



La COVID-19 et la psychiatrie au Canada

**Sarah Hanafi, MD¹; Mathieu Dufour, MD, FRCPC²; Virginie Doré-Gauthier, MD, MSc, MSc(A), FRCPC³;
MS Renuka Prasad, MBBS, FRCPsych, FRCPC⁴; Manon Charbonneau, MD, FRCPC, DFCPA⁵;
Gail Beck, O. Ont., MD, CM, FRCPC⁶**

Déclaration de principe élaborée par le Comité de politique publique de l'Association des psychiatres du Canada et approuvée par le conseil d'administration de l'APC le 1^{er} novembre 2020.

La pandémie reliée au coronavirus (COVID-19) a modifié considérablement la vie des Canadiens, et ce, sur plusieurs plans. À la fin d'octobre 2020, on avait dénombré au Canada plus de 100 000 cas de COVID-19, le poids de la pandémie variant d'une région à l'autre. En raison des mesures de santé publique mises en place par les autorités, les psychiatres et les résidents en psychiatrie ont dû s'adapter rapidement sur le plan personnel et professionnel à une situation mondiale remplie d'incertitudes et de bouleversements. Cette situation continuera d'avoir des répercussions sur les soins psychiatriques, les effectifs en psychiatrie, l'accès aux services psychiatriques, les politiques en matière de santé publique et les programmes de recherche.

Les patients atteints de troubles psychiatriques sont affectés de manière différente par la COVID-19. De nouvelles données indiquent que, chez les patients

souffrant d'une maladie psychiatrique, le fardeau de la COVID-19 est différent; plusieurs mécanismes explicatifs ont été avancés pour expliquer cette association. Tout d'abord, autant l'infection par le coronavirus que la maladie psychiatrique sont associées à un statut socioéconomique inférieur et à des inégalités sociales. Deuxièmement, les patients atteints de maladie psychiatrique se heurtent à de nombreux obstacles qui nuisent à l'accès aux soins de santé, à cause de la stigmatisation associée à la maladie mentale, d'une littératie réduite en matière de santé ou d'une moins bonne capacité d'autosurveillance des symptômes^{1,2}. Certains ont également plus de difficulté à observer les mesures de santé publique, comme l'hygiène des mains, la distanciation physique ou l'auto-isollement, en raison des domaines de symptômes présents (p. ex., désorganisation comportementale, jugement altéré,

¹ Résidente, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

² Professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada; adjoint au chef de département de psychiatrie, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Montréal (Québec), Canada.

³ Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada; responsable médicale du SIM, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec), Canada.

⁴ Professeur de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada.

⁵ Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada; responsable du service de psychiatrie des enfants et des adolescents, CISSS de la Côte-Nord (Québec), Canada.

⁶ Professeure adjointe, Division de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada; directrice clinique, psychiatrie de la jeunesse, Centre de santé mentale Royal Ottawa (Ontario), Canada.

© Association des psychiatres du Canada, 2021. Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'Association des psychiatres du Canada. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC concerné. Veuillez adresser toute correspondance et demande de copies à : Présidente, Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; Tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2021-40s.

Note : L'APC a comme politique de rédaction de réviser les énoncés de principes, les déclarations de principes et les guides de pratique clinique tous les cinq ans suivant leur publication initiale ou la dernière révision. Tout document du genre publié par l'APC depuis plus de cinq ans, et sur lequel aucune indication ne précise que le texte a été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, soit après révision ou tel que publié initialement, doit être considéré comme un document de référence seulement.

manque d'autocritique) ou du manque de ressources nécessaires (p. ex., mauvaises conditions de logement, faible soutien social)^{3,4}. On a notamment observé dans les établissements psychiatriques un taux d'infection plus élevé. Il a été avancé que la conception des unités psychiatriques, où de nombreux espaces sont partagés et où les patients interagissent souvent dans le cadre d'activités de groupe, rendrait particulièrement difficile la mise en œuvre des protocoles sanitaires liés à la COVID-19^{5,6}. De plus, beaucoup de patients sont généralement en moins bonne santé physique en raison de facteurs liés au mode de vie (p. ex., tabagisme) et d'affections médicales générales concomitantes (p. ex., diabète, maladie pulmonaire)². Il est également possible que certains médicaments psychotropes exercent un effet immunosuppresseur potentiel (p. ex., clozapine)⁷. Enfin, lorsque des patients souffrant d'une maladie psychiatrique préexistante sont infectés par la COVID-19, ils peuvent présenter une détérioration de leurs symptômes psychiatriques et donc nécessiter une plus grande attention clinique.

Les patients infectés par la COVID-19 présentent un risque de séquelles psychiatriques. Ils sont susceptibles de développer des symptômes psychiatriques à la fois dans les phases aiguë et post-aiguë de la maladie (p. ex., stress post-traumatique et symptômes dépressifs)⁸. De nombreux médicaments utilisés pour traiter la COVID-19, comme les antiviraux, peuvent non seulement avoir des effets secondaires psychiatriques, mais aussi interagir avec les médicaments psychotropes couramment utilisés⁹.

