

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ DE
STRASBOURG

ANNÉE : 2022

N° 188

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : Psychiatrie

PAR

Denis Rémy Michel MAURICE

Né le 20 Janvier 1994, à Remiremont

Impact du confinement sur la santé mentale : étude comparative et qualitative auprès des patients suivis à l'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé de Rouffach

Président du jury : Professeur Fabrice BERNA

Directeur de thèse : Docteur Emmanuel ROQUET, Praticien Hospitalier

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0116 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0080	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0209	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0184	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît P0076	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0082	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IG BMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0108	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0145	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0180	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOUQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0128		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0126		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0106

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0086	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOQC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	ORL / 01.09.10is (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et readaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESSEL Michel (Médecine physique et readaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Remerciements

A mon président de thèse, le Professeur Fabrice Berna,

Merci de me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour l'enseignement dont j'ai bénéficié tout au long de mon internat, et de m'avoir permis de faire partie des étudiants inscrits à l'option « Psychiatrie de la Personne Agée ».

A mon directeur de thèse, le Docteur Emmanuel Roquet,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. J'espère poursuivre cette collaboration lors de mes prochains stages au sein de votre unité.

A Monsieur le Docteur Joël Oberlin,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. J'ai pris un grand plaisir à partager ce semestre au sein de votre pôle et d'avoir consacré mon travail de thèse à l'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé de Rouffach.

A Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de permettre à ce travail de thèse d'être évalué sous un regard gériatrique, témoignant de l'importante collaboration entre gériatres et psychiatres.

A l'Equipe de l'Accueil de Jour Adolescents de l'Elsau, pour les souvenirs inoubliables, l'apport sur le plan médical, éducatif et humain, l'ambiance familiale qui y régnait.

Aux Docteurs Géraldine Pflieger et Amandine Klipfel, qui auront égayé mon semestre au Centre Hospitalier d'Erstein, sur fond d'astropsychiatrie.

Aux Docteurs Flore Barthel et Nadine Wertenschlag, qui m'auront apporté un vent de fraîcheur tout au long de mon semestre dans l'Unité de Gérontopsychiatrie Intersectorielle à Cronenbourg. Vous avez contribué à ce que je m'oriente vers la Psychiatrie de la Personne Agée.

Au Docteur Ségolène Picart, avec qui j'ai partagé un semestre au Centre Hospitalier de Rouffach. Merci pour les enseignements que tu m'as apportés pour ce travail, pour tes connaissances, et pour l'implication que tu mets au service de tes patients et de tes collègues.

Au Docteur Dominique Baeumle, que je remercie vivement pour son aide dans ce travail de thèse. Vous m'avez permis, grâce à votre humanité et à votre dévouement, de me rappeler que le métier de médecin se veut altruiste avant tout. C'est avec gratitude que je vous remercie avec cette thèse.

A mes amis cointernes avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger tout au long de l'internat : Vincent pour sa culture, Kate pour son écoute bienveillante, Sammy pour les pauses sportives du midi, et les autres.

A mes amis en médecine, Xavier, Jordan, Steve, pour toutes ces discussions tournées vers le progrès.

A ma grand-mère paternelle, à qui je dédie ce travail. A la promesse faite il y'a plus de 20 ans.

A mon grand-père paternel, le génie des affaires, qui m'a enseigné le sens du mérite et le respect des valeurs traditionnelles.

A mon grand-père maternel, le « Mac Gyver », pour son parcours, ses voyages, ses passions, ses valeurs, sa fidélité.

Aux autres membres de ma famille qui ont apporté chacun leur pierre à l'édifice.

A mon père, qui a su être là continuellement et qui n'a jamais douté de ma réussite.

A ma mère, mon phare, qui m'a soutenu aussi longtemps et intensément malgré les tempêtes, qui m'a donné sans compter.

A mes sœurs Apolline, Aurore et Annabelle, pour tous ces moments partagés, pour cet environnement protecteur sur lequel compter, et pour la chance d'être unis malgré nos vies respectives.

A Emma, *mein Liebestraum*. Pour m'avoir rejoint sur Alpha Centauri B. Pour m'avoir donné la chance de danser dans le feu avec toi.

Jupiter dit un jour : Que tout ce qui respire
 S'en vienne comparaître aux pieds de ma grandeur.
 Si dans son composé quelqu'un trouve à redire,
 Il peut le déclarer sans peur :
 Je mettrai remède à la chose.
 Venez, Singe ; parlez le premier, et pour cause.
 Voyez ces animaux, faites comparaison
 De leurs beautés avec les vôtres :
 Êtes-vous satisfait ? Moi ? dit-il, pourquoi non ?
 N'ai-je pas quatre pieds aussi bien que les autres ?
 Mon portrait jusqu'ici ne m'a rien reproché ;
 Mais pour mon frère l'Ours, on ne l'a qu'ébauché :
 Jamais, s'il me veut croire, il ne se fera peindre.
 L'Ours venant là-dessus, on crut qu'il s'allait plaindre.
 Tant s'en faut : de sa forme il se loua très fort ;
 Glosa sur l'Éléphant, dit qu'on pourrait encor
 Ajouter à sa queue, ôter à ses oreilles ;
 Que c'était une masse informe et sans beauté.
 L'Éléphant étant écouté,
 Tout sage qu'il était, dit des choses pareilles :
 Il jugea qu'à son appétit
 Dame Baleine était trop grosse.
 Dame Fourmi trouva le Ciron trop petit,
 Se croyant, pour elle, un colosse.
 Jupin les renvoya s'étant censurés tous,
 Du reste , contents d'eux ; mais parmi les plus fous
 Notre espèce excella ; car tout ce que nous sommes,
 Lynx envers nos pareils, et taupes envers nous,
 Nous nous pardonnons tout, et rien aux autres hommes
 On se voit d'un autre œil qu'on ne voit son prochain.
 Le Fabricateur souverain
 Nous créa Besaciers tous de même manière,
 Tant ceux du temps passé que du temps d'aujourd'hui
 Il fit pour nos défauts la poche de derrière,
 Et celle de devant pour les défauts d'autrui.

La Besace, Jean de la Fontaine (1621-1695)

Table des matières

Serment d’Hippocrate	12
Remerciements	13
Table des matières	16
Liste des acronymes et abréviations	20
Liste des figures et tableaux	21
Introduction	22
1. Aspects historiques	26
1.1 Histoire de la psychiatrie de l’âge avancé	26
1.1.1 La psychiatrie du sujet âgé de l’Antiquité jusqu’au XIXe siècle	26
1.1.2 La psychiatrie de l’âge avancé au XXe siècle	27
1.1.3 Place des maladies neurodégénératives dans les définitions.....	29
1.2 Histoire de la psychiatrie de secteur	31
1.2.1 Du XVIIIe siècle jusqu’en 1960.....	31
1.2.2 1960, année fondatrice de la psychiatrie de secteur	33
2. Les Hôpitaux de Jour Gériatriques et Gérontopsychiatriques	34
2.1 Emergence	34
2.2 Enjeux et facteurs de risque	35
2.2.1 Facteurs de risque sociaux.....	35
2.2.1.1 L’isolement de la personne âgée.....	35
2.2.1.2 Un environnement source de stress.....	38
2.2.2 Facteurs de risque Psychologiques.....	39
2.2.2.1 Troubles psychiatriques patents	39
2.2.2.2 Intrications sensorielles.....	39
2.2.3 Facteurs de risque biologiques.....	39
2.2.3.1 Alcool	39
2.2.3.2 Tabac.....	40
2.2.4 Avantages et inconvénients de la prise en charge en HDJ gérontopsychiatrique	40
3 Les pandémies d’Hier à Aujourd’hui.....	43
3.1 Etymologie	43
3.2 La Grippe Espagnole : exemple historique d’une pandémie.....	44
3.2.1 Généralités.....	44
3.2.2 Facteurs de risque psychiques.....	44
3.3 Pandémie à Covid-19	47

3.3.1 Généralités.....	47
3.3.2 Epidémiologie du Coronavirus chez les seniors	48
4. Etude	50
4.1 Présentation du Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach.....	50
4.1.1 Le pôle d'activité Lauch-Thur-Doller	51
4.1.2 Les structures de la psychiatrie de l'âge avancé (PAA) du pôle LTD	52
4.1.3 L'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé « le REMPART ».....	52
4.1.4 L'HJPAA face à la pandémie à Coronavirus	54
4.2 Matériels et méthode	55
4.2.1 Type d'étude	55
4.2.2 Objectifs de l'étude.....	56
4.2.3 Elaboration de l'étude	56
4.2.4 Vécu des patients à distance à travers une étude qualitative	57
4.2.5 Population de l'étude	59
4.2.5.1 Caractéristiques de la population.....	59
4.2.5.2 Critères d'inclusion	60
4.2.5.3 Critères d'exclusion	60
4.2.6 Période de l'étude	60
4.2.7 Facteurs étudiés.....	61
4.2.8 Recueil des données	64
5. Résultats.....	64
5.1 Caractéristiques sociodémographiques	65
5.2 Données comparatives témoignant de l'évolution clinique du patient au cours du confinement.....	68
5.3 Données comparatives témoignant de l'évolution clinique du patient au décours du confinement.....	73
5.4 Recueil du vécu des patients via la grille d'entretien	78
5.4.1 Moral avant le confinement	78
5.4.2 Vécu du confinement.....	78
5.4.3 Contacts sociaux pendant le confinement	79
5.4.4 Avis sur la pandémie.....	80
5.4.5 Occupations	81
5.4.6 Appétit et sommeil	82
5.4.7 Vécu de la Fermeture de l'HJPAA	82
5.4.8 Maintien du lien avec l'HJPAA.....	83

5.4.9 Réouverture de l'HJPAA : impressions	84
5.4.10 Moral après le confinement	84
5.4.11 Contexte sanitaire.....	85
5.4.12 Humeur deux ans après le confinement	86
6. Discussion.....	86
6.1 Limites et biais.....	86
6.1.1 Concernant le recueil des données	86
6.1.2 Concernant la partie qualitative.....	87
6.2 Analyse des résultats pendant le confinement.....	88
6.2.1 Santé mentale, confinement, isolement et anxiété.....	88
6.2.2 Trouble des fonctions instinctuelles.....	95
6.2.2.1 Appétit et Poids	95
6.2.2.2 Sommeil	96
6.2.2.3 Activités	98
6.2.2.4 Soutien AVQ.....	99
6.2.2.5 Hospitalisation et décès.....	99
6.2.2.6 Traitements et ajustement des prescriptions de psychotropes	101
6.3 Analyse des résultats après le confinement.....	103
6.3.1 Anxiété.....	103
6.3.2 Santé mentale, vécu du confinement et isolement	104
6.3.3 Trouble des fonctions instinctuelles.....	106
6.3.3.1 Appétit et poids	106
6.3.3.2 Sommeil	106
6.3.3.3 Activités	107
6.3.3.4 Hospitalisation et décès.....	108
6.3.3.5 Traitements et ajustements des prescriptions de psychotropes.....	109
6.4 Vécu des patients.	110
6.5 Les aspects positifs du confinement chez la personne âgée.....	113
6.6 Perspectives d'amélioration.....	114
6.6.1 Une densification de l'offre en équipe mobile de gérontopsychiatrie	115
6.6.2 La télémédecine en psychiatrie de la personne âgée	117
6.6.3 Aide aux aidants	119
6.6.4 Renforcer le soin ambulatoire	121
6.6.5 Le suivi psychologique des soignants.....	122

Conclusion.....	125
ANNEXE : Formulaire de consentement.....	128
ANNEXE : Guide d'entretien.....	129
Bibliographie.....	130
RÉSUMÉ.....	138

Liste des acronymes et abréviations

ADAGE : aide aux aidants d'un proche âgé dépendant

APHJPA : Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes âgées

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPAA : Centre Médico-Psychologique de l'Age Avancé

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMPAA : Equipe Mobile Psychiatrique de l'Âge Avancé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HDJ : Hôpital De Jour

HJPAA : Hôpital de Jour de Psychiatrie de l'Age Avancé

LEO : Lieu d'Écoute et d'Orientation

LTD : Lauch-Thur-Doller

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

PAA : Psychiatrie de l'Age Avancé

PPA : Psychiatrie de la Personne Agée

PSA : Psychiatrie du Sujet Agé

SARS-Cov-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SDRA : Syndrome de Détresse respiratoire Aiguë

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie

UMES : Unités mobiles d'évaluation et de soins psychiatriques

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de Venn des différentes définitions de la psychiatrie du sujet âgé

Figure 2 : Répartition des décès de l'année 2020 par tranche d'âge et comparaison à la moyenne des décès de 2018 et 2019

Figure 3 : Sectorisation de la psychiatrie dans le Haut-Rhin

Tableau 1 : Indicateurs d'activité de l'HJPAA de Rouffach des années 2019,2020 et 2021

Introduction

Le monde n'avait pas connu pareil bouleversement depuis la Deuxième Guerre mondiale. Jamais jusque dans ses extrémités il n'avait dû affronter un péril commun, déstabilisant les habitudes, les progrès civilisationnels accomplis, les certitudes, mettant entre parenthèses les conflits armés, géopolitiques, politiques et climatiques, faisant disparaître la foule, masquant les sourires, supprimant le contact physique, et interdisant la libre circulation des personnes et des biens.

Au crépuscule de l'année 2019, l'émergence d'un foyer de contamination virale dans la province du Hubei n'acquiert la portée en France que d'un épiphénomène sanitaire. Par le passé, les Français avaient observé d'autres menaces biologiques sur le globe ; le virus Ebola de 2013 à 2015 en Afrique, le virus Zika de 2016 en Amérique du Sud, la grippe aviaire souche H5N1 de 2016 en Asie, et bien d'autres, sans que ceux-là ne bouleversent leur quotidien. Certains agents pathogènes, eux, ont eu un plus grand retentissement sur la vie des Français, à l'image de la crise de la "vache folle" des années 1990 et la grippe A H1N1 de 2009.

Cette fois, il s'agit d'un nouveau virus appelé SARS-CoV-2 pour "Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus ». Cet agent pathogène appartient à la famille des coronavirus (CoV), dont l'étymologie veut dire « couronne » en raison de la forme que prennent les protéines à sa surface (1). Cette « mystérieuse épidémie » (2), dont l'épicentre semble être le renommé « Marché de gros fruits de mer de Huanan » dans la ville de Wuhan, fait état de 27 cas de pneumonie virale, et semble à cet instant faire frémir une poignée de scientifiques et de journalistes rendus sur les lieux.

Le 11 Janvier 2020, le gouvernement de la République Populaire de Chine officialise le premier décès de cette épidémie. A l'ère d'une société où les marchandises et le flux humain se mondialisent, la propagation du SARS-CoV-2 suit également cette tendance. Il suffira de 46 jours entre le premier décès officiel chinois et le premier décès d'un citoyen français dans l'Oise. Seulement 19 jours après ce décès français inaugural, Emmanuel Macron, Président de la République en fonction, s'adresse aux Français pour proclamer au lendemain du 16 Mars 2020 le premier jour du confinement national. Cela s'accompagne d'autres mesures drastiques telles que la restriction des déplacements personnels et professionnels, la limite pour les sorties à l'extérieur de son domicile à raison d'une heure maximale dans un rayon de 1km, et la fermeture totale des écoles et des lieux à vocation sportive et culturelle.

L'hétérogénéité clinique de cette affection entretient le flou autour de cette pandémie. Ce virus se transmet par voie aérienne ou aéroportée par les personnes infectées. La clinique s'articule autour d'un syndrome grippal, accompagné de troubles digestifs aspécifiques facultatifs. Une possible agueusie et/ou anosmie sont des signes plus spécifiques pour faire le diagnostic. La gravité de l'affection s'étend des cas asymptomatiques aux cas graves atteints d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), engageant le pronostic vital. Certains patients cumulent des facteurs de risque identifiés et reconnus pour être responsables de formes aggravées de maladies pulmonaires, comme l'immunodépression, l'âge, les facteurs de risque cardiovasculaire et notamment l'obésité, les comorbidités cardiaques et respiratoires telles que l'hypertension artérielle, la BPCO ou l'asthme modéré à sévère.

Toutes ces conditions créent un terrain favorable à la fragilisation de la bonne santé, telle que l'a défini l'OMS, c'est à dire un "état de complet bien-être physique, mental et social, qui

ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (3). La population gériatrique présente le plus souvent des défaillances multiples dans le champ de la santé, en lien avec une maladie ou une infirmité. De surcroît, un trouble psychiatrique par définition peut affaiblir les aptitudes au quotidien sur le plan relationnel et fonctionnel.

En Alsace, la population dite « gériatrique » est en croissance constante (4). Dans le domaine du soin, l'âge minimal d'admission en services de gériatrie reste flou et est plutôt conditionné par la nécessité médicale et l'âge physiologique. Il n'est pas rare de considérer les personnes de plus de 60 ans comme des sujets âgés, et la plupart des hôpitaux gériatriques acceptent des patients à partir de 65 ans. La population âgée Haut-Rhinoise a vu son nombre de représentants augmenter exponentiellement depuis l'après-guerre. Les raisons de cette augmentation sont notamment l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby-boom. En 2019, la population des plus de 60 ans représente 26.1% de la population générale (5).

Cette période de la vie représente une importante transition pour l'individu, passant d'un statut d'actif à celui de retraité. Cela peut être générateur d'un sentiment de bien-être en lien avec l'arrêt d'un rythme soutenu sur le plan professionnel et familial, parfois vécu comme « une lune de miel » par les nouveaux retraités. En revanche, parfois, elle peut s'accompagner d'un effondrement du soi, d'une prise de conscience de la perte de ses facultés physiques et mentales, de la perte du lien et de l'importance qu'elle pouvait jouer au sein de l'échiquier socio-professionnel. Ces prises de conscience peuvent conduire à un repli, une entrée en dépression, une anxiété, et/ou la précarisation de l'état de santé.

La population gérontopsychiatrique du Haut-Rhin constitue la population à laquelle ce travail de thèse est dédié. Elle réunit un faisceau de facteurs la rendant extrêmement fragile, à

l'instar de la population gérontopsychiatrique française. Afin de prévenir les conséquences psychologiques et psychiatriques et de garantir une offre de soins pérenne, accessible et de qualité pour ces nouveaux patients, le territoire s'est doté de multiples réseaux hospitaliers de secteur depuis une cinquantaine d'années. Connaissant ce type de population et à la lumière des expériences de précédentes pandémies que nous citerons plus tard, l'arrivée du Coronavirus a fait craindre la recrudescence de troubles anxieux, l'apparition ou l'aggravation de syndromes dépressifs et l'aggravation de troubles cognitifs.

A travers cette étude, nous présenterons sous un aspect historique la genèse de la psychiatrie de l'âge avancé, et la place qu'elle s'est faite au sein de la psychiatrie de secteur. Dans un second temps, nous étudierons à travers une étude comparative et qualitative, l'évolution de la santé mentale pendant et après le confinement des patients suivis à l'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Âge Avancé de Rouffach. Nous comparerons les résultats obtenus aux revues de la littérature, dans le but d'apporter des pistes de réflexion et des perspectives d'amélioration pour les éventuelles prochaines situations de crise que pourraient traverser la population gérontopsychiatrique.

1. Aspects historiques

1.1 Histoire de la psychiatrie de l'âge avancé

1.1.1 La psychiatrie du sujet âgé de l'Antiquité jusqu'au XIXe siècle

Dans l'Antiquité, il y a une négligence totale de la psychiatrie de la personne âgée. Du reste, quelques maladies perturbant l'humeur comme la manie ou la mélancolie font leur apparition discrète dans le champ de la médecine.

Seuls quelques auteurs évoquent certains champs nosologiques de la psychiatrie de l'âge avancé.

Juvénal définissait ce qu'on pourrait aujourd'hui appeler la démence dans sa Satire X (60-130) : « Misère pire encore que toutes les déchéances physiques, le vieillard n'a plus sa tête à lui, il ne se rappelle pas le nom de ses esclaves, il ne reconnaît ni le visage d'un ami avec lequel il a dormi la nuit passée, ni celui des enfants qu'il a engendrés, qu'il a élevés » (6).

Il faut attendre plus d'un millénaire pour retrouver une trace de définitions se rapportant à une psychiatrie de la personne âgée. C'est Erasme (1469-1536), à travers l'Eloge de la Folie, qui évoque ces troubles : « La folie parle : « Pas un seul des mortels ne trouverait la vieillesse supportable si, une fois de plus, prenant en pitié de si lourdes épreuves, je ne les assistais de mes faveurs et, à la façon des dieux des poètes qui secourent les mourants par quelque métamorphose, de même moi aussi, à l'approche de la tombe, je ne leur rendais, dans la mesure du possible, une nouvelle enfance. C'est pourquoi on dit communément, non sans justesse, qu'ils sont retombés en enfance. [...] Mais, me dit-on, maintenant ils délirent, ils déraisonnent. Eh bien, soit ! Mais c'est cela même redevenir enfant. Oui, vraiment, l'enfance est-ce autre chose que délire et déraison ? N'est-ce pas cela surtout qui nous charme dans cet âge : son manque de sagesse ? ».

La démence jusqu'au XVIIIe siècle ne bénéficie pas d'un regard médical et conserve une vision péjorative, comme en atteste sa définition selon le dictionnaire de l'Académie en 1762 : « Démence se dit particulièrement d'une véritable aliénation d'esprit, déclarée telle par les Médecins ou par les Juges ».

L'essai de Jean-François Dufour en 1770 est l'un des premiers à utiliser le terme de « démence » : « Ceux qui sont attrapés de démence sont fort négligeant et indifférents sur toutes choses [...] la stupidité est ordinairement originaire et la démence l'est rarement ; au contraire elle est très constamment l'effet de la vieillesse ou les suites de quelque autre maladie ; d'où vient que ceux qui sont dans la démence montrent de temps en temps quelques restes de leur ancien savoir [...] » (7).

Avant le début du XIXe siècle, la psychiatrie est souvent associée à des termes négatifs tels que « folie », « dérangement », et celle de la personne âgée n'effleure la discipline que par le biais de la démence.

1.1.2 La psychiatrie de l'âge avancé au XXe siècle

Briau avait été le premier à utiliser un néologisme mêlant la gériatrie et la psychiatrie, dans un article, paru en 1952 dans les Annales Médico-Psychologiques, intitulé : « Quelques réflexions sur les problèmes de la vieillesse » (6). Il a été succédé par Leconte, Müller, Léger et Tissier qui utilisèrent le terme de « gérontopsychiatrie ».

Des avancées lexicales ont lieu sous l'impulsion de Baruk lors du 3^{ème} congrès de gérontologie se tenant à Londres du 19 Juillet au 23 Juillet 1954, évoquant l'importance de mettre en avant la pathologie psychiatrique de la personne âgée sans la restreindre à la démence : « De quelques principes fondamentaux concernant la neuro-psychiatrie des

vieillards. La psychiatrie ne doit pas se confiner aux cas de démence aiguë, mais doit se substituer assez largement à la médecine symptomatique » (8). Ce congrès favorisera l'émergence d'un service de « gériatrie psychiatrique » en 1955 sous la direction de Baruk.

Un changement notable dans la définition s'effectue en 1965, où le terme « psychiatrie » va précéder celui de « gériatrie ». En 1984, on parle désormais de psychiatrie gériatrique, qui selon les définitions de J. Richard et P. Droz « a pour objet la pathologie et le traitement des affections psychiatriques apparues au cours de la vieillesse dont le début est fixé, par convention, au cours de la sixième décennie, des affections psychiatriques qui existaient avant cet âge et qui persistent ou réapparaissent plus tard, et des déficits de la cognition de la pré-sénilité » (9).

Devant la pluralité des termes, se distingue celui de la psychogériatrie. Richard, en 1990, explique qu'elle a pour objet « l'hygiène mentale de la personne âgée et la prévention des conséquences du vieillissement normal ou pathologique, les problèmes relationnels et les comportements de la personne âgée dans l'usage des soins qui lui sont réservés ou sont conçus pour elle, et la psychologie de la pratique soignante ainsi que l'observation et le contrôle des attitudes des soignants et des proches conditionnés par leur activité auprès des personnes âgées ». Cette dernière serait une discipline plus transversale alliant gériatrie, neurologie, psychiatrie et psychologie, mettant plus en avant la coordination entre gériatres et psychiatres, et les abords biopsychosociaux de la personne âgée (6).

