, dans

le but mesurer les courbes ascendantes et descendantes de l'évolution de la pandémie afin de mettre en place les stratégies de déconfinement par la suite. Pour conclure, il sera judicieux, nous semble-t-il, de comparer, dans chacune des MR, les ressources mises en place au moment de la crise tant par personnel soignant au sein de la MR ou l'Ehpad que chez les résidents pendant la crise sanitaire [1] ; il faudra observer l'impact psychologique de tout cet environnement après le confinement.

**Remerciements.** Remerciements au professeur Pascal Janne et Dr Daniel Duray, pour leurs conseils et encouragements.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## Références

1. Brook SK, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of evidence. *Lancet* 2020 ; 395 : 92-20.
2. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020 ; 368 : m313.
3. *Ehpadia* n° 19, avril 2020.
4. Bowlby J. *Le traumatisme de la perte. Attachement et perte*. Paris : PUF, coll. « Le Fil rouge », 1984, pp. 19-38.
5. Graux P. Le syndrome de glissement. *Actual Gerontol* 1978 ; 12 : 21-3.
6. Delomier Y. Vers une définition restrictive du syndrome de glissement. In : *L'interdisciplinarité gérontologique. Actes du 4<sup>e</sup> Congrès international francophone de gérontologie*. Montréal : Maloine, 1990, pp. 533-541.
7. Organisation mondiale de la santé. *Orientation pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la Covid-19 : orientations provisoires*. Montréal : OMS, 2020, Site consulté en avril 2020..
8. Sciensano. <https://covid19>.
9. Noulet J-F, Joris M, Van de Berg L. [https://www.rtb.be/info/societe/detail coronavirus-en-Belgique-pres-de-20-des-residents-de-maison-de-repos-testes-positifs-les-2-3-sont-asymptotiques?id=10489473](https://www.rtb.be/info/societe/detail_coronavirus-en-Belgique-pres-de-20-des-residents-de-maison-de-repos-testes-positifs-les-2-3-sont-asymptotiques?id=10489473). Site consulté en avril 2020.
10. Abgrall G, Deloche-Gaudez F, Neff E, Akhounak S, Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris (CUMP), SAMU de Paris. *Proposition pour une prise en charge médico-psychologique tirée d'une synthèse des premiers articles sur l'impact de l'épidémie Covid-19 et du confinement*. Site consulté en avril 2020.
11. (CSTS). *Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks*.
12. Center for Study of Traumatic Stress (CSTS). *Psychological effects of quarantine during the coronavirus outbreak: what healthcare provide need to know*.
13. [https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS\\_FS\\_Psychological\\_Effects\\_Quarantine\\_During\\_Coronavirus\\_Outbreak\\_Providers.pdf](https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf). Site consulté en avril 2020.
14. [https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS\\_FS\\_Sustaining\\_Well\\_Being\\_Healthcare\\_Personnel\\_during.pdf](https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Sustaining_Well_Being_Healthcare_Personnel_during.pdf).
15. Zhenyu L, *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in Covid-19 control. *Brain Behav Immun*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>. Site consulté en avril 2020.
16. <https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-soutien-psychosocial>.
17. <https://www.wallonie.be/fr/actualites/covid-19-ligne-decoute-gratuite-pour-les-professionnels-de-laide-et-de-la-sante>.
18. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020 ; 382 : 1708-20.
19. Huang C, Wang Y, Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020 ; 395(10223) : 497-506.
20. *Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up*.
21. <https://fr.statista.com/infographie/21451/estimation-part-des-residents-ehpad-dans-le-total-des-deces-du-coronavirus-covid-19/>.
22. Delomier Y. Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. *Psychol Med* 1985 ; 17 : 1111-5.
23. Delomier Y. Le syndrome de glissement. *Rev Geriatr* 1978 ; 289-96.
24. Bazin N. Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ? *Rev Geriatr* 2002 ; 27 : 371.
25. Ferrey G. Le syndrome de glissement : effondrement psychosomatique ? *Psycho Med* 1991 ; 23 : 907-11.
26. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, coll. « Science de l'homme », 1969.
27. Winnicott DW. *1956-1958. La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot, 2006.