Pour Thomas, la psychogériatrie est « une approche globale, pluridisciplinaire du malade âgé et de son environnement humain et matériel, au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie, de la médecine somatique et de la psychiatrie » (10). Pour Simeone, elle est « une psychiatrie générale de la personne âgée » (11).

Ce terme diffère ainsi du terme gérontopsychiatrie qui se focalise plus sur l'aspect médical, notamment sur les maladies psychiatriques évoluées ou d'apparition tardive, comme les psychoses vieilles, les troubles de la personnalité enkystées, les troubles thymiques chronicisés par exemple.

A travers ces exemples, on remarque une difficulté à nommer cette discipline qui est une des plus jeunes de la psychiatrie (9).

1.1.3 Place des maladies neurodégénératives dans les définitions

La réflexion se complique encore quand il s'agit d'évoquer les pathologies neurodégénératives : ces pathologies constitueraient une zone frontière entre la neurogériatrie et la gérontopsychiatrie.

Il conviendrait que les pathologies neurodégénératives appartiendraient plutôt au champ de la gériatrie, c'est-à-dire une partie de la médecine traitant des pathologies propres au sujet âgé. Elles peuvent se manifester à des âges plus jeunes mais les patients sont considérés comme « vieillis prématurément » (12). Jean-Marie Léger, définissant la psychiatrie du sujet âgé comme une discipline frontière, y inclut la notion de « démentologie », c'est-à-dire « l'essentiel des phénomènes du vieillissement comme l'effet direct, sinon exclusif, des altérations cérébrales ».

On peut, à la lecture de ces définitions, tenter d'établir un diagramme de Venn intégrant les notions actuelles. L'intérêt de ce diagramme est de visualiser la complexité de la définition même de la discipline, qui se trouve au carrefour de multiples aspects pathologiques de la personne âgée.

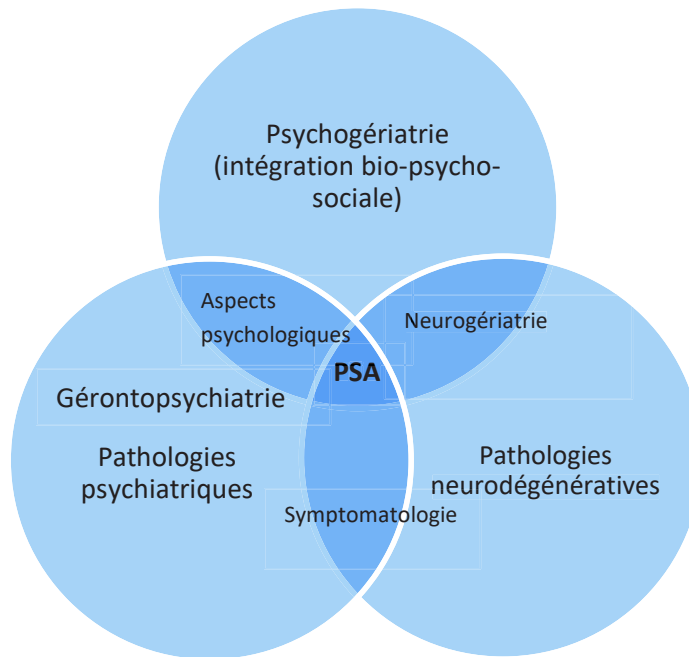


Fig.1 : Diagramme de Venn des différentes définitions de la psychiatrie du sujet âgé.

D'après ce diagramme, on peut supposer que la psychiatrie du sujet âgé (PSA) couvre l'ensemble des patients sur le plan gériatrique et psychiatrique, avec une prise en charge multidisciplinaire.

La gérontopsychiatrie et les pathologies neurodégénératives se rejoignent dans le champ de la symptomatologie : les hallucinations, les troubles du comportement, l'intolérance aux neuroleptiques, les fluctuations cognitives et comportementales, sont des symptômes pouvant s'intégrer à la fois dans une pathologie neurodégénérative telle que la maladie à Corps de Lewy ou bien une pathologie gérontopsychiatrique.

Au vu de l'évolution de la prise en charge multidisciplinaire des sujets âgés dans les hôpitaux psychiatriques ou de médecine, on tend à converger vers un ensemble « psychogériatrie-psychiatrie du sujet âgé », qui regrouperait à la fois l'intégration biopsychosociale, la

psychiatrie, la neurodégénérescence et la gériatrie (6). L'intérêt de s'harmoniser sur les définitions n'a pas que pour objectif une simplification lexicale. Elle permet de favoriser la collaboration entre psychiatres et gériatres, chacune des disciplines pouvant apporter sa contribution dans la résolution d'une symptomatologie prêtant à la fois des aspects psychiatriques et gériatriques. Cette collaboration interdisciplinaire est précieuse car les troubles mentaux représentent 60% des sources d'incapacité liées au vieillissement et sont l'une des premières causes de morbidité, selon l'OMS (13).

1.2 Histoire de la psychiatrie de secteur

1.2.1 Du XVIIIe siècle jusqu'en 1960

La psychiatrie de secteur est une notion relativement récente à l'échelle du temps.

Le point de départ de la psychiatrie de secteur se situe à la fin du XVIIIe siècle lorsque Philippe Pinel en 1793 délivre les aliénés de leurs chaînes, voulant par ce geste symbolique montrer que le soin est possible pour ces aliénés reconnus comme malades (14). Il ne remet toutefois pas en question les soins par contention, ni l'isolement.

Il faut attendre près de 40 ans pour légiférer ce geste, grâce à la loi du 30 Juin 1838 qui établit les premiers fondements de la psychiatrie. Dans l'article premier de son titre I, elle stipule que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés », y intégrant la notion de soins sans consentement et de protection des biens. Elle y fait l'ébauche de la sectorisation, en évoquant que chaque département devait se doter d'un établissement pour accueillir les aliénés.

Entre 1838 et la Première Guerre Mondiale, l'application de cette loi est laborieuse, en raison des difficultés financières et politiques qui traversent le pays à cette époque. La chute de l'Empire en 1870 et l'annexion de l'Alsace Lorraine par le Reich allemand, compliquent la mise en place de ces asiles, qui restent rares à l'époque.

Leur mode de fonctionnement en vase clos, leur offre d'assistantat plus que de soin psychiatrique, et leur manque de financement participent à un encombrement rapide de ces institutions.

Malgré ces évènements historiques, la loi de 1838 progressivement remaniée s'applique, avec notamment la possibilité pour les cas les moins graves d'aliénation d'être pris en charge en maisons de santé. Sous l'impulsion d'Edouard Toulouse, la Ligue d'Hygiène Mentale est fondée en 1920, et ce dernier obtient en 1921 le principe de la création « à titre d'essai » d'un « service ouvert pour le traitement des psychopathes » (15).

Autour de la Deuxième Guerre Mondiale, plusieurs faits marquants ont contribué à la croissance de la psychiatrie.

On peut citer la naissance des traitements de choc électrique, dont les premières traces d'expérimentation en France auraient eu lieu en 1939, inspirées des travaux du professeur Cerletti de l'Université de Rome. De plus, il y a la découverte puis la montée en puissance de la psychopharmacologie au début des années 1950. Enfin, la période des Trente Glorieuses, permettant que 9% du PIB soit injecté dans le domaine de la santé (16). La politique de transformations sociales initiée en 1936 par le gouvernement du Front populaire sous Léon Blum, change la dénomination des établissements grâce au décret ministériel du 8 avril 1937: ces derniers soignent désormais des malades mentaux, et non plus des aliénés. Les asiles s'appelleront désormais des hôpitaux psychiatriques, et le 13 octobre 1937, on crée,

pour chaque département, un dispensaire d'hygiène mentale permettant de développer des actions de prévention et de consultation, ainsi qu'un développement des services dits ouverts appelés « pavillons libres d'observation et de traitement ».

Quelques mois après la capitulation de l'Allemagne, on assiste à la création de la Sécurité sociale en Octobre 1945. Elle est le produit de la fusion des anciennes assurances et garantit à chacun des moyens pour subvenir à ses problèmes de santé.

Outre les événements historiques et politiques, on observe un changement de la pensée psychiatrique. Elle se manifeste par l'essor de la psychanalyse au XXe siècle et de la psychothérapie institutionnelle. Parmi les idées ayant fait évoluer le concept de soin chez les patients présentant des troubles mentaux, le parallèle fait entre la politique concentrationnaire nazie et l'aliénation de patients chroniques, « oubliés » dans les hôpitaux psychiatriques, fait réagir et bouger les mentalités au sortir de la 2^e Guerre Mondiale.

1.2.2 1960, année fondatrice de la psychiatrie de secteur

L'année 1960 est marquée par la circulaire du 15 Mars dite « circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ». Elle tente de définir l'organisation que doit prendre le soin psychiatrique public et « privé à fonction de public » à l'échelle départementale, en fonction de l'offre de soins hospitalière psychiatrique du département, de sa démographie, de sa répartition territoriale, et des ressources disponibles en fonction des besoins (17).

Le but de cette sectorisation est d'assurer une continuité des soins dans le dépistage, le soin et la prévention des récives, en disposant d'une équipe médicosociale équitable et stable, d'un département à l'autre. Initialement, ce système ne fait pas l'unanimité, mais il tendra à la faire dès la mise en application du décret de Mars 1970, plaçant les établissements

psychiatriques en première catégorie. Concrètement, ce décret favorise l'essor de la sectorisation en raison de la revalorisation salariale des psychiatres sectorisés qu'il induit (15).

Quelques années après, le décret aboutit à des lois, celles du 25 Juillet et du 31 Décembre 1985, qui reconnaissent officiellement les secteurs de psychiatrie. Ces lois aboutissent à la création d'un conseil départemental de santé mentale chargé de donner un avis sur « le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements comportant ou non des possibilités d'hospitalisation ». Elles permettent dès lors une unification du financement par la Sécurité Sociale, ce dernier étant auparavant défini par le conseil général et l'Etat.

2. Les Hôpitaux de Jour Gériatriques et Gérontopsychiatriques

2.1 Emergence

L'apparition des hôpitaux de jour destinés à une population gériatrique date des années 1970. On les définissait comme des « Unités destinées à des personnes âgées dont l'état nécessite des soins que pourraient donner un personnel médical, infirmier, kinésithérapeute, sans que l'hébergement ne soit pour autant nécessaire » (18). En 1988, les HDJ gériatriques s'associent au sein de l'APHJPA, permettant de couvrir sur l'ensemble du territoire français une activité d'évaluation, de soins de suite et rééducation, ainsi qu'une activité gérontopsychiatrique. Le soin psychiatrique de la personne âgée devient indépendant et acquiert un statut propre, celui d'HDJ gérontopsychiatrique. Il n'omet pas pour autant la prise en charge des comorbidités somatiques. Chaque HDJ, qu'il soit orienté gériatrie ou gérontopsychiatrie, bénéficie d'un support psychothérapeutique. La prise en

charge est ainsi axée sur la problématique principale, tout en tenant compte du patient dans son ensemble.

2.2 Enjeux et facteurs de risque

L'objectif principal de ces structures est de garantir un soin multidisciplinaire sans avoir recours à une hospitalisation à temps plein (19). Il apporte le soutien et l'accompagnement nécessaire au patient et à la famille, permettant l'élaboration d'un projet de vie futur adapté à la problématique de chacun (20).

L'objectif secondaire est de limiter les facteurs de risque de présenter des troubles psychiques chez le sujet âgé. Au vu de la notion de fragilité de Fried à laquelle est confronté chaque sujet âgé à un point donné de son existence (21), il semble important de détailler les facteurs particuliers auxquels sont exposés la population gérontopsychiatrique.

2.2.1 Facteurs de risque sociaux

2.2.1.1 L'isolement de la personne âgée

L'isolement, qui est la séparation d'un individu ou d'un groupe d'individus des autres membres de la société, est un phénomène qui concernerait 5.5 millions d'individus en France, équivalant à près d'un quart des personnes de plus de 75 ans (22).

La mondialisation, qui contribue à une accélération de la mobilité des êtres humains et des services, en est une des causes. Cette plus grande accessibilité aux biens et aux personnes a eu tendance à déconstruire progressivement le modèle familial traditionnel, où l'ensemble de la famille grandissait dans la même maison ou le même village. Le déracinement, pour des raisons professionnelles ou personnelles, des membres de la famille, a contribué à

renforcer l'isolement des personnes âgées, au point que la solitude, état psychologique qui découle de l'isolement, a été identifiée comme grande cause nationale en 2011 (23).

La mondialisation a entraîné en parallèle une inégale répartition des êtres humains sur le plan géographique : là où une population active a tendance à se réunir autour des métropoles, les personnes les plus âgées quant à elles se réunissent dans des villes de plus petite taille, voire des villages, et de facto sont mises à distance des zones à forte activité (24).

L'essor des nouvelles technologies semble avoir été bénéfique pour une population sachant s'en servir, et permet théoriquement de rompre l'isolement de la personne âgée. C'est sans compter les difficultés cognitives, sensorielles et psychiques qui peuvent entraver l'accès aux nouvelles technologies. Les appels téléphoniques sont fort utiles, mais ne peuvent pas toujours remplacer une véritable présence familiale.

La personne âgée est aussi à risque d'isolement en raison de la probabilité croissante d'être en situation de veuvage ou de célibat. L'importance que peut revêtir un couple pour garantir une vie sociale est loin d'être négligeable. Les différentes situations amenant à la perte d'un conjoint peuvent conduire à un repli sur soi, à la perte de repères pour quelqu'un qui aurait vécu en compagnie de son partenaire pendant de nombreuses années. La répartition des tâches du couple étant le plus souvent différentielle, la perte d'un conjoint provoque un déséquilibre qui peut conduire à la perte d'un rôle et à un dépassement de capacités. Le devenir de ces sujets âgés se précarise, et la gestion des biens, des finances, du domicile devient une problématique centrale.

Être âgé, c'est aussi accepter une perte d'autonomie pour les AVQ : ce qui pouvait être fait aisément ne l'est plus. Les comorbidités somatiques s'accumulent au cours de la vie, et la fragilité prend une place d'autant plus grande que l'âge avance (21). Les muscles s'atrophient, les sens sont moins aiguisés, la récupération après l'effort est plus difficile. Il faut parfois consentir à bénéficier d'aides pour les AVQ, allant du portage de repas à la toilette complète. Les moyens mis à disposition diffèrent d'une région à l'autre, d'une famille à l'autre. On sait toute l'importance des proches et des associations pour garantir une assistance à l'autonomie de la personne âgée. Cependant, si cette aide venait à manquer, la personne âgée pallie à cette absence en réduisant drastiquement ses activités. Par exemple, les courses ne se feraient plus dans le grand supermarché car la conduite ne serait plus possible, ou bien certains amis ne seraient plus fréquentés en raison d'une gêne sensorielle ou par difficulté d'avoir une hygiène convenable. Les raisons sont nombreuses pour que la personne âgée décide de se soustraire au monde.

Un patient âgé souffrant de troubles psychiatriques peut renforcer son isolement, soit par épuisement chronique des proches ou des structures de soins, soit de par sa symptomatologie. Parfois, la prise en charge en psychiatrie de secteur est précaire, et l'allègement voire la fin de la prise en charge entraîne irrémédiablement un isolement du patient âgé.

Chaque facteur de risque s'entretient l'un avec l'autre. Le manque d'accès aux soins par manque d'autonomie, peut contribuer à une dégradation sur le plan social et donc à une altération de la santé mentale. Selon les cas de figure, cela peut aussi contribuer à l'éloignement de la famille par épuisement.

La lutte contre l'isolement de la personne âgée bénéficie d'une plus grande visibilité, grâce aux moyens matériels et humains favorisant l'insertion des sujets isolés. Souvent, c'est dans les suites d'un épisode aux graves conséquences sanitaires, comme la canicule de l'été 2003, que des moyens sont mis en œuvre afin de lutter contre l'isolement (25).

2.2.1.2 Un environnement source de stress

La diffusion des informations par la télévision de catastrophes de tout type, contribuent à intensifier l'anxiété de la population âgée. Elle peut vivre indirectement dans un environnement qui lui paraît hostile, en raison de la surinformation permanente. Le domicile constitue alors un lieu de refuge duquel elle ne veut pas se séparer, contribuant ainsi à la rendre hermétique au monde extérieur.

2.2.1.3 Précarité

La précarité, « qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remise en cause » (26), ne se résume pas qu'à une notion économique, mais à une précarité sociale et affective. Les événements de vie difficiles qui impactent la personne âgée, tels que les problèmes médicaux ou les deuils, peuvent précariser leur quotidien et nécessitent une souplesse des interventions auprès des personnes âgées à domicile.

C'est sans oublier la problématique du manque d'accès aux soins : comme nous l'avons vu, la population âgée se répartit volontiers sur des territoires à moins forte densité et activité.

Cela peut fragiliser l'état de santé de la personne âgée et par voie de conséquence réduire son autonomie, l'isoler, et la préoccuper quant au devenir de ses différentes pathologies.

Il faut garder à l'esprit l'intrication évidente de tous ces facteurs sociaux chez la personne âgée et atteinte d'une pathologie psychiatrique : stress, environnement défavorable, isolement et précarité jouent tous de concert pour fragiliser un patient déjà en déclin.

2.2.2 Facteurs de risque Psychologiques

2.2.2.1 Troubles psychiatriques patents

Il est reconnu qu'une personnalité ou une altération des capacités cognitives et/ou intellectuelles, réduisent les capacités d'ajustement à un facteur de stress et peuvent ainsi contribuer au développement de troubles psychiques (27).

Toute pathologie psychiatrique ou tout trouble de la personnalité vieilli, a tendance à se rigidifier et à se chroniciser. Cela rend la prise en charge complexe, l'abord du sujet âgé délicat, et l'alliance thérapeutique fragile.

2.2.2.2 Intrications sensorielles

Les déficits sensoriels arrivant avec l'âge impactent la parole, l'équilibre, la marche, et ont pour conséquence une raréfaction des sollicitations extérieures, des relations sociales, et facilitent l'apparition de symptômes psychiatriques telles que l'aboulie, la tristesse de l'humeur voire des distorsions cognitives entraînant une mise à l'écart. L'ensemble de ces altérations conduit à une favorisation de troubles cognitivocomportementaux (28).

2.2.3 Facteurs de risque biologiques

2.2.3.1 Alcool

L'usage de ce toxique a souvent été sous-estimé dans cette tranche de population, alors qu'entre 5 et 12% des hommes et 2% des femmes de plus de 60 ans rencontrent des troubles liés à l'usage d'alcool. Ces taux sont majorés pour des patients en institution, malgré la prise de conscience des soignants et des proches. Certains soignants verraient

dans l'alcool une solution palliative, bénéfique et tranquillisante, alors que les risques d'interactions pharmacologiques et de troubles cognitivocomportementaux sont présents (29–31). Près de 20% de la population au-delà de 60 ans dépasserait les limites recommandées en matière de consommation d'alcool (32). De par son action dépressogène sur le système nerveux, il peut renforcer les symptômes psychiatriques que pourraient présenter les patients âgés.

2.2.3.2 Tabac

Concernant l'addiction liée à l'usage de tabac, il représente un facteur de risque de pathologies cardio-vasculaires, et augmente ainsi l'incidence de pathologies démentielles (33). En 2001, 18,4% des seniors hommes et 9,2% des seniors femmes, entre 60 et 75 ans, continuent à fumer régulièrement (34).

2.2.4 Avantages et inconvénients de la prise en charge en HDJ gérontopsychiatrique

L'un des premiers avantages est de résoudre une situation de crise sans avoir recours à une hospitalisation traumatisante (20). Une hospitalisation déstabilise le quotidien de la personne âgée, pas seulement en raison de la pathologie qui aboutit à cette dernière, mais aussi par d'autres aspects revêtant d'une importance majeure chez cette population. Être hospitalisé, c'est quitter sa maison, ses repères, c'est quitter son village, sa ville, un lieu qu'ils n'ont parfois jamais quitté depuis qu'ils y sont nés. Partir de son domicile en raison d'une hospitalisation, c'est l'éventualité qu'ils puissent ne jamais en revenir, soit en raison d'un décès lié à la pathologie, soit plus spécifiquement pour ces patients, à fortiori psychiatriques, en raison d'un placement. Ce risque est non négligeable dépassé certains âges. Les patients mettent volontiers en échec le soin non pas parce qu'ils sont

anosognosiques, mais parce qu'ils refusent de quitter ce qui importe le plus pour eux : leurs foyers. Un entre-deux rassure le patient sur les intentions des soignants de ne pas le déraciner de son lieu de vie, et le responsabilise sur sa capacité à respecter un engagement dans les soins.

Plus spécifiquement aux HDJ gérontopsychiatriques, le deuxième avantage est de garantir sur le court terme un maintien du patient au sein d'un groupe, dans l'éventualité qu'il obtienne un lit dans une institution : cela définit non seulement l'HDJ comme une structure intermédiaire entre le domicile et l'hôpital, mais aussi comme une structure dite de « relais » entre le domicile et le projet de vie en institution. L'action est double, pour le patient, mais aussi pour les familles qui bénéficient d'un allègement de la prise en charge de leurs aînés (35). Cette réflexion ne doit pas supposer que l'HDJ n'est qu'un « sas » faisant du gardiennage de patients en attendant qu'un lit se libère. Il a été démontré que la conjonction d'un hôpital de jour gérontopsychiatrique et d'aides, a plus d'efficacité que l'absence d'intervention sur un patient qui aurait des troubles moins sévères (19).

Une de ses autres vertus est de répondre à diverses demandes, pouvant venir des patients, comme la détresse psychologique, le besoin de compagnie et d'activités ludiques et les plaintes cognitives. Cette demande peut également venir des proches, notamment pour les troubles du comportement vécus au quotidien. La considération de ces demandes semble être davantage prise en compte par rapport à une hospitalisation à temps plein (36).

L'HDJ gérontopsychiatrique détermine un jour de présence fixe pour les patients, permettant la création d'un groupe qui bénéficiera d'ateliers adaptés à leurs troubles. Cela permet une fidélisation des patients appartenant au même groupe d'une semaine à l'autre,

et permet de favoriser les liens sociaux. L'adhésion à une communauté thérapeutique n'est pas forcément un avantage que relèvent les patients de manière empirique. On peut être en discordance entre ce que va ressentir et exprimer le patient concernant sa venue en HDJ, et l'efficacité que l'on observe de lui concernant sa participation aux activités, son amélioration thymique, ses progrès sur le plan cognitif, son intégration dans un groupe : cela démontre que l'efficacité clinique n'est pas forcément corrélée à une bonne capacité de jugement ou à l'intégrité de ses fonctions cognitives (37). Par rapport à une population souffrant de troubles cognitifs modérés à sévères, la population gérontopsychiatrique soulignerait une meilleure compréhension de sa pathologie, et cela entraînerait de façon vertueuse une meilleure adhésion au sein de la communauté thérapeutique. On observerait en parallèle une amélioration des symptômes thymiques ainsi qu'une meilleure adhésion aux traitements pharmacologiques (38).

A l'opposé, ce genre de structure peut présenter des inconvénients.

D'un point de vue purement économique, on a pu remettre en cause le système hospitalier de jour pour la simple raison qu'un budget important était alloué à des locaux occupés que quelques heures par jour. Certaines salles dédiées à des types de soins particuliers, comme des espaces de relaxation ou des salles de Snoezelen par exemple, semblaient peu utilisées. Le coût humain et matériel lié au transport est critiqué, d'autant plus dans les espaces ruraux où le patient passerait autant de temps dans le transport qu'au sein de l'HDJ (39).

Les professionnels gérant l'HDJ, infirmiers pour la plupart, seraient d'après l'article de Fasey « surqualifiés » par rapport à ce qui serait attendu dans la structure, et par ricochet ne seraient pas redistribués vers des établissements de soin ayant besoin de compétences bien spécifiques. Cet article suppose que les tâches demandées seraient plus proches d'un

« gardiennage », comme le maintien de la cohésion du groupe, l'accompagnement aux toilettes, la surveillance du risque de fugue ou de chute par exemple (39). L'efficacité de ces structures serait remise en question, évoquant le fait que l'attention des proches et l'état d'incapacité du patient seraient des facteurs plus prédictifs d'une institutionnalisation que ne le seraient le soin et le soutien apportés au sein d'un HDJ. Nous observons que seulement 10% des patients à 3 ans d'intervalle sont maintenus au sein de la communauté thérapeutique (40).

Concernant les proches, il aurait été démontré qu'une hospitalisation temps plein du mari diminuerait la mortalité des épouses, en raison de la réduction de la charge mentale et physique que représente le maintien à domicile (41).

Ces inconvénients peuvent s'entendre au sein d'une population gériatrique qui serait majoritairement composée de patients ayant des troubles cognitifs sévères. Or, l'HJPAA de Rouffach est composée de patients présentant des pathologies variables sur le plan de la clinique et de la sévérité. On constate néanmoins une disparité entre chaque HDJ gérontopsychiatrique, où certains se restreignent à une population exempte de troubles cognitifs sévères, tandis que d'autres se composent d'une population plus hétérogène.

3 Les pandémies d'Hier à Aujourd'hui

3.1 Etymologie

Etymologiquement, la pandémie, du grec ancien « pan » qui veut dire « tous », et « dêmos » qui veut dire peuple, est définie comme une « Épidémie étendue à toute la population d'un continent, voire au monde entier » (42). Lorsqu'elle n'est focalisée que dans une région du

globe, elle est définie par le terme épidémie, du grec « epi », qui veut dire « sur », et « demos » le peuple.

En revanche, la grippe Espagnole comme le Coronavirus n'ont jamais été des endémies, du grec ancien « endêmia » qui veut dire « séjour », et qui est définie par une « maladie qui règne habituellement dans un canton, dans un pays, et qui est due à une cause locale » (43).

3.2 La Grippe Espagnole : exemple historique d'une pandémie

3.2.1 Généralités

La Grippe Espagnole a sévi à travers l'Europe pendant les années 1918-1919, provoquant 400 000 décès sur le territoire français, soit autant qu'une année de conflits de la 1ère Guerre mondiale. Sa contagiosité, sa virulence et sa variabilité causèrent un nombre important de décès en quelques mois. La première phase qui sévit d'avril à juillet 1918 en France est peu létale. À partir d'août 1918, de nombreux malades décèdent de complications pulmonaires en 48 heures. Le pic de l'épidémie est atteint en octobre 1918. Une troisième vague se déclenche pendant le printemps 1919. Les derniers cas sont observés en mai 1919 (44). Les symptômes sont ceux classiquement rencontrés lors d'une infection grippale, en l'occurrence une forte fièvre, des courbatures, des céphalées et une congestion nasale. Ces symptômes sont rapidement remplacés par une toux violente, accompagnée de crachats sanglants et d'une détresse respiratoire, en plus de complications cardiaques ou digestives.

3.2.2 Facteurs de risque psychiques

Afin d'identifier les facteurs responsables d'une perturbation de la santé mentale des personnes âgées en situation de crise sanitaire, l'étude des facteurs de risque rencontrés par

la population française de l'époque lors de la pandémie de Grippe Espagnole, peut apporter quelques indications quant aux facteurs de risque retrouvés lors de celle à Coronavirus.

L'analyse multivariée de Brooks a mis en évidence des facteurs de stress communs aux périodes de quarantaine, en l'occurrence la durée de cette dernière, corrélée à une moins bonne santé mentale et à du stress post-traumatique. Il identifie aussi la peur de l'infection, l'ennui, le manque de ressources, et la qualité de l'information, tous responsables d'anxiété et de détérioration de la santé mentale (45).

En étudiant plus précisément les facteurs rencontrés lors de l'épidémie de Grippe Espagnole, on retrouve l'environnement comme source de stress supplémentaire : au sortir de la Première Guerre Mondiale, beaucoup de pertes sont à déplorer, sur le plan humain et matériel. De nombreux hôpitaux et structures de soin ont été détruits par les bombardements. Les maladies contractées sur le front, qu'elles soient d'origine bactériologique ou psychologique, ne sont pas toutes guéries. La médecine militaire prend le pas sur la médecine civile et l'accès aux soins devient très compliqué, les médecins et les hôpitaux sont débordés. Cet ensemble fragilise une santé mentale déjà précaire. Les personnes âgées, bien que n'ayant pas directement participé au conflit, ont vécu pendant 4 ans sous la tension permanente des luttes armées entre la France et l'Allemagne, et ont subi de nombreux deuils.

Des mesures sanitaires ont été mises en place, comme le port du masque dans les transports, la distanciation sociale, la limitation des déplacements, le lavage des mains, l'interdiction des crachats, la fermeture des écoles et des lieux culturels. Ces mesures étaient

d'autant plus respectées par la population âgée, en raison du submergement des hôpitaux, de la létalité du virus, et du risque de décéder en raison d'une immunité plus fragile. La santé publique et les mesures hygiénistes ne sont pas aussi développées au XXe qu'au XXIe siècle, et la conjonction d'une grippe virulente, de la saison hivernale et des mesures drastiques d'hygiène vécues comme liberticides, ont pu contribuer à renforcer les craintes des personnes âgées. En raison d'une identification plus difficile de l'étendue de l'épidémie, chaque préfecture appliquait un protocole plus ou moins souple des mesures à adopter pour prévenir la survenue de l'épidémie. Certaines mesures allaient jusqu'au confinement de la population. D'ailleurs, la deuxième vague semble s'être déclenchée en raison de la levée des mesures sanitaires, difficilement tolérées par la population française.

La Grippe Espagnole fut différente de la pandémie à Coronavirus en raison d'une censure médiatique voulue et décidée par le Gouvernement français. L'objectif principal était de ne pas donner d'informations à l'ennemi sur un potentiel affaiblissement de l'armée française. L'objectif secondaire était de ne pas inquiéter davantage les civils concernant une possible pandémie responsable de nombreux décès. Le manque d'informations à cette époque, qu'elle soit d'origine technologique ou politique, confronte les individus à une incertitude pouvant générer des troubles psychiques comme l'anxiété ou l'apparition de symptômes dépressifs (46).

La méconnaissance de l'agent pathogène, concernant son étiologie, sa géographie, et son diagnostic, conjuguée au peu d'informations délivrées, ont amplifié le sentiment d'incertitude et de crainte de la population. Les autorités ne disposent d'aucun traitement efficace et doivent se confronter à différentes sortes de charlatanisme, succédanées de

thérapie face à un mal inconnu (44). Les patients mourraient volontiers de complications bactériennes, et les antibiotiques n'avaient pas encore été créés (47).

Tous ces facteurs de risque ont conduit à des comportements compensatoires addictifs, comme notamment la consommation accrue d'alcool. Des rumeurs sur les pouvoirs prophylactiques et curatifs de l'alcool n'ont fait que renforcer sa consommation, validée par le Ministère de la Santé qui mettait à disposition dans les pharmacies des bouteilles de rhum aux supposées vertus thérapeutiques. L'emploi massif de ce toxique a pu entretenir la santé mentale précaire de la population, de par ses effets dépressogènes et sédatifs (48).

Cette pandémie historique a représenté un drame pour la France, mais aura été un outil précieux dans la gestion de la pandémie à Covid-19. C'est par l'expérience des troubles et des facteurs de risque psychique passés, que la France a pu mieux appréhender une bonne partie des décompensations psychiques et facteurs de risque liés au Coronavirus. On s'attendait en effet à des décompensations sur un mode principalement anxieux, dépressif ou anxio-dépressif. C'est de ce constat qu'est né ce travail de thèse.

3.3 Pandémie à Covid-19

3.3.1 Généralités

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait face un nouveau virus et notamment l'espèce des « Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus », appelé SARS-CoV-2, ayant pour conséquence de provoquer la maladie à Coronavirus. Le terme de « sévère » est employé, car jusque-là, une infection par les coronavirus ne se manifestait chez l'humain que par de minimes symptômes respiratoires. Ce nouvel agent infectieux acquiert le statut de pandémie le 11 Mars 2020 et pour la 3eme fois, celui «

d'épidémie mortelle due à un coronavirus », succédant au SRAS, le syndrome respiratoire aigu sévère de 2003, et le MERS, syndrome respiratoire du Moyen-Orient de 2012 (49). Cet agent pathogène virulent a pour conséquences la fermeture des frontières, un effondrement des marchés boursiers, et la mise en place de mesures d'hygiène qui vont alors mener jusqu'à la proclamation, par le Président de la République, d'un état d'un confinement sur le territoire national le 17 Mars 2020.

3.3.2 Epidémiologie du Coronavirus chez les seniors

La population âgée représente une population fortement à risque, comme l'ont attesté les statistiques où 90% des décès concernaient la tranche d'âge des 65 ans et plus. Le taux de mortalité était estimé entre 3.6% et 14.8%, et est supérieur à celui de la population générale (50).

Dans le Grand Est, pendant la première vague, 80% des personnes décédées ont 75 ans et plus. Au décours de la première vague, achevée courant Juin 2020, on constate sur le territoire national que 92 % des décès survenus concernent les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans les EHPAD et les résidences senior ou autonomie, on comptabilise 14000 décès, ce qui représente 46% des décès totaux sur le territoire national (51).

La figure 2, qui représente le nombre de décès par tranche d'âge objective que, bien qu'il soit admis que la population âgée ait des taux absolus plus importants que la population générale, ces derniers dépassent la moyenne des décès des années précédentes. Pour la première fois depuis de nombreuses années, l'espérance de vie à la naissance a reculé au cours de l'année 2020 (52).

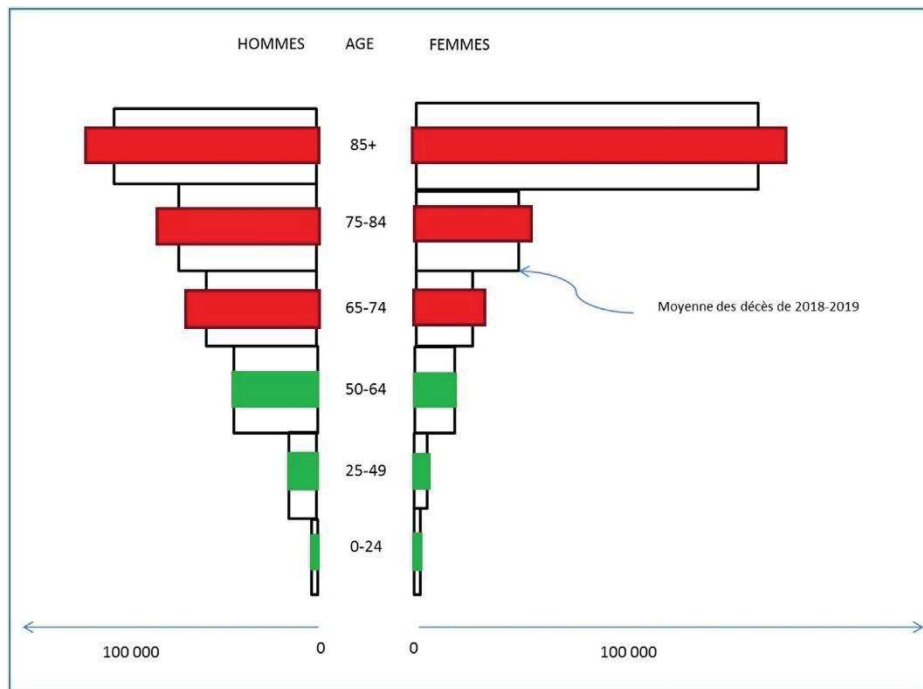


Fig.2 : Répartition des décès de l'année 2020 (barres rouges et vertes) par tranche d'âge et comparaison à la moyenne des décès de 2018 et 2019 (traits noirs)

Les statistiques d'Avril 2021 évaluent le nombre de décès à 100 000 morts, dont près d'un tiers des décès a concerné des résidents en EHPAD (53). Statistiquement, les chiffres sont unanimes pour prouver que le Coronavirus impacte les seniors plus gravement que le reste de la population générale. Cette sévérité peut s'expliquer par l'agglomération de facteurs de risque que présentent la personne âgée sur le plan somatique. Au-delà du risque de mortalité et de morbidité, il en vient à se poser la question des risques que génèrent indirectement la pandémie à Coronavirus sur la santé mentale des individus.

Les précédents historiques ont pu témoigner de l'apparition ou du renforcement de certains facteurs de risque en lien avec une situation de crise sanitaire. Cette pandémie, 100 ans après la grippe Espagnole, et malgré les innovations technologiques et médicales, a suscité une vive crainte à l'égard d'une population deux fois plus nombreuse qu'il y a un siècle. A une époque où les informations se diffusent rapidement, d'une mondialisation importante

et d'une vive propagation virale, la gravité du confinement sur le plan humain, social, sanitaire, et psychique était difficilement estimable, malgré les apprentissages qu'avait pu nous enseigner l'Histoire et les pandémies précédentes.

Le but de cette étude est de s'intéresser à la population gériatrique Haut-Rhinoise, et en particulier celle prise en charge par le réseau hospitalier de secteur de jour en gérontopsychiatrie à Rouffach, et d'estimer l'impact du confinement sur leur santé mentale pendant cette période et après le déconfinement.

4. Etude

4.1 Présentation du Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach

Le CHS de Rouffach est inauguré le 23 Octobre 1909 afin de répondre à une surpopulation des hôpitaux psychiatriques de Stephansfeld et de Hoerd, situés dans le Bas-Rhin. Il assure dès lors la demande de soins psychiatriques de la population du Haut-Rhin. En 1970, il se conforme à la sectorisation avec la réforme hospitalière, et se réorganise en 2007 selon la nouvelle gouvernance autour de 4 pôles d'activité clinique : les pôles 2/3, Lauch-Thur-Doller 4/5, 8/9 et enfin le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA).



Figure n°3 : Sectorisation de la psychiatrie dans le Haut-Rhin (54)

4.1.1 Le pôle d'activité Lauch-Thur-Doller

Ce pôle d'activité clinique recouvre les 4^{ème} et 5^{ème} secteurs de psychiatrie générale du Haut-Rhin, correspondant aux cantons de Guebwiller, Wittenheim, Soultz, Cernay, Thann, Saint-Amarin et Masevaux.

Concernant les structures intra-hospitalières, le pôle possède 4 unités d'hospitalisation complète, le 18/1 et 18/2 qui sont des unités de soins en milieu ouvert, le 9/1 qui est une

unité d'admission en psychiatrie de l'âge avancé, le 9/2 qui est une unité fermée et enfin le 9/3 qui est une unité d'activité thérapeutique commune aux quatre services.

Les missions de proximité de la psychiatrie ambulatoire adulte s'organisent autour de CMP, d'HDJ, de CPJ, d'UMES, de CUMP, de consultations du psycho traumatisme, de LEO et enfin d'appartements thérapeutiques.

4.1.2 Les structures de la psychiatrie de l'âge avancé (PAA) du pôle LTD

Concentrée principalement au centre de la ville de Rouffach, le pôle LTD dispose d'une plateforme de prise en charge psychiatrique de la personne âgée. En effet, outre le service d'hospitalisation du 9/1 au sein du Centre Hospitalier, cette structure comprend un CMPAA, l'HJPAA, dont la responsable est le Dr Dominique BAEUMLE et le référent le Dr Joël OBERLIN, l'EMPAA, la consultation mémoire psycho-cognitive, et enfin un dispositif d'aide aux aidants ADAGE. Le système dispose enfin d'un suivi psychiatrique de liaison pouvant faire la jonction entre l'hôpital de jour et les EHPAD.

4.1.3 L'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé « le REMPART »

L'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé a ouvert le 15 Octobre 2001, et est implanté au centre-ville de Rouffach, au 3^e et 4^e étage de la Maison Saint Jacques, là où se situait l'ancien hôpital civil. Avec une capacité de 15 places, 12 à 18 patients étaient accueillis chaque jour du lundi au vendredi. Sa file active instantanée, c'est-à-dire le nombre de patients inscrits à des demies-journées au minimum une fois par mois, est d'environ 70. Au cours de l'année 2020, l'HJPAA a accueilli 129 patients.

La vocation de cette structure de gérontopsychiatrie est intersectorielle, car unique dans le Haut-Rhin. Il s'intègre au sein du réseau gérontologique comme un maillon spécialisé dans le

diagnostic et le soin délivré aux sujets âgés. En ce qui concerne la gériatrie, il existe plusieurs hôpitaux de jour gériatriques dans le département et un seul CATTP à vocation gériatrique à Mulhouse.

L'augmentation de la longévité confronte en effet la psychiatrie à l'accroissement des pathologies liées à l'âge : vieillissement et décompensation des psychoses, des névroses sévères, des troubles de la personnalité, des troubles de l'humeur, avec fréquemment des atteintes neurocognitives associées.

Les missions du Rempart consistent en l'évaluation à visée diagnostique médico-psychologique et sociale, les soins et l'accompagnement du sujet âgé malade, en lien avec le médecin traitant et le psychiatre traitant s'il y a lieu.

Les objectifs sont la réhabilitation des patients présentant des troubles psychiatriques en rapport avec les crises psychiques de la vieillesse et/ou les pathologies mentales citées plus haut, visant au maintien et à la restauration de leur identité en tant que sujet, et de leur place au sein de leur environnement.

Ainsi, l'hôpital de jour prend en soin tout sujet présentant des difficultés, souffrances psychiques ou comportementales, avec une pathologie psychiatrique prévalente.

Cependant, la population accueillie se caractérise globalement par une grande vulnérabilité psychique et physique, par l'intrication du psychique, du cognitif, du somatique et des aspects sociaux, et généralement par la complexité des situations de soins.

L'hôpital de jour peut constituer une alternative à l'hospitalisation temps plein, à la demande du médecin traitant, d'un service hospitalier, d'un EHPAD ou de services sociaux, ou assurer la continuité des soins et / ou un complément de bilan après une hospitalisation.

De nombreuses activités de soin à visée psychothérapeutique y sont proposées, stimulant les capacités cognitives, créatives et langagières, ou mobilisant le corps, parallèlement à des

prises en charge individuelles comme les entretiens infirmiers, psychologiques ou de psychomotricité, ainsi que des rendez-vous avec des assistantes de service social. L'équipe pluriprofessionnelle s'organise autour du patient afin de lui garantir un projet de soins adapté à sa problématique psychiatrique, élaboré et suivi lors de réunions régulières.

4.1.4 L'HJPAA face à la pandémie à Coronavirus

L'HJPAA, comme toute structure hospitalière ambulatoire, a dû faire face à une réorganisation sans précédent, notamment lors de la première vague. A cet effet, la fermeture de l'HJPAA a été prononcée du 16/03/2020 au 14/05/2020. Afin de pallier à l'interruption de soins en présentiel au sein de l'HJPAA, des entretiens téléphoniques fréquents ont été mis en place, dont la fréquence était variable en fonction de l'état du patient, avec une moyenne d'un appel hebdomadaire minimal. Certains patients bénéficiaient de visites à domicile, gérées par la structure de l'EMPAA de Rouffach. Une partie des professionnels a été redéployée dans les différentes unités de soin encore fonctionnelles pendant cette période, notamment les structures médico-sociales comme les MAS, les FAM, les EHPAD, ou certains services intra-hospitaliers du CHS de Rouffach.

Lors de la réouverture de l'HJPAA le 18/05/2020, il a fallu totalement réorganiser l'offre de soins en fonction des mesures sanitaires imposées. L'HJPAA a été contraint de limiter le temps de prise en charge à une demi-journée afin de réduire le nombre de patients sur un horaire donné. Le nombre maximal de patients autorisé était de 8 par demi-journée : l'accueil, qui se faisait auparavant sur la journée de 9h à 16h 30, a été réduit de 9h à 11h30 (ou 13h30 avec repas selon les patients), et de ou 13h30 à 16h, ou 11h30 si le patient avait un temps de repas.

Concernant les indicateurs d'activité recensés au cours des années 2019 à 2021 par le Département d'Information Médicale de Rouffach, on observe les valeurs suivantes :

Années	2019	2020	2021
Nombre de patients en file active	151	129	132
Nombre de nouveaux patients	50	39	61
Nombre moyen de venues	17	11	19

Tableau1 : indicateurs d'activité de l'HJPAA de Rouffach des années 2019,2020 et 2021

Nous observons une diminution notable du nombre de patients accueillis au cours de l'année 2020. En 2021, bien que le nombre de patients en file active soit légèrement supérieur, le nombre de nouveaux patients est lui bien plus important qu'en 2020.

4.2 Matériels et méthode

4.2.1 Type d'étude

Cette étude se présente sous la forme d'une étude monocentrique qui comporte deux parties : la première est comparative, et consiste en un recueil rétrospectif des dossiers cliniques au cours de la période d'inclusion définie. Elle est décomposée en deux sous-

parties, de type « avant-après ». La seconde est qualitative et s'articule autour d'entretiens semi-dirigés obtenus à partir des patients dont la prise en charge est toujours d'actualité au moment où les entretiens ont été réalisés, c'est-à-dire en Mars 2022.

4.2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact du confinement sur la santé mentale des patients suivis à l'HJPAA de Rouffach entre Mars 2020 et Octobre 2020 inclus. Les résultats obtenus sont ensuite comparés aux revues de la littérature.

L'objectif secondaire est de réfléchir à des perspectives d'amélioration dans la prise en charge ambulatoire des patients en gérontopsychiatrie.

Nous avons ainsi opté pour un recueil de données basé sur les observations médicales et soignantes, et, à distance du confinement, nous avons programmé des entretiens semi-dirigés afin que les patients encore présents à l'HJPAA deux ans après le confinement, puissent exprimer leur vécu, leurs souvenirs, et leur rapport aux soins au sein de la structure.

4.2.3 Elaboration de l'étude

Tout d'abord, une revue de la littérature a été faite depuis les bases de données mises à disposition par l'Université de Strasbourg à travers la plateforme Lissa et par les sites de recherche d'articles scientifiques : Pubmed, Cairn.info, Em Consulte, Google Scholar, NEJM et Pubmed. Nous nous sommes également servis de sites accessibles au grand public.

L'étude approfondie des dossiers des patients mis à disposition par le logiciel intra hospitalier Cariatides, a permis, à la lecture complète de ceux-ci, d'aboutir à des critères qualitatifs, cliniques et paracliniques, donnant une vision d'ensemble de la santé mentale des patients inclus dans l'étude. Chacun des patients a été classé en fonction des symptômes

et des critères présentés, et la somme des résultats a été matérialisée à l'aide du tableur Excel.

4.2.4 Vécu des patients à distance à travers une étude qualitative

La seconde partie de l'étude comporte 5 entretiens. Sur les 10 patients qui étaient encore pris en charge à l'hôpital de jour au moment où nous avons sollicité leur participation, 5 d'entre eux, n'ont pas pu ou voulu participer à l'étude. Parmi les 5 exclus, un patient a connu une dégradation importante sur le plan cognitif, et ses troubles mnésiques sévères rendaient impossible la restitution d'informations de cette période. Un autre patient a été hospitalisé et atteint du Covid-19 pendant cette période, et n'a pas de souvenir concernant la période du confinement hormis le fait d'avoir été à l'hôpital et en SSR. Un troisième a refusé de se prêter à l'exercice sans raison apparente. Les deux patients restants ont refusé ce type d'entretien et l'ont justifié par l'acutisation de leur état dépressif.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes. Parmi les participants, nous avons interrogé 4 femmes pour 1 homme. Ils se sont déroulés en Mars 2022, soit deux ans après le début du premier confinement.

Chaque patient interrogé a été répertorié dans le tableau ci-dessous :

	Lieu d'entretien	Age	Sexe	Diagnostic retenu	Lieu de vie	Suivi ambulatoire
E1	Hôpital de jour Le REMPART	74	Homme	Trouble à symptomatologie somatique	EHPAD	Psychiatre de liaison

E2	Hôpital de jour Le REMPART	74	Femme	Trouble schizo-affectif	Domicile	CMP
E3	Hôpital de jour Le REMPART	70	Femme	Trouble affectif bipolaire	EHPAD	Psychiatre de liaison
E4	Hôpital de jour Le REMPART	81	Femme	Trouble affectif bipolaire	Domicile	CMP
E5	Hôpital de jour Le REMPART	72	Femme	Trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques	Domicile	CMP

La grille d'entretien figurant en Annexe s'est inspirée de la recherche bibliographique effectuée au cours de ce travail. Ses intitulés se sont voulus clairs, compréhensibles et concis afin que le patient puisse y répondre du mieux possible, en fonction de ses capacités cognitives et/ou sensorielles.

Avant de commencer l'entretien, nous avons commencé par présenter le sujet de notre étude, puis nous avons cherché à obtenir le consentement oral de chaque patient. Ces derniers ont pu, soit directement après l'entretien, soit à distance, signer le formulaire de consentement en annexe.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'une application d'enregistreur vocal présent sur un téléphone portable. Les données ont été anonymisées et retranscrites mot pour mot. Aucun logiciel d'analyse de texte n'a été utilisé pour la retranscription.

4.2.5 Population de l'étude

4.2.5.1 Caractéristiques de la population

La population mise en situation est une population vivant majoritairement à domicile. Si l'on se réfère à la population générale, les personnes de 65 ans et plus représentent 19,6% de la population française en 2018, et 25.9% pour les 60 ans et plus (4).

Concernant le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées en Décembre 2019, il est de 769 000 places, dont 611 600 en EHPAD (55), ce qui représenterait 5,83% de la population des personnes âgées de 65 ans et plus, et 4,42 % de la population des personnes âgées de 60 ans et plus.

Dans notre étude, nous pouvons souligner que 17,5% des patients suivis sont institutionnalisés, ce qui est ostensiblement plus important que la population générale. Cela met en évidence que la population gérontopsychiatrique est avant tout une population dépendante, sur le plan psychiatrique mais aussi sur le plan médical en raison de comorbidités liées à différents facteurs.

La grande majorité des diagnostics retenus sont de l'ordre de la thymie, majoritairement anxiodépressive à 62% pour les cas sans notion de bipolarité. Les patients souffrant d'un trouble bipolaire ont été pour la majorité suivis à l'HJPAA sous une polarité dépressive. Ainsi, il peut être intéressant d'observer les conséquences du premier confinement sur leur

humeur, leurs angoisses, par rapport à une population âgée considérée exempte de symptomatologie soumise aux mêmes conditions.

4.2.5.2 Critères d'inclusion

La population concernée inclut tous les patients appartenant à la file active l'HJPAA du Centre Hospitalier de Rouffach, qui avaient une prise en charge effective au 1^e Janvier 2020, et dont la première venue est antérieure au 1^e Mars 2020, afin que les patients aient bénéficié d'au minimum 2 séances.

Leur âge devait au minimum être de 65 ans, cela étant le critère d'âge retenu par le centre hospitalier de Rouffach. Dans notre étude, ce critère a été strictement respecté, mais l'HJPAA fait occasionnellement quelques exceptions justifiées par la pathologie.

De plus, ils devaient être revenus à l'HJPAA après la réouverture de la structure au sortir du confinement.

4.2.5.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

Tout patient ayant moins de 65 ans.

Tout patient ayant eu son admission au sein de l'HJPAA à compter du 1^e Mars 2020.

Il est à noter que le refus de participer à l'entretien semi-dirigé ne constitue pas un critère d'exclusion au recueil de leurs données dans la première partie de l'étude.

4.2.6 Période de l'étude

La période de l'étude comparative débute à partir de la dernière consultation médicale avec le médecin responsable de l'HJPAA, afin de pouvoir établir une « photographie » de l'état

clinique de chaque patient, et s'étend jusqu'au 29 Octobre 2020, date du deuxième confinement proclamé par le Président de la République. La période se décompose ainsi en trois parties : celle dite « d'avant-confinement », débutant à partir de la dernière consultation médicale au sein de l'HJPAA, celle de « confinement », du 17 Mars 2020 au 11 Mai 2020, correspondant à la date officielle du premier confinement prononcé par le gouvernement, et enfin la troisième et dernière période dite « post-confinement », de la première observation soignante après le 11 Mai 2020 jusqu'à la dernière observation soignante avant le 29 Octobre 2020.

4.2.7 Facteurs étudiés

Nous avons établi une liste de critères à la lumière des articles et des dossiers consultés tout au long de ce travail de thèse. Elle s'établit de la façon suivante :

Lors du dernier entretien médical avant le confinement :

Facteurs étudiés lors du dernier entretien médical avant le confinement
- Âge du patient
- Sexe du patient
- Lieu de vie du patient
- Diagnostic retenu
- Anxiété
- Type de suivi psychiatrique
- Trouble des fonctions instinctuelles
- Activités

- Lieu de vie du patient : domicile, EHPAD/institution, Sortie d'hospitalisation < 4 mois avant le début du confinement et/ou ayant conduit à un relais en HJPAA.

- Diagnostic retenu : il s'agit de celui défini dans le dossier informatisé du patient, en fonction de la classification internationale des maladies, dixième révision. L'hétérogénéité des diagnostics a conduit à scinder cette catégorie en trois.

*Catégorie « trouble dépressif, anxio-dépressif ou anxieux généralisé », sans que ne figurent les patients atteints de bipolarité même si ces derniers se trouvent en phase dépressive.

*Catégorie « trouble psychotique », incluant la schizophrénie et les autres troubles psychotiques dont les troubles schizoaffectifs.

*Catégorie « troubles de l'humeur » comprenant les différents types de troubles bipolaires dont les épisodes dépressifs au sein d'un trouble bipolaire.

- Anxiété, définie comme « une tension interne, une peur indéfinie et indéterminée, une attente d'un danger, de la mort ou d'une catastrophe imminente » (56): absence, émergence, et pour les patients présentant des symptômes anxieux préalables : aggravation, stabilité ou amélioration de l'anxiété.

- Type de suivi psychiatrique : psychiatre libéral ou au sein d'un CMP, ou absence de suivi psychiatrique autre que l'hôpital de jour.

- Trouble des fonctions instinctuelles : augmentation, absence ou diminution de l'appétit et du poids, absence ou présence de troubles du sommeil.

- Activités : restriction, aboulie ou conservation des activités.

Période « Avant le confinement/Pendant le confinement »

Facteurs étudiés avant/pendant le confinement
- Santé mentale du patient
- Vécu du confinement
- Vécu d'isolement
- Anxiété
- Trouble des fonctions instinctuelles
- Activités
- Assistance des proches pour les AVQ
- Modification du lieu de vie du patient
- Atteinte par le Covid-19
- Traitements et ajustement des prescriptions de psychotropes

Période « Pendant le confinement/Après le confinement »

Facteurs étudiés pendant/après le confinement
- Santé mentale du patient
- Vécu du confinement
- Vécu d'isolement
- Anxiété
- Trouble des fonctions instinctuelles
- Activités
- Modification du lieu de vie du patient

- Traitements et ajustement des prescriptions de psychotropes

- Santé mentale du patient, divisée en trois catégories : amélioration globale, stabilité globale ou fluctuation, et aggravation globale.
- Vécu du confinement : globalement positif ou négatif
- Vécu d'isolement : globalement positif ou négatif.
- Modification du lieu de vie du patient : hospitalisation en médecine somatique ou en psychiatrie, placement en EHPAD/institution, ou lieu de vie inchangé.
- Traitements et ajustements des prescriptions de psychotropes : renforcement des lignes de traitement, stabilité/modification légère ou allègement.
- Patients ayant été atteints du Covid pendant le confinement.
- Assistance des proches pour les actes de la vie quotidienne, et notamment les courses.

4.2.8 Recueil des données

Les données recueillies ont été retranscrites sur un tableur Excel pour obtenir les pourcentages de chacune des catégories.

Les entretiens semi-dirigés ont été réécrits à l'aide du logiciel Microsoft Word.

5. Résultats

Le 16 Mars 2020, soit un jour avant la proclamation du confinement national, 65 patients étaient admis au sein de l'HJPAA. Deux patients ont été exclus de l'étude car leur date

d'admission au sein de la structure a débuté après le 1e Mars 2020. L'effectif total étudié porte donc sur 63 patients.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Sexe : la population étudiée comportait 17 hommes, pour 46 femmes, ce qui correspond à 27% de la population composée d'hommes, et 73% composée de femmes.

Age : Tous les patients inclus avaient au minimum 65 ans, le plus jeune ayant 65 ans et le plus âgé ayant 90 ans.

Lieu de vie du patient :

Lieu de vie récent	Nombre de patients	Pourcentage
Domicile	43	68,3%
EHPAD ou Résidence	11	17,5 %
Sortie d'hospitalisation	9	14,2 %
TOTAL	63	100%

Les patients sortis d'hospitalisation sont retournés à domicile pour 100% des concernés, et leur date de sortie d'hospitalisation est postérieure au 1^e Décembre 2019. Ils n'y ont pas eu de temps de latence entre leur sortie d'hospitalisation et leur admission à l'hôpital de jour.

Diagnostic retenu :

Diagnostic retenu	Nombre de patients	Pourcentage
Catégorie « trouble dépressif, anxio-dépressif, anxieux généralisé »	45	71,4%
Catégorie « trouble psychotique »	7	11,1%
Catégorie « trouble de l'humeur »	11	17,5%
TOTAL	63	100%

13 patients parmi les 63 présentent une maladie neurodégénérative associée probable ou diagnostiquée.

Anxiété :

Symptomatologie anxieuse	Nombre de patients	Pourcentage
Présente	49	77,8%
Absente	14	22,2%
TOTAL	63	100%

Les patients inclus dans la catégorie « symptomatologie anxieuse » ont été déterminés à la lecture des dossiers, et lorsque ceux-ci faisaient notion des termes appartenant au champ lexical de l'angoisse, sans souffrir obligatoirement de trouble anxieux généralisé.

Type de suivi psychiatrique : Sur les 63 patients, 43 étaient suivis par un psychiatre en ambulatoire, soit en lien avec le CMP de leur secteur, soit en libéral, ce qui correspond à 68,3% de

l'effectif total. Les patients étant institutionnalisés et suivis par le psychiatre de liaison font partie intégrante de ces 43 patients.

Trouble des fonctions instinctuelles avant le début du confinement :

Troubles de l'appétit/poids	Nombre de patients	Pourcentage
-Présence	6	9,5%
-Absence	57	90,5%
Troubles du sommeil		
-Présence	19	30,2%
-Absence	44	69,8%
TOTAL	63	100%

Dans la population d'étude, les troubles du sommeil sont majoritaires par rapport aux troubles de l'appétit, mais ces deux critères sont minoritaires par rapport à l'absence de troubles.

Activités :

Activités	Nombre de patients	Pourcentage
Restriction, Aboulie	14	22.2%
Conservées/ Adaptabilité	49	77.8%
TOTAL	63	100%

Avant le confinement, 22.2% des patients présentaient un appauvrissement des activités et/ou une aboulie.

5.2 Données comparatives témoignant de l'évolution clinique du patient au cours du confinement

Les résultats indiqués correspondent à l'évolution de chaque patient entre le dernier jour où ils ont été vus en entretien médical avant la déclaration du confinement, et tout au long de ce dernier, s'étant établi du 17 Mars 2020 au 11 Mai 2020, avec une période de quelques jours de battement correspondant à la date de réintégration de chaque patient au sein de l'HJPAA.

Santé mentale du patient :

Santé mentale	Nombre de patients	Pourcentage
Aggravation	17	27 %
Etat stable/fluctuant	36	57,1 %
Amélioration	10	15,9 %
TOTAL	63	100%

La majorité des patients, c'est-à-dire 57,1%, n'a pas rencontré de modification majeure de sa santé mentale. On remarque également que 15.9% de la population s'est améliorée. Cependant, on constate que plus d'un quart des patients aggrave sa santé mentale.

Vécu du confinement :

Vécu du confinement	Nombre de patients	Pourcentage
Globalement perçu négativement	34	54%
Globalement perçu positivement ou sans impact	29	46%
Total	63	100%

On observe une légère majorité pour un vécu globalement négatif du confinement à hauteur de 54% de l'effectif étudié. Ce paramètre inclut de façon non exhaustive les ressentis concernant la privation de liberté, l'absence de contacts sociaux, les restrictions de déplacements, le port du masque, le contexte pandémique, l'état de santé des proches, et l'incertitude de la durée du confinement.

Vécu d'isolement :

	Nombre de patients	Pourcentage
Présent	19	30,2%
Absent	44	69,8%
TOTAL	63	100%

Le vécu d'isolement n'est pas retrouvé pour 69,8% des patients.

Sur les 63 patients, 45 d'entre eux avaient une présence à domicile ou en institution, incluant les conjoints et conjointes, les époux et épouses, les amis et amies intimes.

Anxiété :

Anxiété	Nombre de patients	Pourcentage
Aggravation	11	17,5%
Stabilisée/Fluctuante	28	44,4%
Amélioration	10	15,9%
Apparition	2	3,2%
Absente	12	19%
TOTAL	63	100%

La majorité relative des patients, à hauteur de 44.4%, a vu leur état anxieux fluctuer ou se stabiliser pendant les 6 semaines du confinement. 34.9% des patients ont constaté l'amélioration ou l'absence de symptômes anxieux. Seuls deux patients, exempts de symptômes anxieux auparavant, en ont présenté pendant la période d'isolement sanitaire.

Trouble des fonctions instinctuelles :

Troubles de l'appétit/poids	Nombre de patients	Pourcentage
-Présence	14	22,2%
Augmentation	11	17.4%
Diminution	3	4.8%
-Absence	49	77,8%
Troubles du sommeil		
-Présence	19	30,2%
-Absence	44	69,8%

TOTAL	63	100%
-------	----	------

Les troubles du sommeil sont plus présents que les troubles de l'appétit (30,2% contre 22,2%), mais ces deux critères restent minoritaires par rapport à l'absence de trouble.

Activités :

Activités	Nombre de patients	Pourcentage
Restriction, Aboulie	20	31,8%
Conservées/ Adaptabilité	43	68,2%
TOTAL	63	100%

Les activités sont conservées pour 68,2% des patients. Les activités favorites retrouvées sont le bricolage, le jardinage et la télévision.

Assistance des proches pour les AVQ :

Proches faisant les courses	Nombre de patients bénéficiaires	Pourcentage
Oui	40	63,5%
Non	12	19%
Institution	11	17,5%
TOTAL	63	100%

Pour 82,5% des patients, on recueille d'après les dossiers cliniques que les courses n'étaient pas faites par eux-mêmes : soit elles étaient gérées par les proches ou les aides autorisées à se déplacer, ou bien parce qu'ils étaient pris en charge dans des établissements.

Modification du lieu de vie du patient :

Modification du lieu de vie du patient	Nombre de patients	Pourcentage
Inchangé	61	96,8%
Hospitalisation	2	3,2%
Placement en institution	0	-
Décès	0	-
TOTAL	63	100%

Deux patients sur 63 ont été hospitalisés pendant le confinement, et l'ont été en service de médecine. Aucun n'est décédé pendant le confinement.

Atteinte par le Covid-19 :

Atteinte par le Covid-19	Nombre de patients	Pourcentage
Oui	5	7,9%
Non ou absence de test positif	58	92,1%
TOTAL	63	100%

Sur les 5 patients atteints du Covid-19, 2 ont été hospitalisés en service de médecine.

Traitements et ajustements des prescriptions de psychotropes :

Traitements	Nombre de patients	Pourcentage
Renforcement	10	15,9%
Stabilité	46	73%
Allègement	7	11,1%
TOTAL	63	100%

La grande majorité des patients, en l'occurrence 73%, n'a pas présenté de modification notable de leur ordonnance. Le renforcement thérapeutique comprend les switches thérapeutiques pour cause d'inefficacité, l'augmentation des posologies ou l'adjonction d'une autre ligne de traitement psychotrope par exemple.

5.3 Données comparatives témoignant de l'évolution clinique du patient au décours du confinement

Les résultats indiqués correspondent à l'évolution de chaque patient entre le premier jour au cours duquel chaque patient est revenu à l'HJPAA, et s'étend jusqu'au 29 Octobre 2020, date officielle du deuxième confinement, avec une période de battement correspondant au dernier jour au cours duquel le patient a été vu par les soignants de l'hôpital de jour.

Santé mentale du patient :

Santé mentale	Nombre de patients	Pourcentage
Aggravation	22	34,9%
Etat stable/fluctuant	28	44,4%
Amélioration	13	20,7%

TOTAL	63	100%
-------	----	------

La majorité relative des patients, à hauteur de 44,4%, a présenté une santé mentale globalement stable ou fluctuante. Plus d'un tiers des patients a vu sa santé mentale s'aggraver. Un cinquième des patients s'est vu amélioré.

Vécu du confinement :

Vécu du confinement	Nombre de patients	Pourcentage
Globalement perçu négativement	36	57,1%
Globalement perçu positivement ou sans impact	27	42,9%
Total	63	100%

Le vécu du confinement est plutôt négatif pour 57,1% des patients après la fin de ce dernier, contre 54% lorsqu'il était mis en place.

Vécu de l'isolement :

	Nombre de patients	Pourcentage
Présent	21	33.3%
Absent	42	66.6%
TOTAL	63	100%

Dans les mois qui ont suivi le confinement, un tiers des patients présente un vécu d'isolement. En termes de pourcentage, cela représente deux patients supplémentaires (3.2%) par rapport à la période dite de confinement.

Anxiété :

Anxiété	Nombre de patients	Pourcentage
Aggravation	11	17,5%
Stabilisée/Fluctuante	34	54%
Amélioration	6	9,4%
Apparition	3	4%
Absente	9	14,3%
TOTAL	63	100%

Nous constatons que 54 patients sur 63 présentent une symptomatologie anxieuse au sortir du confinement et dans les mois qui ont suivi. Trois patients supplémentaires ont présenté des symptômes anxieux dans les mois qui suivirent. Parmi les 63 patients, 15 (23.7%) ont réduit leur anxiété ou n'en présentaient pas, contre 22 (34.9%) pendant le confinement.

Trouble des fonctions instinctuelles :

Troubles de l'appétit/poids	Nombre de patients	Pourcentage
-Présence	21	33,3%
Augmentation	16	25%
Diminution	5	8.3%
-Absence	42	66,7%

Troubles du sommeil		
-Présence	25	39,7%
-Absence	38	60,3%
TOTAL	63	100%

Les troubles de l'appétit et du poids concernent un tiers de patients dans les mois qui ont suivi le confinement. 76% des patients concernés par des troubles de l'appétit/poids ont constaté des troubles en faveur d'une augmentation de l'appétit et/ou du poids.

Les troubles du sommeil sont plus fréquents que les troubles de l'appétit. 39.7% des patients présentent des troubles du sommeil, contre 30.2% pendant le confinement. La fréquence de ces deux troubles augmente après le confinement.

Activités :

Activités	Nombre de patients	Pourcentage
Restriction, Aboulie	23	36,5%
Conservées/ Adaptabilité	40	63,5%
TOTAL	63	100%

Les activités sont conservées pour 63,5% des patients. Outre les activités à domicile, on retrouve celles pratiquées dans les clubs qui avaient pu rouvrir, les hôpitaux de jour, les accueils de jour, et la marche.

Modification du lieu de vie du patient :

Modification du lieu de vie du patient	Nombre de patients	Pourcentage
Inchangé	37	58.7%
Hospitalisation	24	38.1%
• En gériopsychiatrie	15	23.8%
• Réadmission à l'HJPAA	3	4.8%
• En médecine	8	12.7%
Placement en institution/Résidence	4	6,4%
Décès	0	-

Deux patients sur 63 ont bénéficié, entre le 11 Mai 2020 et le 29 Octobre 2020, d'une hospitalisation puis d'un placement en EHPAD. Deux patients sur 63 ont également bénéficié d'une hospitalisation en médecine en plus d'une hospitalisation en gériopsychiatrie dans le service 9/1 du CHS de Rouffach. Une patiente, ayant été hospitalisée pendant le premier confinement, est retournée à domicile, puis a été hospitalisée en psychiatrie pendant le déconfinement.

Traitements et ajustements des prescriptions de psychotropes :

Traitements	Nombre de patients	Pourcentage
Renforcement	27	42,9%
Stabilité	34	54%
Allègement	2	3,1%
TOTAL	63	100%

La majorité des augmentations de traitement a concerné des traitements antidépresseurs pour 36% des cas, des traitements anxiolytiques pour 28% des cas, et des traitements à visée régulatrice de l'humeur dans 27% des cas, avec le Valproate qui était le médicament le plus modifié, suivi de la Quetiapine. On retrouve une modification des traitements hypnotiques dans 16% des cas, tous patients confondus.

5.4 Recueil du vécu des patients via la grille d'entretien

5.4.1 Moral avant le confinement

Les patients interrogés allèguent un moral plutôt **bon** avant le début du confinement.

E1 : « Cet état visuel qui a dégénéré maintenant, mais j'étais bien, mieux que maintenant.

Les angoisses étaient moins fortes, oui, oui, bon j'avais mal au cœur, on me disait que ça pouvait être des angoisses. »

E2 : « Ça allait parce que je pouvais parler à l'hôpital de jour. »

E3 : « Avant que ça ferme, je me sentais plutôt bien, mais à un moment j'avais pas le moral, ça a duré 9 jours. »

E4 : « J'étais bien, j'étais normale, y'avait pas de problème. »

E5 : « oh je sortais plus souvent. J'allais manger dehors, faire des promenades .je faisais de la gym douce à l'HDJ. Le moral était bon. »

5.4.2 Vécu du confinement

Les patients interrogés ont eu un vécu **différent** quant à leur ressenti sur le confinement.

Il y'a, parmi les interrogés, certains qui ont vécu cette période seuls en institution.

E1 : « Je suis renfermé du fait de mon état, je suis assez renfermé sur moi-même, et je n'ai pas trop souffert, pas trop souffert...non. »

E3 : « Je me sentais un peu emprisonnée, je devais toujours porter le masque, il n'y'avait plus de discothèques, plus de magasins (...) J'étais mal, je ne mettais plus de musique, j'étais pas bien. (...) Puis j'étais laissée en chambre, plus de contact, j'avais plus le droit de sortir. »

Et ceux qui l'ont vécu à la maison avec leur époux ou leur épouse.

E2 : « Ça allait parce que mon compagnon faisait les courses et tout, et quand je disais que je pouvais parler, c'est de lui que je parle. C'était dur, mais j'arrivais quand même à m'y faire. »

E4 : « On pouvait sortir, (...), on pouvait pas dépasser une heure, on restait près de la maison, on faisait quelques kilomètres mais pas plus, on marchait très vite (...) on s'est conformé à ce qui a été dit et écrit. »

E5 : « pour moi y'a pas eu bcp de changement. Parce que c'est mon mari qui s'occupe de tout, il fait les courses, la cuisine. Plutôt vécu positivement ce confinement, ça m'a pas dérangé outre mesure. »

5.4.3 Contacts sociaux pendant le confinement

Les contacts étaient **limités aux membres de la famille** présents dans le même foyer.

E2 : « Ah ben à la maison, au téléphone, y'avait plus personne qui venait. D'habitude une de mes petites filles venait, mais elles m'ont fait comprendre qu'il n'y aurait personne qui viendrait. J'attendais toujours quelqu'un ... les enfants... »

E4 : « Deux garçons avec moi, mes fils. Y'avait pas mon mari, il est décédé en 1993. Ma fille qui est en Suisse, depuis deux ans (...) elle n'est pas revenue en France. »

E5 : « Mes fils sont venus me rendre visite, sauf celui qui vivait dans le village trop loin. Mon fils a eu le covid pendant le confinement, donc il est pas venu. »

Voire **limités aux soignants** quand le patient se trouvait en institution.

E1 : « Je vis à l'ehpad de Guebwiller, je n'ai pas de proches. J'avais une amie que je voyais souvent dans la chambre d'à côté. Mais là, pas question d'entrer dans sa chambre. »

E3 : « J'ai eu des nouvelles, mais ils pouvaient pas venir. Je voyais que les infirmiers, les mêmes »

Les proches donnaient toutefois des nouvelles par **téléphone**.

E2 : « Ils demandaient comme ça va à la maison, j'avais que leur voix, au téléphone. »

E4 : « Ma fille appelait pour savoir si en France c'était pareil qu'en Suisse. »

5.4.4 Avis sur la pandémie

Certains ou ont été atteints du Coronavirus, ou ont pensé l'être.

E3 : « j'ai eu le covid, tant que je l'avais, il était pas question que je sorte, je mangeais dans la chambre et j'écoutais la radio. »

E4 : « J'ai eu mal à la gorge pendant les premiers jours du confinement, je suis allée à la pharmacie, comme une angine, suite à ça, elles m'ont donnée des gélules et puis après ça plus rien quoi. Moi je pense qu'on a été contaminé dès le début, on toussait. »

Les patients se tenaient informés de l'évolution de la pandémie.

E2 : « Mais ils en parlaient bcp sur BFM. »

E3 : « J'écoutais la radio, ils ne parlaient que de ça. »

E5 « A part les informations, on entendait parler que des morts à l'hôpital. »

Les ressentis diffèrent entre les patients.

E1 : « J'étais pas confiné en chambre, c'était les cas atteints du covid qui étaient confinés, nous on avait le droit d'aller au jardin. Porter le masque ça m'a pas dérangé. »

E2 : « J'étais pas malade du tout. Je l'ai vécu comme une autre maladie, parce qu'on reste à la maison quand on est malade. Pas inquiète du tout du COVID. »

E3 : « C'était une crainte de plus vivre comme on veut, sans masque, c'était bien quand on pouvait enlever le masque (...) J'ai eu peur que les proches l'aient. »

E5 : « Si on était malade on savait pas si on aurait de la place à l'hôpital. On faisait avec. »

5.4.5 Occupations

La majorité **n'a pas changé ses habitudes** occupationnelles au quotidien.

E1 : « je faisais des exercices dans ma chambre, ça allait bien , sauf les douleurs, mais ça c'est toujours pareil . »

E2 : « j'étais toujours tentée à faire quelque chose, alors ça passait très vite. Je faisais du bricolage. Et ça faisait longtemps que je fais du patchwork, je me disais on verra ce qui arrive. »

E4 : « j'ai continué à faire les courses avec ma fille ainée, à minima, on s'est conformé à ce qui était préconisé, le masque, se laver les mains, se désinfecter, y'a pas eu de problème particulier. »

E5 « de pas pouvoir sortir, ça m'a quelque peu ennuyé. A part la tv et parler avec mon mari ? Ça change pas vraiment d'avant. »

Un patient a souffert d'aboulie.

E3 : « Rien, je ne brodais plus, je ne faisais rien. Au lit, couchée. Plus de radio non plus. »

5.4.6 Appétit et sommeil

Les fonctions instinctuelles n'ont **pas été perturbées** pour la majorité des interrogés.

E1 : « Pendant le confinement, j'avais assez bon appétit. Le sommeil ca dépend, parfois les douleurs me réveillent. Mais à l'EHPAD, pour moi, confinement pas confinement, je dors pareil. »

E4 : « comme d'habitude, sauf pour les courses qui étaient plus rares. »

E5 : « Appétit et sommeil, ca a pas changé. »

Quand l'appétit a été perturbé, il s'est préférentiellement fait en faveur d'une **diminution des apports**.

E2 : « On mangeait un peu moins, mon mari faisait moins les courses, on avait moins faim. »

E3 : « Je mangeais plus, je restais au lit toute la journée. Il ne se passait rien. »

5.4.7 Vécu de la Fermeture de l'HJPAA

Certains patients ont **oublié** la fermeture prolongée de l'HJPAA.

E4 : « J'étais venue, non ? Je suis toujours venue une fois par mois... »

E5 : « L'Hôpital de jour était fermé ? Ça je ne me souviens pas trop. Mais deux mois sans venir ça oui, c'était long... »

D'autres ont déploré la fermeture de l'hôpital de jour en lien avec **l'arrêt des activités**.

E1 : « on devait plus venir à l'hôpital de jour l'ehpad nous a dit, plus d'activités plus rien.

J'avais peur d'aller moins bien. »

E3 : « J'étais déçue de pas avoir d'hôpital de jour. Quand on a plus d'animations, des dessins ... »

Il y'a eu aussi **l'absence de vécu négatif** concernant cette fermeture.

E2 : « Ça m'embêtait pas de pas avoir d'hôpital de jour. Je manquais de rien, donc j'ai pas cherché autre chose que la maison. »

5.4.8 Maintien du lien avec l'HJPAA

La majorité des patients a **un souvenir flou ou une absence de souvenirs** concernant les appels téléphoniques passés par l'équipe infirmière pendant le confinement.

E4 : « Je me souviens pas des appels. »

E1 : « J'ai pas eu d'appels téléphoniques, mais j'ai eu des nouvelles de l'infirmière »

E2 : « Ben oui y'a eu des coups de téléphone, mais je sais plus si c'est l'hôpital de jour. Ma psychiatre m'avait téléphonée pendant le confinement. »

E3 : « Des liens ? Non, pas à l'hôpital de jour. Je m'en rappelle plus »

5.4.9 Réouverture de l'HJPAA : impressions

Trois des cinq patients ont vécu positivement la réouverture de l'établissement, soit dans le but de poursuivre la prise en charge psychologique, soit parce qu'ils retrouvaient les activités de groupe.

E1 : « Je retournais à l'hôpital de jour pour pouvoir parler de ce qui n'allait pas et qui continue à mal aller. Je me souviens plus de quand je suis retourné là-bas. »

E3 : « Contente oui. J'aurais voulu venir pendant le confinement. On pouvait venir et être à distance. »

E5 : « Ça m'a fait du bien oui. C'est une sortie par semaine, le contact avec les gens. Si il n'avait pas d'hôpital de jour, je serais chez moi à regarder la tv. »

5.4.10 Moral après le confinement

Les réponses données sont hétérogènes concernant le moral et le vécu à la levée du confinement, mais globalement, il en ressort **un moral plus bas**.

E1 : « Là c'est pire, L'appétit a changé complètement (...). J'ai des pertes de mémoire. »

E2 : « Pareil qu'avant, voire un peu moins bien. Je vais pouvoir embrasser mes petits-enfants, mais c'est plus compliqué qu'avant, avec tous ces interdits. »

E5 : « Le moral il n'était bon que quand je sortais une fois par semaine. A la maison c'était pareil. »

E3 : « Le moral était pareil après le confinement, enfin...des hauts et des bas, et quand c'est bas, je reste au lit et rien ne va. »

E4 : « On râlait avec ce masque, mais c'est moyen. (...) J'ai été plus mal foutue après le vaccin. »

5.4.11 Contexte sanitaire

L'intégralité des patients s'accorde pour témoigner d'un changement dans leur quotidien, dans la façon de pratiquer des loisirs.

E2 : « Ça fait long quand même. Surtout pour les voyages. Moi je voyage pas mais mes enfants un peu. Au moins je peux les revoir. Mais on a quand même le virus qui est encore là, même avec le vaccin. »

E3 : « Ceux qui ont dû fermer leurs restaurants, je sais pas comment ils ont fait pour vivre (...), ça va être impossible. Je n'y vais plus, je vois encore moins de monde. »

Ou que ces modifications impactent leur quotidien.

E1 : « C'est mieux de pas avoir de masque. Je respire mal , et les bouches on les voit plus. »

E3 : « J'y pense pas au covid sauf quand je vois des masques et des affiches. C'est pas comme avant mais on s'habitue. »

E4 : « Maintenant c'est pas fini cette pandémie là, mais c'est plutôt la guerre qui me pèse quoi (...) Ca a évité des morts, c'est sûr, mais les personnes fragiles, les personnes âgées, elles sont parties... »

E5 : « Moi ça m'inquiète pas trop. Mais c'est pas comme avant. Alors on reste plus à la maison. On fait moins de choses dehors comme le restaurant. »

5.4.12 Humeur deux ans après le confinement

Trois patients déclarent avoir une moins bonne santé mentale, et deux sur cinq n'ont pas d'amélioration thymique.

E1 : « j'ai toujours mes problèmes et c'est pire depuis. »

E2 : « Mais en ce moment, ça ne va pas, avec mon compagnon, il devrait regarder pour nos problèmes. Je lui ai dit que la vie augmente après le covid. »

E3 : « Je fais des dépressions plus rapidement qu'avant. Je suis moins longtemps bien, de bonne humeur. »

E4 : « Ça va, je continue à aller à l'hôpital de jour comme d'habitude. Mais j'ai peur de la guerre atomique là-bas... »

E5 : « Comme avant, c'est comme d'habitude à la maison. »

6. Discussion

6.1 Limites et biais

6.1.1 Concernant le recueil des données

Le premier biais rencontré est le biais d'information : en effet, compte-tenu de la pandémie qui a contraint les équipes à suivre les patients par téléphone, on a pu observer que les observations cliniques des patients au cours de cette période ont été plus brèves. Par ce moyen de communication, les patients exprimaient moins facilement leur ressenti par téléphone, les soignants avaient plus de difficulté à approfondir leur interrogatoire, ou à se faire bien comprendre. La répétition hebdomadaire des appels téléphoniques a permis de corriger au mieux ce biais.

Le deuxième biais rencontré est le biais de sélection : la population concernée est tout d'abord une population d'un âge non représentatif de la population générale. Ensuite, elle bénéficie d'une prise en charge hospitalière psychiatrique ambulatoire, cela signifie que par rapport à une population générale, une surveillance accrue est mise en place afin de veiller au maintien de leur état mental. En dernier lieu, cette population reste concentrée dans le Haut-Rhin en raison de la sectorisation de la psychiatrie.

Le troisième biais est le biais de confirmation du chercheur. Il se définit par la tendance qu'à l'examineur à sélectionner les informations qui confirment les croyances de ce dernier. Cela peut conduire à analyser de façon subjective le recueil des données. Afin de corriger ce biais, des critères objectifs ont été introduits au sein de l'étude descriptive comme le changement du lieu de vie et les modifications thérapeutiques. De plus, les symptômes tels que l'anxiété, l'anhédonie, l'aboulie, ont été recueillis dans les dossiers en se basant sur leurs définitions sémiologiques (56). Pour uniformiser le biais, la recherche des données a été faite par un seul examineur.

6.1.2 Concernant la partie qualitative

Le biais de mémorisation est le plus important de cette étude. En effet, la durée entre le confinement et la passation des entretiens est d'environ deux ans. Bien que cet événement ait pu représenter une période significative dans la vie de chaque individu, la population interrogée reste une population gérontopsychiatrique. La restitution d'informations concernant des faits qui se sont déroulés deux ans auparavant est moins fiable en raison d'une possible altération mnésique. Afin de corriger ce biais, le recueil informatisé des données demeurerait indispensable. En outre, nous avons estimé que la faible restitution des souvenirs au décours des entretiens semi-dirigés constitue une information en soi, et que la

relative pauvreté des réponses n'est pas forcément imputable qu'à un biais de mémorisation. De plus, aucun patient interrogé ne présentait de pathologie neurodégénérative, et l'état clinique de ces derniers était stable au moment de l'entretien.

Le second biais est celui d'intervention : le manque d'expérience dans le domaine de l'étude qualitative conduit à ne pas être le plus neutre possible lors de l'exercice, de poser des questions relativement fermées, et de recentrer l'interrogatoire afin d'obtenir des réponses ayant un lien avec les questions posées.

Le dernier point faible réside enfin dans le faible effectif des patients sollicités pour l'entretien. En effet, seuls 5 patients encore présents sur les 63 suivis à l'HJPAA se sont prêtés à l'exercice, ce qui ne peut pas illustrer le ressenti global de la population gérontopsychiatrique et encore moins de la population âgée générale vis-à-vis du confinement et de ses conséquences.

6.2 Analyse des résultats pendant le confinement

6.2.1 Santé mentale, confinement, isolement et anxiété

La tendance générale est globalement positive pour les patients suivis au sein de l'HJPAA de Rouffach.

La santé mentale des patients suivis à l'HJPAA pendant le confinement ne s'est pas aggravée dans 73% des cas. Le vécu du confinement a lui été perçu positivement dans 46% des cas.

Plus précisément et concernant les conditions de vie, 69.8% des patients n'ont pas vécu négativement l'isolement.

Considérant le stress et par extension l'anxiété comme un facteur de risque d'aggravation de la santé mentale et très imbriqué à la qualité de vie, nous nous sommes penchés sur la symptomatologie anxieuse chez nos patients. Parmi les 49 patients (77.8%) présentant une anxiété avant le confinement, 38 d'entre eux n'ont pas aggravé leur anxiété (60.3%). Deux patients (3.2%) parmi les 14 (22.2%) ont développé des symptômes anxieux alors qu'ils n'en présentaient pas avant le confinement.

Ces chiffres sont de prime abord surprenants en les confrontant à la littérature. D'après l'étude menée par Landeiro, le risque observé chez les personnes âgées de plus de 60 ans de présenter un sentiment d'isolement social pendant le confinement était estimé à 50% (57). Le risque de présenter des symptômes dépressifs pour les personnes âgées interrogées avait été estimé à 20.1% (58).

La littérature scientifique se voulait alarmiste concernant l'impact de l'isolement sur l'émergence de symptômes anxio-dépressifs chez la personne âgée (59–61).

L'étude menée par Mazza montre que le risque de développer des symptômes anxio-dépressifs peut être majeur pour les patients ayant vécu des antécédents de situations stressantes, et/ou présentant des antécédents médicaux pourvoyeurs de stress (61). Le patient gérontopsychiatrique a de par son âge une plus grande probabilité d'avoir présenté des situations médicales et psychiatriques stressantes qui l'ont conduit à bénéficier d'un suivi psychiatrique. Les personnes en situation d'obésité et/ou polypathologiques étaient ciblées comme étant plus à risque de développer une forme grave voire de décéder du Covid-19. Or, les patients suivis en gérontopsychiatrie sont pour une bonne partie d'entre

eux concernés par ces pathologies et sont pour la plupart traités par des psychotropes. La symptomatologie anxiodépressive ainsi que les thérapeutiques associées présentent des conséquences sur le plan cardiovasculaire et métabolique (62,63). En outre, la prise de psychotropes peut être dérégulée par une incompréhension autour d'un phénomène de grande ampleur, d'autant plus si les patients souffrent de troubles anxieux.

Les différentes mesures imposées par le Gouvernement comme le port du masque, les restrictions de déplacement et les sanctions qui en découlaient ont contribué à générer un environnement anxiogène.

La portée médiatique fut l'un des facteurs pourvoyeurs d'une anxiété, étant donné que la population âgée était quotidiennement informée de l'avancée du virus dans le territoire national, de sa contagiosité, sa virulence, et enfin sa létalité. Les chaînes d'information statuaient du nombre de lits en réanimation ouverts, du nombre de cas hospitalisés en soins intensifs, en réanimation, ainsi que du nombre de décès.

Les études réalisées par Aseem Mehra et Roberta Eduarda Grolli soulignent l'importance de l'excès d'information comme éléments déclencheurs d'une anxiété (50,63). On ne peut s'empêcher de faire ici le parallèle avec la grippe Espagnole qui, elle, souffrait d'une sous-information du public, génératrice elle-aussi d'anxiété : la question de la quantité d'informations à dispenser au public reste ouverte.

Concernant le Coronavirus, la croissance importante du nombre de cas et de décès sans traitement officiel et standardisé a généré une nouvelle crainte, celle d'être atteint d'une maladie sans traitement efficace et reconnu. Cette inquiétude, à la lumière des résultats de notre étude, ne semble pas avoir été aussi importante que prévue. Nos patients

s'interrogeaient plus que ne s'inquiétaient pour leur santé. Ils ont plutôt craint pour la santé de leurs proches que pour la leur, bien que ces derniers, statistiquement plus jeunes, soient à risque plus faible (61,64).

Sur le plan relationnel, l'impossibilité de voir les proches, qui ont parfois le rôle d'aidants, a impacté notre population étudiée. La contribution des proches des patients gérontopsychiatriques est capitale : que ce soit le soin gériatrique et psychiatrique, l'observance médicamenteuse, la surveillance clinique, le soutien psychologique pour les patients souffrant de symptômes anxio-dépressifs, les proches restent une ressource primordiale.

En raison de la restriction des aides à domicile, une grande partie de notre population d'étude a pu compter sur l'apport des proches, notamment des enfants, pour faire les courses, les repas, et le ménage. A noter que nos chiffres sont à nuancer compte tenu de la mise à disposition exceptionnelle de portage de repas par certaines aides à domicile, dont le pourcentage exact n'a pas pu être déterminé.

Si les proches ne s'étaient pas rapprochés du domicile de leurs aînés avant la proclamation de la mesure sanitaire, il leur était impossible sauf conditions exceptionnelles de pouvoir avoir une proximité physique avec ces derniers. A l'opposé, le fait de vivre confinés avec des patients gériatriques ou gérontopsychiatriques, sans pouvoir disposer de sa propre liberté individuelle, a pu favoriser des conflits familiaux, une sensation d'emprisonnement, et donc un sentiment d'isolement paradoxal.

Dans la littérature, l'impact du confinement sur les relations conjugales a été étudié. Dans le cadre d'un couple indemne de pathologie psychiatrique et vivant à deux à domicile, la présence quotidienne de l'autre peut sur un temps prolongé déstabiliser l'équilibre conjugal préalablement fixé (65).

Cet état de fait est d'autant plus marquant lorsqu'un ou les deux membres du couple souffrent de pathologie psychiatrique. Certaines pathologies psychiatriques rendent le quotidien plus difficile. Dans notre étude, le patient pouvait au cours de la semaine bénéficier de demies-journées à l'extérieur pour le suivi de sa pathologie, et l'autre membre du couple dénué de pathologie pouvait lui aussi bénéficier de temps de loisirs personnels.

Ces moments de répit ont été précieux pour les proches et les conjoints de nos patients. Le confinement a grandement réduit les activités individuelles et a pu générer des disputes ou des tensions au sein du couple ou de la famille. En EHPAD, les couples ont rencontré des difficultés similaires. Certains espaces collectifs, comme la cafétéria, n'étaient plus dédiés à un temps conjugal agréable (66).

Dans notre étude, aucun patient n'a fait de tentative de suicide pendant le confinement. Seul un patient a exprimé des idées suicidaires, mais qui étaient selon lui non liées au confinement.

De nombreux scientifiques à travers le monde ont craint une vague de suicides, de par la conjugaison d'une grande distanciation sociale avec une population à risque d'isolement, et donc de dépression et de passage à l'acte. La littérature tend à dire que la multiplicité d'éléments dépressogènes et anxiogènes pouvait mener inexorablement à une « tempête suicidaire » généralisée, avec comme population cible la population âgée (67). De plus, les

précédentes épidémies avaient prouvé leur impact sur l'augmentation des gestes suicidaires. Aux Etats-Unis lors de l'épidémie de grippe de 1918 supposée liée à la grippe Espagnole, il a été constaté une augmentation du nombre de suicides. En 2003 lors d'une épidémie de SARS, l'étude menée par Cheung YT témoignait d'un taux de suicide plus élevé et en particulier chez la personne âgée (68). Une autre étude américaine avançait l'hypothèse qu'une augmentation des suicides serait liée à une intolérance à la frustration causée par les mesures sanitaires ainsi qu'un trouble du contrôle des impulsions (69).

On peut supposer que les résultats obtenus dans notre étude diffèrent de la littérature en raison de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, la population étudiée est une population gérontopsychiatrique suivie. Elle a bénéficié depuis plusieurs mois ou années d'une prise en charge psychiatrique régulière et rapprochée. Avant d'avoir été admise à l'HJPAA, elle a bénéficié d'entretiens infirmiers, médicaux, d'une prescription médicamenteuse, d'une évaluation médicosociale, et a participé à des activités au sein de la structure. Quand le confinement a été instauré, elle a été prévenue à l'avance de la fermeture de l'HJPAA pour un temps indéterminé. Les psychiatres et infirmiers ont précisé la façon dont le suivi se déroulerait pendant la fermeture.

C'est donc une population très suivie et encadrée, plus que la population gériatrique générale. Ils bénéficient d'une prise en charge préalable et d'un sas pour exprimer et évacuer leurs anxiétés, leurs craintes et mieux gérer leur stress. Le travail de ces différentes problématiques au cours d'entretiens psychothérapeutiques avant même la pandémie a pu avoir un intérêt dans la façon d'appréhender la période du confinement : le patient a ainsi

pu développer des techniques lui permettant de mieux vivre cette période. Nous pourrions ainsi dire que le patient typique suivi en HJPAA est un patient qui vit une forme de « confinement permanent » auquel il est habitué. Le confinement a été le reflet de ce que traversent les patients gérontopsychiatriques au quotidien, c'est-à-dire l'absence de stimuli sociaux, la vulnérabilité face à des facteurs de stress, l'isolement chronique. Nous pourrions même supposer que la présence de troubles anxio-dépressifs avant le confinement suivis en HJPAA ait pu être un facteur protecteur pendant cette période : les patients bénéficiaient d'outils thérapeutiques efficaces à la fois pour lutter contre leur pathologie et contre l'isolement prolongé.

Le sentiment d'isolement a pu aussi être atténué chez nos patients grâce à la mise en place d'un système d'appels téléphoniques au sein de l'HJPAA, géré par les infirmiers et les médecins du service : de façon hebdomadaire, chaque patient était appelé le jour où habituellement ce dernier était pris en charge. Il s'agissait de s'assurer de son état clinique, sur le plan du moral, de l'appétit et du sommeil notamment. Une prise en charge classique à l'hôpital de jour n'inclut pas d'entretien individuel systématique, la journée étant consacrée aux activités et non à un temps obligatoire de consultation ou de réévaluation médicale ou infirmière. A la lecture des observations informatisées, nous avons observé que le nombre d'entretiens infirmiers ou médicaux était plus important pendant les six semaines de fermeture que pendant une autre période durant l'année 2020.

Des visites à domicile étaient aussi mises en place pour les cas urgents nécessitant une évaluation médicale ou infirmière urgente.

6.2.2 Trouble des fonctions instinctuelles

6.2.2.1 Appétit et Poids

Concernant les habitudes alimentaires, les résultats montrent que 22.2% de nos patients ont présenté des troubles de l'appétit et du poids, ce qui représente une augmentation relative de 233%. Nos patients avaient plutôt une tendance au grignotage et à la prise de poids modérée qu'à une franche dénutrition.

Une étude alsacienne a confirmé l'impact du confinement dans la dénutrition de la personne âgée (70), mais les troubles peuvent également être en faveur d'une prise de poids et d'une augmentation de l'appétit (71).

Ces deux phénomènes ont une étiologie commune et multifactorielle. Une raréfaction des déplacements pour les courses peut conduire à un approvisionnement en produits frais plus rares, restreignant les possibilités culinaires et ayant pour conséquence un régime alimentaire axé sur le grignotage, un manque de motivation à faire les repas et donc un déséquilibre sur le plan nutritionnel. Ces perturbations du mode de vie peuvent amener à une prise de poids, un déséquilibre alimentaire ou une dénutrition.

Certaines habitudes alimentaires ont aussi été modifiées en raison de la fermeture des restaurants et autres services de distribution de repas à domicile : certains patients peu enclins à préparer leurs propres repas ont dû appauvrir la qualité de leurs apports.

Certaines modifications du comportement alimentaire ont pu être associées à des comportements compensatoires à visée anxiolytique, suivant un mécanisme physiopathologique pouvant dans les cas extrêmes se rapprocher de Troubles du Comportement Alimentaire comme le binge eating ou l'anorexie. L'alimentation comme

alternative face à l'ennui, l'anxiété, les émotions négatives peut conduire à des accès hyperphagiques ou de l'alimentation émotionnelle. Les émotions négatives ressenties lors du confinement, la limitation de l'activité physique et la peur de la prise de poids qu'elle entraîne peuvent mener à de l'anorexie (72).

Outre les problèmes liés à l'alimentation, on a pu craindre une consommation addictive compensatoire chez les sujets âgés.

Bien qu'il ait été établi que des patients dépendants au tabac avaient 14 fois plus de risque d'être atteints du Covid-19, on a pu observer qu'une augmentation de la consommation de tabac a pu être une des conséquences d'un isolement prolongé. Cette augmentation de la consommation de tabac a toutefois été observée plus volontiers chez les populations entre 25 et 34 ans et chez les actifs, en réponse à un remaniement de leurs activités professionnelles (73).

Chez les sujets âgés en confinement, une augmentation de la consommation d'alcool à visée anxiolytique a pu être suspectée dans la littérature, plutôt dans le cadre d'une augmentation quotidienne que par le « binge drinking » (74). Toutefois, les observations faites tendent plutôt à évoquer une hétérogénéité du comportement face à la consommation d'alcool, avec des proportions égales entre les sujets âgés ayant augmenté, stabilisé ou diminué leur consommation d'alcool (75).

6.2.2.2 Sommeil

Nos résultats n'ont pas montré de modification concernant les troubles du sommeil.

De nombreuses études ont toutefois souligné l'impact négatif du confinement sur la qualité du sommeil, du fait de l'état de sédentarité, des angoisses, des habitudes alimentaires

modifiées, du décalage de l'heure d'endormissement, de l'utilisation des écrans (76). Une étude menée au CHU de Strasbourg souligne l'importance des paramètres environnementaux influençant le rythme veille-sommeil, notamment l'exposition à la lumière du jour, mais aussi l'activité physique durant la journée des repas à heures régulières et les interactions sociales. Si ces facteurs se retrouvent modifiés, supprimés, ou actifs à de mauvaises périodes de la journée, cela conduirait à un impact sur le rythme veille-sommeil et indubitablement à des troubles du sommeil (72).

Cette même étude constate cependant le faible impact du confinement sur le sommeil des personnes âgées. Différents facteurs ont pu expliquer la relative préservation du sommeil chez les sujets âgés, comme la faible tendance pour ces sujets de s'exposer à la lumière bleue des écrans. En effet, un lien fort a été établi entre l'utilisation intensive des écrans la nuit, le décalage de l'heure du coucher et une altération de la qualité du sommeil (77). La réduction des nuisances sonores observée dans les villes a également pu contribuer à améliorer la qualité de sommeil (78). Le fait que le confinement n'ait pas entraîné de modification du lieu de sommeil, contrairement à un autre péril entraînant un départ forcé du domicile, pourrait expliquer le faible impact du confinement sur leur sommeil. En effet, il a été observé que des migrations forcées peuvent s'apparenter à un trouble de stress post-traumatique responsable de troubles du sommeil (79). Globalement, un fonctionnement très ritualisé du retraité, avec une heure de repas fixe, une absence de lumière bleue à des horaires tardifs, une activité physique plus faible et plutôt le matin, des interactions sociales à des horaires de jour, expliqueraient le faible impact du confinement sur leur rythme veille-sommeil.

6.2.2.3 Activités

Les résultats de notre étude montrent que 31.8% des patients faisaient peu d'activités pendant le confinement, contre 22.2% avant ce dernier.

Si certaines activités d'intérieur furent conservées, d'autres en revanche ont connu un sort défavorable. L'essor de nombreuses associations « d'anciens », groupes d'activités, « clubs » de seniors, en plus des activités à but médicosocial comme les structures de jour témoigne d'une demande croissante de la personne âgée de faire partie d'un cercle social composé de pairs avec qui entretenir des liens. Le confinement a tout simplement annihilé toute possibilité de maintien de ces structures, sans préavis, sans alternative, ce qui a brutalement conduit à réajuster l'emploi du temps des personnes âgées souvent plus ritualisées que la population générale. Cowdry identifie deux réponses des personnes âgées face à l'ennui : l'agitation face à la monotonie ou bien les syndromes dépressifs, dont l'aboulie en est un élément (80).

Il faut aussi remarquer que les sujets âgés ont bien moins recours aux technologies informatiques, comme les réseaux sociaux, les jeux vidéo, les plateformes numériques de divertissement ou toute autre activité leur permettant d'entrer en relation avec leurs pairs sans sortir de leur domicile. Les populations plus jeunes en revanche ont éventuellement pu au début du confinement se satisfaire de cette quarantaine imposée, ce qui a pu se matérialiser par une forte augmentation du nombre de souscriptions à des abonnements numériques et à une envolée boursière de l'industrie digitale (81). Pourtant, une thèse de médecine réalisée en 2020 témoigne de l'impact négatif sur le plan occupationnel des

adolescents du Bas-Rhin, dont l'ennui avait conduit à une perte d'élan motivationnel, une lassitude, une aboulie et une asthénie chronique (82).

6.2.2.4 Soutien AVQ

Les résultats de notre étude montrent un apport des proches dans les AVQ à hauteur de 82.5%.

En parcourant les dossiers des 63 patients de l'étude, on retrouve de façon récurrente l'aide apportée par la famille, les voisins, en ce qui concerne les commissions, le ménage, les repas et la rupture de la solitude. L'étude COCONEL confirme l'augmentation des services en faveur des plus de 75 ans pendant le confinement, mais souligne aussi le fait que cela ne s'est pas fait dans un sens unique. Les personnes âgées ont aussi pu apporter leur aide, par exemple dans l'éducation des petits-enfants et le soutien psychologique de leurs proches (83).

Les solutions d'entraide durant la pandémie doivent toutefois être relativisées : il est possible que la pandémie ait mis en lumière des aides et des difficultés des aidants qui étaient déjà en place précédemment. En raison du vécu d'ignorance chronique dont sont victimes de nombreux aidants, le confinement n'aurait fait que de rendre compte d'un déclin chronique des conditions de soins et d'accompagnement des personnes âgées à risque d'isolement, dont fait partie la population gérontopsychiatrique (84).

6.2.2.5 Hospitalisation et décès

On observe que 96,7% de la population n'a pas eu recours à une hospitalisation, ni n'est décédée, malgré le contexte. Une petite partie des patients, bien que n'ayant pas été exposée à un risque immédiat de mort, a eu, dans son entourage, des proches hospitalisés, parfois gravement, mais aussi des personnes décédées, et, ont dû, en plus de

l'affaiblissement de leurs ressources habituelles, faire face à un deuil plus difficile à traverser (85).

La population de notre étude comportant des troubles psychotiques n'a pas présenté de décompensation nécessitant une hospitalisation. La littérature scientifique fait état de report de cas concernant la décompensation de pathologies psychotiques lorsque les patients sont atteints du Coronavirus (86). Il faut en effet insister sur le fait qu'au-delà de la peur générée par la pandémie, et donc le risque de décompenser sa maladie psychiatrique, l'impact de la maladie en elle-même sur la pathologie psychiatrique intensifie ce risque de décompensation.

Certains de nos patients présentent en outre des troubles neurodégénératifs ou cognitifs. Aucun d'entre eux n'a été hospitalisé lors du confinement. Le changement d'environnement brutal dû au confinement, avec une réduction de l'adaptabilité, a pu avoir pour conséquence une altération des facultés cognitivo-comportementales et le déséquilibre de certaines pathologies neurodégénératives allant jusqu'à des formes sévères d'apathie. Certaines maladies neurodégénératives au stade prodromal ont vu leur survenue s'accélérer en raison des altérations des fonctions cognitives (87). L'étude menée par Huang montre que des taux élevés de cortisol en lien avec l'isolement social seraient responsables d'un déclin cognitif plus marqué ainsi que d'une atrophie hippocampique plus importante (88). Une autre étude asiatique a évoqué la néfaste association d'une maladie de Parkinson avancée avec le Covid-19, la synergie des deux pathologies pouvant entraîner un syndrome fébrile parkinsonien responsable de mouvements anormaux nécessitant une prise en charge urgente (89).

Ces résultats sont à interpréter à la lumière de la période : du fait du nombre très limité de places en hospitalisation pour les services de médecine et de réanimation, et limité en psychiatrie, il ne pouvait y avoir des hospitalisations aussi fréquentes que pendant une période sans confinement. On ne peut donc pas certifier que le confinement a contribué à une amélioration de la santé mentale seulement par le prisme d'un taux d'hospitalisation très faible pour une population nécessitant des soins de jour.

6.2.2.6 Traitements et ajustement des prescriptions de psychotropes

Sans aller jusqu'à l'hospitalisation, on peut constater que le recours à une augmentation ou une modification significative des médicaments prescrits n'a pas été nécessaire pour 84% d'entre eux. Parmi les 63 patients de notre étude, 16% d'entre eux ont eu des changements notables dans leur ordonnance.

Le patient gérontopsychiatrique requiert des thérapeutiques au long cours. Il lui est donc important de pouvoir la poursuivre, même en temps de pandémie. La restriction des déplacements a conduit inévitablement à rendre plus complexe la prescription, la délivrance, le renouvellement et la distribution des médicaments. Il ne faut pas oublier la grande crainte des patients de se déplacer en pharmacie. La conséquence d'une rupture thérapeutique, qu'elle soit d'ordre de l'inobservance ou hors de contrôle du patient, pouvait faire craindre une aggravation des pathologies mentales.

Le système hospitalier était déjà surchargé par les patients souffrant du Covid-19 et un patient psychiatrique en décompensation sur rupture de soins aurait encore alourdi un hôpital en difficulté. C'est toute une articulation du système de soins qui semblait être sur le point de se rompre. Logiquement, les soignants disposaient d'une libre circulation au sein du territoire afin de prodiguer les soins nécessaires, mais cela a tout de même entravé certains

soins comme des opérations programmées, ou des rendez-vous de suivi, qui ont conduit certains médecins généralistes à mettre en place de nouveaux moyens de consultation telle que la téléconsultation (90).

Notre résultat faisant état d'une relative stabilité thérapeutique, et, corrélé à une relative stabilité de la santé mentale des individus, peut mettre en avant l'importance du soin non pharmacologique qu'exercent les professionnels de santé mentale. L'étude pharmaco-épidémiologique menée par Weill obtient les mêmes résultats, avec une augmentation des délivrances lors des 2 premières semaines de confinement suivie d'une baisse relative des délivrances sur ordonnance en pharmacie jusqu'à la première semaine de post-confinement. Dans cette étude, lors des deux premières semaines de confinement, la prescription d'antidépresseurs augmente de 19.6%, celle d'anxiolytiques de 18.6% et celle d'hypnotiques de 11.8%. Au fur et à mesure que le confinement s'est prolongé, le taux de prescriptions a diminué pour ces trois catégories (91).

Cela peut avoir de multiples causes : soit parce que les patients avaient fait le nécessaire lors des premières semaines et disposaient de leurs ordonnances pour toute la durée du confinement, soit parce ces derniers ont présenté moins de symptômes au cours du confinement nécessitant l'usage d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques.

Il semble tout de même difficile de savoir ce qui a majoritairement influencé ce résultat.

Est-ce plutôt l'accès aux soins qui a empêché les modifications et augmentations de traitement ? On aurait pu supposer que les conséquences sur la santé mentale auraient été plus importantes si l'accès aux soins avait été entravé : cela aurait conduit de façon plus significative à une détresse psychique et à des consultations en urgence voire des hospitalisations.

On peut également faire la supposition suivante : est-ce la capacité des patients à ne pas faire preuve de mésusage des thérapeutiques anxiolytiques qui leur a permis de tenir en temps de confinement ?

6.3 Analyse des résultats après le confinement

6.3.1 Anxiété

Après la levée du confinement le 11 Mai 2020, on a observé un recul net de la progression de la pandémie durant l'été 2020. Nous nous intéressons maintenant à cette période dite de « déconfinement », avant le 29 octobre 2020 où une 2^{ème} vague a entraîné un second confinement que nous n'avons pas étudié ici.

A la lecture des résultats de notre étude, l'anxiété augmente légèrement après les mois qui ont suivi le déconfinement, ce symptôme ayant concerné 85.7% de la population. Les revues de la littérature s'accordent sur cet état d'anxiété prolongée dans la population générale jusqu'à 6 mois après la fin du confinement (45). L'étude française menée par Tourette-Turgis montre que les personnes présentant une fragilité mentale avant une période de quarantaine, maintiennent de l'anxiété et de la colère 4 à 6 mois après la fin de celle-ci (92). Des hypothèses concernant cette augmentation de l'anxiété peuvent être avancées pour la population gérontopsychiatrique. On peut suggérer le désinvestissement progressif des aidants familiaux, souvent épuisés, qui ont pu se faire relayer par les associations de bénévoles, les organismes professionnels d'aide à domicile qui ont repris leur activité de façon partielle.

Bien que le confinement ait été levé en Mai 2020, des mesures restrictives ont persisté, telles que le port du masque, la fermeture des grandes salles de spectacle, la limitation des nombres de participants aux événements sociaux, la distanciation sociale, l'interdiction des

déplacements au-delà de 100km. Ces mesures toujours présentes n'ont pas permis de revenir à une « vie d'avant », sans Covid 19.

L'absence d'une thérapie efficace et généralisable a pu contribuer au départ à l'exacerbation d'un trouble anxieux chez les patients. L'évocation d'un vaccin futur, attendu par certains ou redouté par d'autres, peut en effet soulever d'autres craintes comme son coût, son innocuité et son efficacité. Les personnes âgées, en raison d'une immunité plus faible, peuvent réagir plus gravement à une thérapeutique immunologique, comme pourrait l'être n'importe quelle innovation thérapeutique d'une maladie nouvelle.

Les conséquences d'une anxiété prolongée sont sur le long terme un risque accru de décès par maladie cardiovasculaire et de cancer (93), mais aussi un mésusage des psychotropes, la pérennisation de conduites addictives. On peut dès lors émettre l'hypothèse que, deux ans après cette crise sanitaire, la période pandémique actuelle n'a pas encore délivré tous ses résultats en termes de conséquences sur la santé des patients suivis en gérontopsychiatrie. Il serait intéressant de faire une étude rétrospective à plus long terme afin de confirmer ou non les craintes énoncées par les différentes revues de la littérature.

6.3.2 Santé mentale, vécu du confinement et isolement

Nous observons dans notre étude que 34,9% de patients sont concernés par une aggravation de leur santé mentale. Cela représente une augmentation relative de 29% par rapport à la période de confinement. Nos résultats montrent également que 20,7% ont une meilleure santé mentale qu'auparavant, contre 15,9% pendant le confinement.

La littérature scientifique insiste sur les conséquences induites par le confinement sur le plan psychique, des mois après un épisode d'enfermement prolongé (45,92). Lors de notre revue de la littérature, nous avons constaté que la publication d'articles concernant la période du

confinement dépasse le nombre d'articles traitant de « l'après-confinement ». Pourtant, les dépressions différées, c'est-à-dire l'apparition de symptômes dépressifs jusqu'à plusieurs mois suivant l'événement en question, sont à prendre au sérieux (94). Ce phénomène a auparavant été observé lors de la première épidémie à Sars-Cov-1, où 15,6 % des « survivants » du SARS à 30 mois de l'épidémie en Chine ont présenté une dépression (95). Le recouvrement partiel des libertés individuelles et collectives, en raison du maintien des mesures restrictives citées précédemment, a hypothétiquement contribué à aggraver la santé mentale chez les patients de notre étude. Les consultations chez le médecin généraliste ont, pendant le déconfinement, moins concerné les symptômes somatiques liés au Covid-19 que les symptômes anxio-dépressifs induits par le confinement (96). Le vécu d'isolement concerne un tiers des patients après le confinement, contre 30.2% pendant le confinement. Nos patients âgés ont donc encore ressenti cet état d'isolement bien que les mesures aient été allégées.

Les chiffres sont en accord avec la problématique de santé publique concernant l'isolement de la personne âgée. Dans des conditions exceptionnelles comme la crise sanitaire, des mesures contre l'isolement se sont mises en place naturellement : aide pour les courses, appels aux aînés fragiles. Cette période a révélé la vulnérabilité de la personne âgée dans la société, mais le maintien de ce sentiment d'isolement au cours des mois qui ont suivi témoigne des efforts constants dans le domaine de l'intégration sociale et collective que doit produire la société pour ses aînés.

Les mesures restrictives, dans une volonté de préservation de la santé physique, ont comme effets adverses de renforcer le sentiment d'isolement que vivent les patients âgés (53). Ces

résultats sont le reflet d'un état précaire que vivent les patients âgés psychiatriques ainsi que leurs proches (84).

6.3.3 Trouble des fonctions instinctuelles

6.3.3.1 Appétit et poids

Nos résultats montrent qu'un tiers des patients est concerné par des troubles de l'appétit et du poids, contre 22,2% pendant le confinement. Cela représente une augmentation relative de 50% des patients concernés.

Les hypothèses que l'on peut avancer pour expliquer ce phénomène d'accentuation des troubles de l'appétit et du poids lors du déconfinement sont multiples : habitude à un régime alimentaire modifié et axé sur le grignotage, effet de « relâchement », réouverture progressive des brasseries et restaurants, période estivale, pathologies somatiques et psychiatriques décompensées, augmentation des psychotropes remaniant le métabolisme cardiovasculaire, anxiété persistante et ce qu'elle implique sur l'alimentation (72).

6.3.3.2 Sommeil

Concernant le sommeil, 39.5% des patients sont concernés par des troubles du sommeil, contre 30.2% pendant et avant le confinement.

Cette aggravation du sommeil à l'heure du déconfinement a peu été étudiée. Nous pouvons cependant émettre des hypothèses : le retour d'un environnement sonore plus bruyant, les ruminations anxieuses persistantes, la période estivale avec les plus grandes difficultés d'endormissement en lien avec les hausses de température, la crainte d'une « deuxième vague ». On pourrait suggérer que le sommeil avait été paradoxalement de meilleure qualité pendant le confinement, et qu'il est tout simplement revenu à son état de base voire moins

bon, après ce dernier.

6.3.3.3 Activités

La pratique des activités a concerné 63.5% des patients, contre 68.2% auparavant. Les patients ont appauvri leurs activités au sortir du confinement plutôt que pendant.

Être dans l'incapacité de se déplacer aisément, avec ou sans mesures restrictives, ne provoque pas un changement brutal de leur quotidien. Généralement, notre type de population, à fortiori quand elle bénéficie d'un suivi gérontopsychiatrique, voyage moins, participe à moins d'activités en extérieur ou chez elles. Cela peut s'expliquer soit de par leur pathologie pouvant rendre les interactions sociales plus délicates, soit en raison de la nécessité de bénéficier d'un traitement régulier, injectable ou non, sécurisé ou non. En outre, leurs troubles neurosensoriels rendent plus difficile le déplacement extérieur et la pratique d'activités physiques et culturelles.

L'après-confinement ne s'est pas soldé par une réouverture complète des différents clubs et associations auxquels les patients gérontopsychiatriques s'adonnaient. Il faut donc nuancer cette période qui serait la continuité des 6 semaines d'isolement.

Ces résultats peuvent être lus en parallèle du sentiment d'isolement qui a augmenté légèrement post-confinement comme l'appauvrissement des activités. Les activités des personnes âgées ne nécessitent pas forcément de déplacement et n'empêchent donc pas toujours l'isolement. Les activités peuvent venir aux personnes âgées, et sont de différentes natures : les petits-enfants desquels s'occuper, les proches avec lesquels s'entretenir, les

hommes et dames de compagnie avec lesquels se divertir. C'est donc par une action double, au moyen d'interventions sociales et associatives, que peuvent se voir des résultats positifs dans le domaine de l'occupationnel et de la lutte contre l'isolement.

6.3.3.4 Hospitalisation et décès

Concernant nos résultats, on a pu constater que 57,1% des patients de l'étude, soit 37 patients, sont restés à domicile. Parmi les 26 patients ayant quitté leur domicile, 24 ont été hospitalisés, dont 15 en unité de gérontopsychiatrie. Parmi les 15 patients, 3 ont été réadmis à l'HJPAA de Rouffach. Les 4 patients qui ont été institutionnalisés l'ont été au décours d'une hospitalisation.

Cette augmentation notable des hospitalisations pourrait s'expliquer par la fin de la « contenance » de la population pendant le confinement. Une partie d'entre eux, souffrant de diverses plaintes, a dû patienter pour obtenir une hospitalisation, soit par crainte, soit par obligation. La temporisation durant le confinement était de mise au vu de la surcharge des structures hospitalières. On peut également supposer que les patients gérontopsychiatriques se sont fragilisés durant le confinement, jusqu'à dépasser leurs capacités d'adaptation et qu'ils ont décompensé une fois les mesures levées. Ils ont tenu durant le confinement, sans même exprimer de nécessité d'hospitalisation durant cette période, mais nous avons l'impression qu'ils se sont « relâchés » au moment du déconfinement, de façon presque inconsciente.

Cependant, il peut aussi s'agir tout simplement d'un paramètre aléatoire concernant les hospitalisations en services de soins somatiques : la diminution de l'incidence du Covid 19 a permis de facto une levée de la réquisition de lits en service de médecine et ainsi pu

permettre l'admission de patients pour la prise en charge d'autres pathologies notamment psychiatriques. Dans les suites du confinement, l'unité de gérontopsychiatrie 9/1 du CHS de Rouffach a dû remanier son fonctionnement habituel. Les chambres sont devenues individuelles pour des raisons de sécurité et d'isolement possible et le nombre de lits est passé de 21 à 15 places. A l'heure actuelle, ce nombre est inchangé, ce qui permet un travail de meilleure qualité et donc une rotation plus rapide.

A titre de comparaison, entre Novembre 2021 et Avril 2022, six patients suivis à l'HJPAA ont dû être hospitalisés en psychiatrie, et 3 patients ont été hospitalisés en service de médecine. Ces chiffres sont inférieurs à ceux observés lors de l'après-confinement.

6.3.3.5 Traitements et ajustements des prescriptions de psychotropes

Les résultats de notre étude ont montré que 42,9% des patients ont vu leurs ordonnances être renforcées ou modifiées sensiblement. Seuls 2 patients parmi les 63 de notre étude ont eu un allègement de leur prescription. Pour ces deux patients, le changement radical de traitement avait été opéré avant le confinement.

L'apparente préservation de l'état clinique des patients suivis à l'HJPAA a progressivement cédé au fil des mois, pour des raisons à la fois cliniques mais aussi organisationnelles, car un certain nombre de patients a préféré reporter leur réadmission en hôpital de jour, prioriser leurs rendez-vous de médecine somatique, voire arrêter leur prise en charge en raison du virus circulant.

Les soignants ont dû aussi se réorganiser, ajuster leurs locaux, les temps de prise en charge, générant ainsi une multitude de facteurs de risque pour la dégradation psychique des patients de gérontopsychiatrie (97).

Nous ne pouvons pas affirmer que l'augmentation des traitements post confinement est à mettre en lien avec une aggravation de leur santé mentale, car d'autres facteurs sont entrés en jeu. Nous pouvons penser à l'accès à des médecins pouvant plus facilement modifier leurs prescriptions, l'accès aux pharmacies, la volonté des patients de changer leur traitement plus aisément au sortir du confinement que pendant. Concernant les professionnels de santé, l'inquiétude était moins grande à effectuer des changements de prescriptions avec la possibilité d'une surveillance plus régulière, qu'elle soit ambulatoire ou intra-hospitalière pour des médicaments le nécessitant.

6.4 Vécu des patients.

Nous nous intéressons maintenant au ressenti des patients interrogés lors des entretiens semi-dirigés réalisés en mars 2022.

Avant le confinement, le moral était décrit comme correct. A l'instar de la population générale, ils recevaient des informations concernant l'arrivée inéluctable de la pandémie en France. Aucun patient n'évoque un ressenti d'appréhension, de crainte par rapport à l'arrivée du virus en France. Bien qu'informés de la situation sanitaire, les patients interrogés semblent ne pas avoir été soumis au stress de l'arrivée du Coronavirus sur le territoire français.

Dans un travail similaire de questionnaire organisé par l'association OLD'UP sur près de 5385 patients âgés, près de deux tiers des personnes âgées en population générale interrogées ont perçu le Covid-19 comme un danger grave, et 25% comme un danger modéré (98).

On peut expliquer cette différence de perception par le fait que la préoccupation majeure de nos patients était leur santé mentale et que celle-ci a sursis à la crainte liée à la pandémie.

Pendant les six semaines de confinement, nos patients semblent avoir été moins impactés par la pandémie que par leur propre maladie psychiatrique. Ils ont certes bénéficié des appels téléphoniques, mais ne s'en souviennent pas pour la plupart.

L'impact du confinement chez nos patients est proche de celui des personnes âgées interrogées par l'association Old'Up, où 73% des patients n'ont pas rencontré de difficultés liées au confinement. Les patients interrogés prenaient par leur initiative des nouvelles des proches, et se sont vus acteurs d'une solidarité plutôt que seuls bénéficiaires.

Une patiente de notre étude (patiente E4) évoque avoir été en « temps de guerre », mot employé à de nombreuses reprises par le Président de la République lors de son allocution. La guerre pour la population gérontopsychiatrique actuelle est un terme qui fait davantage écho à leur vie personnelle qu'à celle des populations plus jeunes. Les trois guerres les plus récentes correspondent pour la majorité d'entre eux à une période de leur enfance ou leur adolescence, comme la Seconde Guerre Mondiale, les guerres d'Indochine et d'Algérie. La société a peut-être à tort attribué des fragilités à une population ayant déjà été soumise à des situations traumatisantes mettant la nation à rude épreuve. Nos patients gérontopsychiatriques seraient donc plus résilients qu'on ne le pense. La fragilité dans certains domaines de la psychiatrie de la personne âgée comme l'humeur, les capacités cognitives, les troubles du comportement, ne signifie pas faiblesse dans d'autres champs comme ceux portant sur les traumatismes ou l'exposition à un facteur de stress chronique. Les facteurs de vulnérabilité au stress, mesurés par l'Impact of Event Scale dans sa version révisée (IES-R), ont mis en évidence comme facteurs sociodémographiques les femmes, les jeunes ≤ 40 ans, le chômage et le statut d'étudiant (99). Aucun de nos patients n'a souffert des conditions d'isolement au point de décompenser sa maladie psychiatrique. Leur

quotidien, pour ceux ayant été confinés à domicile, s'articulait autour des courses, des nouvelles des proches, et des activités diverses dans le foyer. Cette population âgée et en suivi psychiatrique n'a pas eu seulement le rôle de bénéficiaire de la solidarité, mais s'en est aussi montrée actrice (98).

Après le confinement, et sur les mois qui ont suivi, on observe surtout une lassitude quant à ce statu quo sanitaire : finalement, ce sont les soucis mineurs générés au quotidien qui reviennent le plus souvent. Nos patients se plaignent volontiers du port du masque, des sorties extérieures limitées, des multiples doses de vaccin, de leur santé inchangée, et ce n'est pas le potentiel danger viral qui est au cœur de leurs préoccupations. On observe un déplacement des craintes vers une autre situation inquiétante, en l'occurrence le conflit russo-ukrainien qui sévit à partir du printemps 2022. La pandémie semble alors n'être pour nos patients qu'un énième évènement marquant dans leur chemin de vie.

L'association OLD'UP a estimé que 58% des patients sont confiants dans l'avenir post-crise, mettant en avant la solidarité, la bienveillance et l'entraide dont a fait preuve la société. Ils se veulent plus prudents concernant l'avenir sur le plan international, avec la crainte de la fermeture des frontières, la restriction des libertés, la récession économique, ce qui est en accord avec les propos recueillis lors de nos entretiens semi-dirigés.

Le peu de contenu en rapport direct avec la pandémie tend à étayer cet argument du faible impact sur le vécu des patients interrogés. On aurait pu s'attendre à plus de proximité pour un évènement qui était au centre des préoccupations générales. Les patients interrogés ont partagé comme point commun le fait d'avoir peu disserté sur le sujet (37). Dans notre étude, globalement, le vécu exprimé par les patients est proche de celui recueilli par l'association

OLD'UP sur tout le territoire français. Ainsi, notre population gérontopsychiatrique a un vécu similaire à celle d'une population gériatrique générale.

6.5 Les aspects positifs du confinement chez la personne âgée

Les discrètes modifications du quotidien des patients et de leur santé mentale ne sauraient être attribuées qu'à un seul paramètre. La continuité des soins est un pilier fondamental dans la prise en charge psychiatrique de tout individu, et encore plus chez la personne âgée psychiatrique pour les nombreux facteurs de risque cités précédemment.

Lorsque l'alerte sanitaire a été donnée, chacun s'est retrouvé dans la situation que vivent au quotidien bon nombre de patients âgés psychiatriques. La problématique de l'isolement, de la difficulté d'accès aux soins a concerné l'ensemble du territoire. Il devenait évident qu'il fallait apporter une solution généralisée, qui par extension a résolu, de manière temporaire, la question de l'accès aux soins chez la personne âgée psychiatrique. Le bénéfice du confinement chez la personne âgée psychiatrique demeure dans la pleine conscience des difficultés que subit cette tranche de la population. Un précédent travail de thèse souligne les difficultés des adolescents à se confronter à un état d'isolement prolongé et de restriction des activités, quand bien même ils ont accès à des technologies leur permettant de rester en contact avec leurs pairs (82), tandis que les personnes âgées y ont, elles, trouvé leur compte en continuant de s'occuper de leurs maisons, de leurs jardins, et poursuivaient leurs activités ne nécessitant pas d'aller à l'extérieur.

Finalement, à cette période de l'existence où l'on tend vers une décharge de responsabilités, professionnelle avec la retraite, familiale avec l'indépendance des enfants, personnelle avec les aides et les services, la personne âgée a acquis une fonction nouvelle, une prise de

responsabilités et a pu faire prévaloir sa place dans un quotidien remanié. Comme dit précédemment, la personne âgée a su être actrice lors du confinement.

Quelques souvenirs de leur enfance, du « bon temps », ont refait surface le temps du confinement : reviviscence d'une période heureuse où « y'avait pas toutes ces voitures » (patient E3), les déplacements cantonnés à leur lieu de vie, ont permis peut-être à ces personnes âgées psychiatriques de renouer avec leurs traditions (aller au marché, côtoyer ou vivre avec sa famille au quotidien), ou du moins de se sentir plus en phase avec la civilisation d'aujourd'hui. Pour autant, cette vision euphémisée du confinement ne doit pas faire oublier les difficultés traversées par la population gérontopsychiatrique lors de cette période qui reste globalement un bouleversement.

6.6 Perspectives d'amélioration

Bien qu'il ait été montré précédemment que la population gérontopsychiatrique constitue une cible privilégiée face au Covid-19, que ce soit sur le plan médical et social, il n'en demeure pas moins que les mesures sanitaires associées, c'est à dire la levée partielle des mesures a eu un effet retard sur la symptomatologie psychiatrique des patients observés au sein de l'hôpital de jour de Rouffach.

Visites à domiciles accrues, demandes d'hospitalisation de jour plus importantes, moyens limités pour accueillir la demande et crainte des patients pour revenir à l'HJPAA, sont autant d'éléments illustrant les conséquences du Covid-19. Le réaménagement des lieux de soin est encore d'actualité, et les modifications dues au déconfinement se vivent au quotidien au sein des structures ambulatoires. Certains enseignements ont été tirés de cette pandémie, avec le respect des gestes barrières, l'éducation en termes de santé publique, mais aussi sur

le plan social afin de lutter de manière plus active contre l'isolement dont souffrent des millions de sujets âgés d'autant plus s'ils souffrent de pathologies psychiatriques.

Il serait intéressant de réfléchir aux perspectives d'avenir concernant la population gérontopsychiatrique, afin d'être davantage préparé à d'éventuelles futures crises. A l'heure actuelle, plusieurs vagues pandémiques liées au Sars-Cov-2 sont à déplorer malgré la vaccination massive instaurée par l'Etat et la poursuite des mesures sanitaires. La prévention primaire est donc indispensable au vu de la variabilité virale du Coronavirus.

6.6.1 Une densification de l'offre en équipe mobile de gérontopsychiatrie

L'HJPAA de Rouffach comporte dans son organisation l'EMPAA. Elle se compose d'un binôme le plus souvent médico-infirmier, mais peut être aussi médico-psychologique en fonction de la demande. Elle intervient au domicile des patients, à la demande des proches, du médecin traitant, ou d'organismes médico-sociaux comme la MAIA. Les visites à domicile dans le cadre de l'EMPAA sont une plate-forme d'échange, de réévaluation au plus près de la personne, c'est-à-dire à son domicile. Nous pouvons alors, d'un regard professionnel, se rendre compte de l'environnement réel dans lequel vit le patient : comment il se gère, se nourrit, se déplace. L'observation clinique du patient à domicile permet plus facilement de l'intégrer dans le circuit du soin de secteur, soit par la répétition de visites à domicile, soit par une potentielle admission en HJPAA, soit pour une évaluation médicopsychologique dans le cadre de bilans mémoire.

Les visites à domicile présentent l'avantage de ne pas faire recourir les personnes à faible autonomie à des déplacements contraignants. Elles permettent en outre d'intégrer l'environnement du patient au sein de sa prise en charge. L'inconvénient principal est une mobilisation importante en termes de personnel, pour un temps limité hors de la structure

de soins principale et le coût que cela engendre. Elle ne permet qu'une évaluation brève sur un moment donné, avec des éléments cliniques rapportés par la famille et parfois non observés lors de l'entretien, sachant que bien souvent, la symptomatologie d'un patient âgé présente des fluctuations qu'il est pertinent d'observer en continu dans une structure de soin adéquate.

Pendant la crise sanitaire, l'EMPAA a été paralysée en raison de la distanciation sociale, et a par la suite constaté une augmentation massive des demandes d'interventions à domicile suite à la levée des limites imposées. Cet afflux de demandes allait au-delà du fonctionnement normal de l'équipe mobile. En ce qui concerne les patients déjà dans le circuit psychiatrique, l'EMPAA aurait pu au cours du confinement généraliser ses visites sans se restreindre aux cas critiques et ainsi délivrer plus facilement des ordonnances, faire des ateliers individualisés et compatibles avec les gestes barrières, en somme, continuer dans la mesure du possible l'activité de l'HJPAA, à domicile.

Nous avons pu observer que les patients suivis à l'HJPAA avaient été en majorité aidés par leurs proches ou avaient reçu des appels de la structure. Pour une partie d'entre eux, ils avaient été admis à l'HJPAA pour des symptômes proches de ceux générés par les effets indirects du Coronavirus. Ces patients semblent avoir été ceux ayant bénéficié du plus de moyens médico-sociaux.

En revanche, pour les personnes âgées sans antécédent de suivi, elles n'ont pas bénéficié d'appels téléphoniques de structures de soin, et ont eu un accès beaucoup plus difficile à des équipes mobiles de gérontopsychiatrie.

L'utilité de l'EMPAA est aussi et surtout une action de dépistage et de diagnostic précoce de patients en situation de dépendance et de fragilité mentale. Un développement plus

important de l'EMPAA et des structures partenaires avant la crise sanitaire aurait éventuellement pu permettre une action plus vaste pendant le confinement, et ainsi prévenir l'afflux de demandes conséquentiel qui en a découlé. L'augmentation de la prescription d'anxiolytiques, d'hypnotiques, d'antidépresseurs après le confinement (91), des hospitalisations, observées chez les patients de l'HJPAA, sont généralisables à l'ensemble de la population âgée psychiatrique, et aurait pu potentiellement être diminuée grâce à une densification de l'offre en équipe mobile de gérontopsychiatrie.

6.6.2 La télémédecine en psychiatrie de la personne âgée

Les outils technologiques sont utilisés dans le domaine médical pour la prescription, la télétransmission, la délivrance des traitements et même les interventions médico-chirurgicales. De nombreux moyens sont mis en œuvre pour faciliter la compréhension des nouvelles technologies aux personnes âgées. Des ateliers sont mis en place pour permettre aux aînés de se familiariser avec l'informatique et Internet (100). La distanciation sociale a été l'occasion de promouvoir la télémédecine et plus précisément le domaine des téléconsultations, ou consultations virtuelles (90).

Certains psychiatres de l'hôpital de Rouffach ont effectué des consultations virtuelles pour des patients résidant en EHPAD. Cliniquement parlant, la téléconsultation présente de nombreux avantages. Il permet d'observer le patient tout en respectant la distanciation sociale, et cela est d'autant plus appréciable pour l'examen psychiatrique, où les gestes, les expressions faciales, la prosodie est difficile voire impossible à analyser par téléphone. L'avantage d'une consultation psychiatrique virtuelle réside aussi dans le peu de gestes cliniques à réaliser par un psychiatre. Cependant, la notion de distanciation émotionnelle est à prendre en compte : en effet, l'expression du patient peut différer selon la proximité

physique de son interlocuteur, et cela peut avoir son importance au cours d'un entretien en psychiatrie. Le côté virtuel de l'entretien peut être rebutant pour certains, et nuire à la qualité de l'examen psychiatrique. Le gain de temps et la plus grande disponibilité du psychiatre permettent un allègement du budget alloué à la santé en raison de la réduction des déplacements et des délais de consultation (101).

La réflexion de la télémédecine ici se fait par rapport à des patients de gérontopsychiatrie, qui ont un accès aux soins plus difficile que la population générale. Si l'on peut garantir la meilleure consultation possible pour des patients dont l'autonomie est plus difficile, alors on se doit à travers les nouvelles technologies d'apporter la meilleure accessibilité avec l'aide d'une technologie moderne, facile d'utilisation.

Le fait d'avoir procédé aux appels téléphoniques au lieu de téléconsultations témoigne d'une difficulté rencontrée par les hôpitaux à moderniser leurs outils de communication afin de garantir un meilleur confort de soin.

La télémédecine permet de repenser la façon de pratiquer les consultations en psychiatrie et par extension en médecine générale, là où la part des téléconsultations se veut grandissante avec près de 75% des médecins généralistes ayant mis en place cette pratique après la première vague, contre 5% avant (102).

Cela incite toutefois à la prudence, car la population gérontopsychiatrique peut être limitée sur le plan financier et organisationnel, et la télémédecine nécessite de l'équipement, de l'apprentissage. Cela peut être un obstacle pour des patients ayant connu de nombreux changements sur le plan technologique, et ayant gardé finalement leurs habitudes d'antan, c'est-à-dire le téléphone comme outil de communication. Simplement, la population de 2050 ne sera pas la même que celle de 2020, et les avancées en matière de télémédecine ont pour

objectif de s'aligner à la population actuelle et à ses connaissances en matière de nouvelles technologies.

6.6.3 Aide aux aidants

Le maintien des patients à domicile pendant le confinement peut s'expliquer par le rôle prépondérant des aidants. En France, ils représentent 8,3 millions de personnes (103).

L'aidant au sens large peut être représenté par un membre de la famille le plus souvent, un ami, un voisin ou un organisme.

A la lecture de nos résultats, la grande majorité des patients de l'HJPAA a pu compter sur les aidants pour les actes de la vie quotidienne. Les organismes d'aides à domicile étant pour la plupart paralysés par la crise, le rôle d'aidants a concerné davantage les proches. Ces derniers ont partagé les mêmes contraintes liées au confinement et ont tenté dans la mesure du possible de répondre de façon adéquate aux besoins de leurs aînés.

Cependant, cette charge mentale supplémentaire a pu fragiliser la santé mentale des aidants. Au cours du déconfinement, on a constaté une augmentation de la délivrance d'anxiolytiques et d'hypnotiques au sein de la population générale, et une diminution de la délivrance de substituts nicotiniques que l'on peut hypothétiquement corrélérer à une reprise de la consommation de tabac. Ce recours médicamenteux témoigne d'une détresse s'étendant au-delà des patients pris en charge en gérontopsychiatrie.

L'HJPAA de Rouffach s'est munie d'une structure d'aide aux aidants d'un proche âgé dépendant (ADAGE), dont la coordination est faite par une psychologue. Les actions de cette structure sont un accompagnement adapté à chaque situation afin de prévenir l'épuisement de l'aidant. Elle s'articule autour de différentes propositions telles que des entretiens individuels de soutien auprès d'un psychologue, des interventions à domicile auprès

d'aidants, des groupes de parole spécifiques aux problématiques rencontrées, et un groupe d'information pour la compréhension de pathologies psychiatriques ou neurodégénératives.

Ses avantages sont multiples : elle permet de prendre en compte le rôle de l'accompagnement dans la préservation de la santé mentale d'un patient en gérontopsychiatrie. En considérant l'aidant comme partie intégrante du soin, elle lui permet de disposer d'une plate-forme d'écoute, de soutien et de guidance. Cela ne garantit pas forcément la stabilité clinique ou le maintien à domicile, mais y contribue. Le fait de rassembler des aidants partageant les mêmes difficultés stimule l'effet d'appartenance à un groupe présentant des points communs, et cela permet de réduire le sentiment d'impuissance et d'isolement face à la pathologie rencontrée. Elle ne se soustrait pas au rôle du médecin généraliste et du psychiatre, ne permet pas la délivrance de médicaments, et permet ainsi de jouer pleinement son rôle psychothérapeutique de soutien.

La participation d'un proche à ADAGE peut présenter le désavantage de culpabiliser le patient, lorsqu'il constate qu'il génère un épuisement familial et un recours à cette « aide à l'aidant ». L'effet de groupe peut avoir un effet inhibant plutôt que cathartique, anxiogène par le fait de dévoiler ses difficultés à d'autres individus qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale. Pour certains, il n'est pas thérapeutique d'avoir connaissance des difficultés d'autrui.

Pendant le confinement, les 6 séances bisannuelles d'information Adage pendant la crise sanitaire ont été supprimées, la 1ère séance ayant eu lieu le 27 février 2020. Le programme a repris en automne 2021, soit bien après le déconfinement. On aurait pu supposer que l'épuisement familial serait maximal compte tenu de la nécessité d'aides pour les personnes âgées dépendantes. L'impossibilité de réunir physiquement les aidants autour de groupes de

discussions, ou bien d'intervenir au domicile, rejoint les pistes de réflexion citées précédemment. En effet, la mise à disposition d'outils technologiques comme les téléconférences auraient permis d'éviter la suspension temporaire du groupe d'aide. Le Coronavirus a fortement mis en évidence la difficulté du système de soins lorsque la proximité physique devient quasiment impossible.

6.6.4 Renforcer le soin ambulatoire

Au printemps 2022, l'HJPAA n'a toujours pas recouvré l'intégralité de son fonctionnement. Malgré un nombre de patients accueillis en 2021 et 2022 similaire à celui de 2019, leur activité est maintenant restreinte à des créneaux d'une demi-journée par semaine, avec un maximum de 8 personnes par demie-journée. Le port du masque est obligatoire, la distanciation sociale maintenue et certaines activités ont été suspendues. Néanmoins, les temps de repas ont été réinstaurés, ainsi que les activités de plein air. Les patients ne sont plus réticents à venir à l'HJPAA contrairement à ce qui avait été observé.

Cela fait bientôt deux ans que l'équipe de l'HJPAA ne bénéficie pas de tous les moyens pour garantir la prise en charge la plus efficiente possible. Les moyens mis en œuvre sont une réévaluation médicale renforcée, un recours aux visites à domicile plus intense, des appels téléphoniques plus fréquents, et enfin une augmentation des temps de prise en charge allant parfois jusqu'à 3 demies-journées par semaine pour un seul patient : cela a pour conséquence une augmentation des demandes constatée par les équipes mobiles et les soignants en liaison dans les EHPAD. Le nombre de nouveaux patients accueillis en 2021, en forte augmentation par rapport à 2020, est aussi la résultante de la sollicitation croissante de ces équipes. Cela montre en effet l'importance capitale du soin ambulatoire, aussi bien en CMP qu'en HJPAA pour des patients dont le maintien à domicile reste précaire.

L'HJPAA s'inscrit dans le quotidien du patient, au moyen d'une activité, d'un temps social, d'un temps de partage. Le soin en ambulatoire organisé autour notamment de CMP et d'HDJ gérontopsychiatriques, fait partie intégrante de la prise en charge et a pu démontrer son utilité malgré sa fermeture pendant le printemps 2020.

Les moyens pour faire face à la fermeture des structures ont mis en avant une capacité importante d'adaptabilité des soignants pour pallier à l'absence de suivi habituel.

L'hospitalisation ou l'institutionnalisation comme recours face à des situations psychiatriques fragiles, ne laisse pas la possibilité aux structures ambulatoires de montrer tout leur potentiel en matière de soin psychiatrique et médico-social.

Cette réflexion est à étendre pour une population générale qui n'a pas pu bénéficier d'un suivi par appel téléphonique ou de visites à domicile exceptionnelles : adopter une stratégie de prise en charge ambulatoire pourrait être une voie de recours plus fréquemment utilisée au vu de la difficulté actuelle concernant les places d'hospitalisation et en institution, mais cela nécessite que les hôpitaux de jour ou toute autre structure ambulatoire soit mises en avant , et de nombreuses actions sont faites dans ce sens, et notamment au centre hospitalier de Rouffach où le pôle LTD s'est garni aux fils des ans de structures répondant à une demande croissante de soins gérontopsychiatriques et même psychiatriques généraux.

6.6.5 Le suivi psychologique des soignants

La pandémie à Covid-19 a impacté la vie des patients de gérontopsychiatrie, mais aussi les soignants qui, en plus de leurs proches, ont effectué un travail de soutien et d'aide psychologique et psychiatrique dans le cadre de leur mission. Tandis que les autres secteurs ont suspendu leurs activités, les professionnels de santé sont restés opérationnels sur le territoire français. De nombreux soignants, étudiants en médecine ou médecins ont été

affectés dans les services de soins intensifs et de réanimation, sans les compétences adéquates (104). Au sein des EHPAD, l'expérience du confinement partagée avec les patients a représenté un événement bouleversant pour les équipes, du fait de microtraumatismes ainsi que d'un épuisement physique et moral (105).

Leur détresse face à la catastrophe sanitaire vécue in situ a pu être entendue au travers d'une plateforme d'appels téléphoniques. Dans le Haut-Rhin, une ligne d'écoute appelée COVIPSY 68 était spécialement dédiée aux soignants. Des salles de pause et de soutien psychologique ont été mises à disposition des professionnels de santé, doublement touchés par le contexte sanitaire. L'objectif de ces dispositifs était de prévenir les cas de détresse post-traumatique, les syndromes anxio-dépressifs et les tentatives de suicide parfois liées à la peur de contaminer les proches en rentrant du travail. Une méta-analyse réalisée par Malvaldi a souligné l'importance du stress post-traumatique rencontré par les soignants, où l'on observe que 20,2 % de soignants ont eu des symptômes de stress post-traumatique significatifs entre février et mai 2020 (106). À l'instar de précédentes pandémies, les soignants ayant contracté la Covid-19 étaient significativement plus touchés par des symptômes de stress, d'anxiété, d'hypervigilance et d'évitement. Les facteurs retrouvés dans le développement d'un stress post traumatique sont l'exposition à des décès brutaux et/ou répétés et/ou concernant des collègues, le manque d'informations et de moyens, la crainte de l'exposition virale, le manque de matériel de protection, la crainte de l'incompétence si le soignant était redéployé dans une autre unité, l'imprévisibilité du lendemain, la surcharge de travail, le questionnement quant à la fin de la crise et la nécessité de « trier » les patients qui expose au sentiment d'impuissance et de culpabilité (99,107).

La plupart des soignants n'a pas eu recours à ce dispositif. Certains affirment qu'ils ont minimisé leur souffrance psychique, qu'ils n'ont pas jugé leur santé mentale pertinente compte tenu de l'état d'urgence sanitaire auquel ils faisaient face. D'autres souhaitaient un temps de décompression hors de l'hôpital et avec leurs proches. Ils ont notamment eu la crainte d'être arrêtés en raison d'un état mental fragile, et ne voulaient pas avoir l'impression d'abandonner leurs collègues restés en première ligne (104).

Le soutien psychologique des soignants et des psychiatres, au travers des différents dispositifs cités précédemment, a certainement permis le maintien d'une résilience face à la pandémie. Cependant, le risque de stress post-traumatique témoigne de l'importance de continuer le suivi des mois après l'événement pourvoyeur de stress.

Conclusion

Le confinement lié à la pandémie à Covid-19 a eu lieu il y a plus de deux ans. Il s'agit de la plus grande catastrophe sanitaire que le monde ait connu depuis un siècle. Au cours du XXe et XXIe siècles, le développement de la psychiatrie de secteur et de son pendant gérontopsychiatrique a permis d'établir un réseau de soins extra hospitalier efficace et de proximité pour les patients présentant des troubles mentaux. Cette offre croissante sur le territoire français répond à une augmentation exponentielle de la population âgée. Les objectifs des Hôpitaux De Jour gérontopsychiatriques sont de garantir un soin psychiatrique ambulatoire, de limiter l'agrégation de facteurs de risque psychiatriques, et de garantir un maintien du sujet au sein d'une communauté. Ses différentes missions ont pour but de surseoir à une hospitalisation souvent traumatisante pour le sujet âgé. La rencontre entre la pandémie à Covid-19 et ces structures de proximité est sans précédent, et a soulevé des problématiques inédites.

L'objectif de notre étude était d'observer l'impact du confinement sur la santé mentale des patients suivis à l'HJPAA de Rouffach, puis de recueillir leurs ressentis au travers d'entretiens semi-dirigés, dans le but de comparer les résultats aux revues de la littérature.

La période du confinement a été bien supportée sur le plan de la santé mentale, avec des activités globalement maintenues et une absence de recours aux soins médicamenteux et hospitaliers. Les patients ont à l'unanimité respecté les mesures gouvernementales mises en place et ont pu mettre en jeu des capacités d'adaptation face à l'isolement généralisé.

L'implication des proches et des soignants a été fondamentale dans la préservation de leur état psychique.

La période d'après-confinement a été plus difficilement vécue par les patients, avec des symptômes anxio-dépressifs plus fréquents et des troubles des fonctions instinctuelles. Les principales raisons recueillies étaient l'insécurité chronique, les mesures de distanciation sociale maintenues et les restrictions des activités de groupe. L'absence prolongée de soins médicaux et hospitaliers a eu une répercussion des mois après le déconfinement, avec une demande accrue de visites à domicile, des hospitalisations plus nombreuses et une augmentation des demandes d'admission en HJPAA. Les patients interrogés deux ans après le confinement n'ont pas gardé beaucoup de souvenirs concernant la période du confinement. Pour la plupart d'entre eux, le confinement n'a pas eu de réel impact sur leur santé mentale. La période après-confinement a été ressentie plus négativement, en raison de l'état de tension permanent auxquels ils ont été confrontés, et de l'incidence des informations en continu sur leur état psychique.

Les données recueillies à travers cette étude comparative et qualitative ont souligné l'intérêt du soin ambulatoire de secteur dans la prévention primaire et secondaire des troubles mentaux de la personne âgée. Grâce à un suivi rapproché et individualisé, à la souplesse des interventions médico-sociales en temps de crise sanitaire, et au renforcement de dispositifs comme l'aide aux aidants ou les visites à domicile, les patients de l'HJPAA de Rouffach semblent avoir traversé cette crise sanitaire plus facilement que leurs pairs. Les revues scientifiques attestaient de l'impact de cette pandémie sur la santé mentale des sujets âgés. Toutefois, les préoccupations anxieuses persistent en raison de la menace sanitaire permanente, et ce malgré l'intense politique vaccinale sur le territoire.

Il paraît primordial de poursuivre le développement du soin de secteur gérontopsychiatrique compte tenu de la demande croissante d'interventions auprès du patient

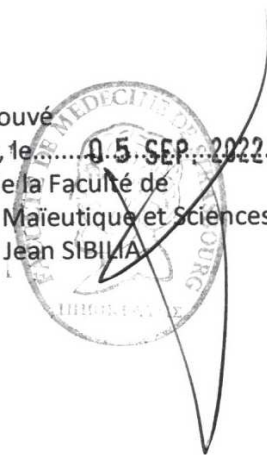
gérontopsychiatrique. Les évolutions technologiques au service du médico-social, les visites à domicile, les groupes d'aide aux aidants sont des pistes à approfondir pour garantir un soin optimal de ces patients.

Il aurait pu être pertinent de mener une enquête similaire concernant la santé mentale des soignants en EHPAD ou en unités d'hospitalisation en gérontopsychiatrie. Elle permettrait de mesurer l'impact du confinement sur des métiers ayant dû gérer le soin gériatrique et psychiatrique pendant une période où leur propre santé mentale était fragilisée. Toujours est-il que la gérontopsychiatrie se doit d'améliorer encore et toujours le soin apporté au patient, qu'il soit intra-hospitalier ou extra-hospitalier, quels que soient les obstacles rencontrés.

VU
Strasbourg, le 30/08/2022
Le président du jury de thèse
Professeur Fabrice BERNA



VU et approuvé
Strasbourg, le 05 SEP 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXE : Formulaire de consentement.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la thèse que je soutiens, j'aurais aimé recueillir votre vécu pendant la pandémie et au décours de celle-ci. J'aborderai différentes questions avec vous afin d'inclure votre témoignage, deux ans après le confinement, à mon recueil de données obtenus à travers les observations cliniques vous concernant, lorsque vous étiez suivis par l'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé de Rouffach.

Durant ce semestre, je vous ai suivi au sein de l'hôpital de jour et c'est dans cet objectif pédagogique que je souhaite recueillir vos impressions concernant cet événement si particulier.

Vous êtes libres d'accepter ou non que l'entretien que nous allons avoir puisse porter sur ce sujet.

Toute donnée sera anonymisée. Je vous donne mon adresse mail pour toute information complémentaire : mdenis@live.fr. Si vous ne disposez pas d'un ordinateur, le numéro de téléphone de l'hôpital de jour vous a été communiqué et je vous invite à communiquer au besoin.

Je soussigné, Mme. / M., donne son consentement à ce que l'entretien de ce jour puisse porter sur le thème du confinement et que cet entretien puisse être utilisé dans le cadre de la thèse soutenue par Denis MAURICE, interne en psychiatrie.

A Rouffach, le

Signature du participant

Signature de l'interne.

ANNEXE : Guide d'entretien

1. Avant le confinement
 1. Comment était votre humeur avant le confinement ?
2. Confinement
 1. Comment avez-vous vécu le confinement ?
 2. Quels étaient vos contacts sociaux durant cette période ?
 3. Quelles étaient vos ressentis concernant la pandémie en elle-même ?
 4. Comment vous occupiez-vous ?
 5. Comment étaient votre appétit et votre sommeil ?
3. Concernant l'hôpital de jour
 1. Comment avez-vous vécu la fermeture de l'HJPAA ?
 2. Comment êtes-vous resté en contact avec l'hôpital de jour pendant le confinement ?
 3. Comment avez-vous vécu la réouverture de l'HJPAA ?
4. Comment était votre humeur au sortir du confinement ?
5. Que pensez-vous du contexte sanitaire ? (Mesures gouvernementales, vaccination, dangerosité du virus ?)
6. Comment est votre humeur actuellement, à l'heure où l'épidémie est encore d'actualité ?

Bibliographie

1. Coronavirus et Covid-19 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
2. Lopez LV. Covid-19 : quand a-t-on entendu parler pour la première fois de la « mystérieuse pneumonie » de Wuhan ? [Internet]. France Inter. 2020 [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/covid-19-quand-a-t-on-entendu-parler-pour-la-premiere-fois-de-la-mysterieuse-pneumonie-de-wuhan-6242693>
3. Constitution [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
4. TABLEAUX DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE. PARIS: INSEE; 2018.
5. Dossier complet – Département du Haut-Rhin (68) | Insee [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-68>
6. Albou Ph. Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. avr 2006;6(32):45-50.
7. Dufour JF. Essai sur les opérations de l'entendement humain et sur les maladies qui les dérangent. 1770.
8. Sauvy A. Troisième Congrès international de gérontologie. Population. 1954;9(3):583-7.
9. Le choix d'une approche, le destin d'un mot, le sens d'une question : gérontopsychiatrie ou psychogériatrie ? - ScienceDirect [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1627483010000292>
10. Thomas, P. « Les enjeux de la psychogériatrie. » La revue de gériatrie 28.5 (2003): 381-3.
11. SIMEONE I. Spécificité de l'intervention psychogériatrique. Spécificité Interv Psychogériatrique. 1994;52(2035):1625-7.
12. Jaulin P. Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom. Inf Psychiatr. 2012;88(9):709-10.
13. Gestion des lits - Circulaire DHOS-02 no 2007-117 du 28 mars 2007 filière gériatrique - DHOS [Internet]. [cité 30 avr 2022]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1127-circulaire-dhos-02-no-2007-117-du-28-mars-2007-filiere-geriatrique>
14. Jarrié NH. Le secteur de psychiatrie, histoire, organisation, éthique et déontologie. :3.
15. HISTOIRE DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: https://psy-secteur-hg.asso.fr/joomlasite/index.php?option=com_content&view=article&id=189:histoire-du-secteur-psychiatrique&catid=40:evolution-de-la-psychiatrie&Itemid=79
16. Minard M. Considérations sur la psychiatrie de secteur en France. Sud/Nord. 2006;21(1):53-8.
17. 2017-064R-Tome_II_annexes.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf

18. [hj_en_france_rev_ger_2002.pdf](https://aphjpa.org/pdf/hj_en_france_rev_ger_2002.pdf) [Internet]. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: https://aphjpa.org/pdf/hj_en_france_rev_ger_2002.pdf
19. Rosenvinge HP. The role of the psychogeriatric day hospital. *Psychiatr Bull.* déc 1994;18(12):733-6.
20. Abalain-Castela C, Laurent M, Rhode E, Safouane M. L'hôpital de jour gériatrique: *Gérontologie Société.* 1 août 1997;20 / n° 80(1):157-65.
21. [fiche_parcours_fragilite_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf) [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
22. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité [Internet]. Le Conseil économique social et environnemental. [cité 23 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/combattre-l-isolement-social-pour-plus-de-cohesion-et-de-fraternite>
23. Campéon A. Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie Société.* 2016;vol. 38 / 149(1):11-23.
24. Rapport 2017 : Regards sur les territoires | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/rapport-2017-regards-sur-les-territoires>
25. Laroche H. Qu'avons-nous appris de la canicule de 2003 ? [Internet]. *The Conversation.* [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <http://theconversation.com/quavons-nous-appris-de-la-canicule-de-2003-119541>
26. Larousse É. Définitions : précaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>
27. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
28. Nguyen TB. Impact du déficit poly-sensoriel et cognitif sur les capacités relationnelles des personnes âgées en EHPAD en période de confinement liée à l'épidémie. *Rev Bioéthique Nouv-Aquitaine.* 2021;(7):p.19-22.
29. L'alcool et le sujet âgé en institution | Cairn.info [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-2-page-133.htm>
30. Malcolm MT. Alcohol and Drug Use in the Elderly Visited at Home. *Int J Addict.* janv 1984;19(4):411-8.
31. Menecier P. Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L, Sujets âgés et alcool: *Revue de Gériatrie* 2008 ; 33(10) : 857-68. *Rev Gériatrie.* 1 janv 2008;33:857-68.
32. Dunne FJ. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. *BMJ.* 5 mars 1994;308(6929):608-9.

33. Mid-life smoking and late-life dementia: the Honolulu-Asia Aging Study - ScienceDirect [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458002001562?casa_token=7OzsmAHnrDwAAAAA:mgxDzMTaJOZbvjBkd_LO_OWQ8LT8G5ylwzrnY-X2eNzEDXCndLTlqi5KgQd_EBGFGFlnLvVIAw
34. Fernandez L. Le tabagisme des seniors. 2012.
35. Zank S, Schacke C. Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1 juill 2002;57(4):P348-57.
36. Hoe J, Ashaye K, Orrell M. Don't seize the day hospital! Recent research on the effectiveness of day hospitals for older people with mental health problems. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20(7):694-8.
37. Canuto A, Meiler C, Weber K. Hôpital de jour et communauté thérapeutique : un soin efficace pour les patients psychiatriques âgés. *Rev Médicale Suisse.* 2008;4.
38. Mackenzie CS, Rosenberg M, Major M. Evaluation of a psychiatric day hospital program for elderly patients with mood disorders. *Int Psychogeriatr.* déc 2006;18(4):631-41.
39. Fasey C. The day hospital in old age psychiatry: The case against. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1994;9(7):519-23.
40. Woods JP, Phanjo AL. A follow-up study of psychogeriatric day hospital patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* mars 1991;6(3):183-8.
41. Ryan DH. Is there a desolation effect after dementia? A comparative study of mortality rates in spouses of dementia patients following admission and bereavement. *Int J Geriatr Psychiatry.* mai 1992;7(5):331-9.
42. Larousse É. Définitions : pandémie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pand%C3%A9mie/57587>
43. Littré - endémie - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/end%C3%A9mie>
44. Vinet F. La gestion de l'épidémie de grippe espagnole (1918-1919) : préfets et municipalités en première ligne. *Rev Fr Adm Publique.* 2020;176(4):857-73.
45. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* mars 2020;395(10227):912-20.
46. Lahaie O. L'épidémie de grippe dite « espagnole » et sa perception par l'armée française (1918-1919). *Rev Hist Armées.* 15 mars 2011;(262):102-9.
47. Grippe espagnole de 1918 - Histoire du Monde [Internet]. [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://www.histoiredumonde.net/Grippe-espagnole-de-1918.html>
48. Grippe espagnole: la grande tueuse - Québec Science [Internet]. 2015 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.quebecscience.qc.ca/sante/grippe-espagnole-la-grande-tueuse/>

49. MERS-virus | RIVM [Internet]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.rivm.nl/mers-coronavirus>
50. Mehra A, Rani S, Sahoo S, Parveen S, Singh AP, Chakrabarti S, et al. A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian J Psychiatry*. juin 2020;51:102114.
51. Cavée L, Kaltenbach G. Épidémiologie de la COVID-19, focus sur le pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2021;21(125):289-96.
52. Covid-19 : âge, lieu... l'excès de mortalité en 2020 en sept graphiques. *Le Monde.fr* [Internet]. 22 mai 2020 [cité 3 juill 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/22/coronavirus-age-sexe-departement-la-hausse-de-la-mortalite-francaise-en-sept-graphiques_6040465_4355770.html
53. Kaltenbach G. La COVID-19, une crise sanitaire et sociétale qui a révélé la fragilité de la place laissée aux personnes âgées vulnérables au sein de notre société. *Npg*. oct 2021;21(125):287-8.
54. La sectorisation [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ch-rouffach.fr/index.php/2014-06-06-12-43-51/la-sectorisation>
55. Fiche 17 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf>
56. Tribolet S, Shahidi M. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris: Heures de France; 2005. 456 p. (Guides professionnels de santé mentale).
57. Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. mai 2017;7(5):e013778.
58. Confinement et dépression de la personne âgée - ScienceDirect [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1166341321000786>
59. Torales J, Barríos I, Ayala N, O'Higgins M, Palacios JM, Ríos-González C, et al. Anxiety and depression in relation to news about COVID-19: A study in general Paraguayan population. *Rev Salud Publica Parag*. 30 juin 2021;11(1):67-73.
60. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. sept 2020;24(9):938-47.
61. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2 mai 2020;17(9):3165.
62. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the neuroendocrine stress axis | *Molecular Psychiatry* [Internet]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41380-020-0758-9>

63. Grolli RE, Mingoti MED, Bertollo AG, Luzardo AR, Quevedo J, Réus GZ, et al. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Mol Neurobiol.* 1 mai 2021;58(5):1905-16.
64. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(5):1729.
65. Touré KD. Covid et vie à deux : «La crise sanitaire est une bombe à retardement pour les couples français» [Internet]. *Libération.* [cité 23 juill 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/lifestyle/covid-et-vie-a-deux-la-crise-sanitaire-est-une-bombe-a-retardement-pour-les-couples-francais-20210820_JYB73BKMPNG2BO7BKAN4UIR15I/
66. Balard F, Caradec V, Castra M, Chassagne A, Clavandier G, Launay P, et al. Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement. *Rev Polit Soc Fam.* 2021;141(4):31-48.
67. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry.* 1 nov 2020;77(11):1093-4.
68. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry.* déc 2008;23(12):1231-8.
69. Hopping M, Zimmerman-Winslow KJ, Basu A, Jacob T. The Impact of COVID-19 and Quarantine on Suicidality in Geriatric Inpatients-A Case Report. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 10 juin 2021;8919887211023588.
70. Ghanem J, Dieterlin A, Gény B, Andres E. Impact de la Covid-19, du confinement et de l'isolement social sur l'état nutritionnel : projet e-Nutriv. *Rev Médecine Interne.* 1 juin 2022;43:A157.
71. IJERPH | Free Full-Text | Determinants of the Lifestyle Changes during COVID-19 Pandemic in the Residents of Northern Italy [Internet]. [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6287>
72. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale.* juin 2020;46(3):S43-52.
73. Karila L, Benyamina A. Addictions en temps de pandémie. *Presse Médicale Form.* août 2021;2(3):273-81.
74. Jauffret-Roustide M, Barratt M, de Dinechin S, Davies E, Gilchrist G, Hughes C, et al. Consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs pendant la pandémie de Covid-19 dans la Global Drug Survey : une perspective française. *Psychotropes.* 2020;26(2-3):209-19.
75. Cabé N, Boudehent C, Cabé J, Pitel AL. Alcool et confinement : un cocktail potentiellement explosif. *Rev Neuropsychol.* 2020;12(2):207-9.
76. Hartley S, Colas des Francs C, Aussert F, Martinot C, Dagneaux S, Londe V, et al. Les effets de confinement SARS-CoV-2 sur le sommeil : enquête en ligne au cours de la quatrième semaine de confinement. *L'Encéphale.* juin 2020;46(3):S53-9.

77. Guichard K, Geoffroy PA, Taillard J, Micoulaud-Franchi JA, Royant-Parola S, Poirot I, et al. Stratégies de gestion de l'impact du confinement sur le sommeil : une synthèse d'experts. *Médecine Sommeil*. juin 2020;17(2):108-12.
78. 2020-07-13 - Rapport - Les effets du confinement et du déconfinement sur le bruit en Île-de-France.pdf [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bruitparif.fr/pages/Actualites/2020-07-13%20Suivi%20des%20modifications%20de%20l'environnement%20sonore%20en%20lien%20avec%20le%20confinement%20et%20le%20d%C3%A9confinement/2020-07-13%20-%20Rapport%20-%20Les%20effets%20du%20confinement%20et%20du%20d%C3%A9confinement%20sur%20le%20bruit%20en%20%C3%8E-le-de-France.pdf>
79. Kläui H. Migration et santé mentale – quel rôle pour les médecins de famille? *Prim Hosp Care Médecine Interne Générale* [Internet]. 5 déc 2018 [cité 28 août 2022]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/phc-f.2018.01848>
80. The modern disease-boredom. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/13158454>
81. Mahendher S, Sharma A, Chhibber P, Hans A. IMPACT OF COVID-19 ON DIGITAL ENTERTAINMENT INDUSTRY. 15 mars 2021;
82. LENIG J. Vécu du confinement de mars 2020 par les adolescents : impacts et conséquences sur leur santé. Une étude qualitative auprès de 11 adolescents consultant en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Strasbourg; 2020.
83. Pendant le confinement, les seniors au cœur de la solidarité entre voisins. *La Croix* [Internet]. 10 juin 2020 [cité 14 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/France/confinement-seniors-coeur-solidarite-entre-voisins-2020-06-10-1201098473>
84. Giraud O, Petiau A, Rist B, Touahria-Gaillard A, Trenta A. « Ça fait des années qu'on est confinés ». La crise sanitaire du Covid-19 révélatrice de la condition des proches aidant-e-s de personnes en situation de dépendance. *Rev Française Aff Soc*. 2020;(4):243-60.
85. Josse É. Le deuil chez les personnes âgées au temps du coronavirus. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 15 oct 2020;65(2):169-83.
86. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res*. 1 août 2020;222:79-87.
87. Friedler B, Crapser J, McCullough L. One is the deadliest number: the detrimental effects of social isolation on cerebrovascular diseases and cognition. *Acta Neuropathol (Berl)*. avr 2015;129(4):493-509.
88. Huang CW, Lui CC, Chang WN, Lu CH, Wang YL, Chang CC. Elevated basal cortisol level predicts lower hippocampal volume and cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Clin Neurosci*. oct 2009;16(10):1283-6.
89. COVID-19: An Early Review of Its Global Impact and Considerations for Parkinson's Disease Patient Care. *J Mov Disord* [Internet]. [cité 1 mars 2022]; Disponible sur: <http://www.e-jmd.org/journal/view.php?doi=10.14802/jmd.20042>

90. Pichan C, Merklen C, Anderson C, Min L, Blazek MC. GET Access: Geriatric Education on Telehealth. Increasing Video Access for Geriatric Psychiatry Patients at the Onset of the COVID Pandemic and Beyond. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 avr 2021 [cité 12 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.scinapse.io>
91. medocccovid.pdf [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/medocccovid.pdf>
92. Tourette-Turgis C, Chollier M. Modifications des modes de vie et impact psychosocial du confinement lié à la COVID-19. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2021;15(1):40-4.
93. Ostir GV, Goodwin JS. High anxiety is associated with an increased risk of death in an older tri-ethnic population. *J Clin Epidemiol*. 1 mai 2006;59(5):534-40.
94. Maamar M, Khibri H, Harmouche H, Ammouri W, Tazi-Mezalek Z, Adnaoui M. Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2020;20(120):322-5.
95. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors - PubMed [Internet]. [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19555791/>
96. Covid-19 : hausse des états dépressifs après le premier confinement [Internet]. *vie-publique.fr*. [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279037-covid-19-sante-mentale-et-etats-depressifs-apres-les-confinements>
97. Volpe-Gillot L, Michel JM. HDJ gériatriques et COVID-19. Quelle gestion ? Quelles difficultés ? Quels enseignements ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2020;20(120):326-32.
98. Confinement : 5 385 Vieux prennent la parole ! :20.
99. Covid-19, un an après : qui souffre de trouble de stress post-traumatique ? | Cairn.info [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2021-2-page-102.htm>
100. Chipps J, Jarvis MA, Ramlall S. The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *J Telemed Telecare*. déc 2017;23(10):817-27.
101. Hommes F, Lépine C, Merle Y, Andrès E. L'après-Covid : quelle place la téléconsultation pourra-t-elle occuper en médecine générale ? *Cah Santé Médecine Thérapeutique*. 1 sept 2021;30(5):370-7.
102. 2020_panel_mg_er_1162.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1162.pdf
103. Campéon A, Bihan-Youinou BL. Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ? *Inf Soc*. 19 déc 2016;192(1):88-97.
104. Saidi S. La hantise des infirmiers, c'est qu'on leur prescrive un arrêt de travail [Internet]. *Rue89 Strasbourg*. 2020 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.rue89strasbourg.com/soutien-psychologique-soignants-alsace-173852>

105. Fourques C. Expériences du confinement en EHPAD, du côté des résidents et des soignants. *Cliniques*. 10 mai 2021;21(1):176-90.
106. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 juill 2021;126:252-64.

RÉSUMÉ

L'année 2020 a été marquée par l'émergence d'une souche virulente de coronavirus, le Sars-Cov2 ou COVID-19, responsable de la plus létale des pandémies du XXI^e siècle. Nous nous sommes en premier lieu penchés sur la notion de pandémie et ses risques psycho-sociaux.

La proclamation d'un confinement national du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 a contraint les structures de soin ambulatoire, et notamment les hôpitaux de jour gérontopsychiatriques, de considérablement réduire leur activité. Les sujets âgés gérontopsychiatriques, identifiés comme fragiles et porteurs de facteurs de risque somatiques, psychologiques et sociaux, ont été bouleversés dans leur quotidien.

Nous avons réalisé une étude comparative et qualitative avec pour objectif de mesurer l'impact du confinement et du déconfinement sur la santé mentale des 63 patients suivis au sein de l'Hôpital de Jour Psychiatrie de l'Age Avancé de Rouffach. Notre étude se décompose en un recueil des données cliniques informatisées pendant et après le confinement, ainsi qu'en la réalisation d'entretiens semi-dirigés deux ans après le confinement.

Nos résultats montrent une préservation de la santé mentale chez nos patients pendant le confinement. Nos résultats témoignent toutefois d'une dégradation progressive de leur santé mentale dans les mois qui ont suivi le déconfinement, avec une augmentation des symptômes anxio-dépressifs, des hospitalisations, des prescriptions médicamenteuses ainsi que des interventions des équipes mobiles de gérontopsychiatrie.

Nous concluons sur quelques pistes pour l'avenir, avec un point sur les évolutions technologiques et médico-sociales ayant pour objectif de garantir un soin gérontopsychiatrique durable et de qualité, afin de prévenir d'éventuelles situations de crise futures.

Rubrique de classement :

Psychiatrie

Mots-clés :

Confinement, Gérontopsychiatrie, COVID-19, SARS-Cov-2, Etude qualitative, Hôpital de jour

Président du jury :

Professeur Fabrice BERNA

Assesseurs :

Docteur Emmanuel ROQUET, Praticien Hospitalier

Docteur Joël Oberlin, Praticien Hospitalier

Professeur Georges KALTENBACH

Adresse de l'auteur :

Denis MAURICE, 3 Rue Marcellin Berthelot, 67380 Lingolsheim

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MAURICE Prénom : Denis

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,


Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale : 

À Lingolsheim, le 02.09.2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.