Parallèlement, la pandémie a entraîné des niveaux sans précédent d'anxiété, d'incertitude et de peur, les mesures de santé publique comme la quarantaine, la distanciation physique et le confinement, contribuant à augmenter le stress. Au cours de la première phase de la pandémie, on a observé une réduction significative des recherches sur le suicide, l'anxiété et le désespoir; toutefois, avec les mesures de santé publique et les difficultés économiques qui se prolongent, on risque d'observer une augmentation du taux de suicide, comme on l'a vu avec l'épidémie de SRAS de 2003 à Hong Kong¹⁰. Ainsi, on prévoit une vague de problèmes de santé mentale, engendrés par la pandémie, qui verra des portions de la population auparavant en bonne santé mentale garder des séquelles mentales de la pandémie. On constate déjà une détérioration du bien-être psychologique dans la population, ainsi que des scores élevés de symptômes post-traumatiques, d'anxiété et de dépression autodéclarés^{8,11,12}. Les enfants semblent vulnérables au niveau biologique et psychosocial

aux répercussions de la pandémie, et l'on craint, en particulier, que les mesures affectent le développement des compétences sociales à long terme¹³. Les premiers résultats d'un sondage réalisé auprès d'échantillons cliniques et communautaires de jeunes laissent penser que, outre la détérioration perçue de la santé mentale, les services de santé mentale sont fortement perturbés et les besoins de soutien non satisfaits.

Globalement, ce contexte a d'importantes répercussions sur la psychiatrie au Canada sur le plan des soins psychiatriques généraux, des effectifs en psychiatrie, de l'accès aux services psychiatriques, des politiques en matière de santé publique et les programmes de recherche.

Recommandations

Soins généraux pour les patients atteints de maladie psychiatrique

- Les psychiatres doivent être des collaborateurs importants en ce qui concerne la prestation de soins de haute qualité aux patients infectés par la COVID-19, tant dans les phases aiguë que post-aiguë de la maladie, ainsi que des collaborateurs à l'élaboration du plan d'action pour contrer la pandémie.
- Les efforts de dépistage de la COVID-19 devraient faire appel à une approche ciblée auprès des populations à haut risque, y compris les patients atteints de maladie psychiatrique.
- Les soins psychiatriques représentent une possibilité intéressante de promotion de la santé publique. Les psychiatres doivent s'efforcer d'examiner les recommandations à jour en matière de santé publique dans les soins courants et l'éducation thérapeutique auprès de leurs patients.
- Il est prouvé que les maladies chroniques ne sont souvent pas bien prises en charge chez les patients atteints de maladie psychiatrique. Au cours de la pandémie, la prise en charge des maladies chroniques a été retardée en général. Une attention particulière devrait être accordée au risque que les patients atteints de maladie psychiatrique reçoivent tardivement des soins physiques pour traiter des affections chroniques pendant la pandémie, ce qui augmente le risque d'aggravation de leurs problèmes de santé.
- Une attention particulière doit être portée aux patients en gérontopsychiatrie. Cette population demeure particulièrement vulnérable aux complications de l'infection par le coronavirus, mais elle est susceptible de rencontrer de plus grandes difficultés à accéder aux services de télésanté, ce qui aggrave

le risque d'isolement social. Les gouvernements, les établissements et les psychiatres devraient accorder une attention particulière à la vulnérabilité de cette population lorsque vient le temps d'élaborer le plan d'action pour contrer la pandémie.

- Une attention particulière doit être portée à la population pédopsychiatrique. Même si les patients en pédopsychiatrie risquent d'éprouver des symptômes plus légers et un taux de mortalité plus faible secondaire à l'infection par le coronavirus, ils pourraient être davantage touchés sur le plan psychosocial par les mesures de santé publique pendant des périodes critiques de leur développement. Toutefois, cette population peut manifester une plus grande acceptabilité à l'égard de certains modèles de services, comme la télépsychiatrie et d'autres formes de soins sur Internet¹⁵. Les gouvernements, les établissements, les pédiatres et les psychiatres devraient accorder une attention particulière à la vulnérabilité de cette population afin de répondre aux besoins en santé mentale pendant et après la pandémie.
- Une attention particulière devrait être accordée également à la clientèle en psychiatrie légale. Cette population demeure particulièrement vulnérable à l'infection par le coronavirus, en particulier dans le cadre des soins en milieu surveillé, car ces soins sont fournis dans des installations fermées et exigent un ratio entre personnel et patient plus élevé, et parce que les comportements de ce groupe engendrent une plus grande vulnérabilité à l'infection¹⁶. Les établissements et les psychiatres devraient tenir compte de ces particularités lorsqu'il s'agit de mettre au point des protocoles sanitaires adaptés à cette population.

Effectifs en psychiatrie

- Les installations cliniques et les établissements doivent veiller à ce que tout le personnel qui fournit des soins psychiatriques ait un accès adéquat à l'équipement de protection individuelle (EPI) et à la formation nécessaires.
- Face à la forte sollicitation du système de santé, les gouvernements peuvent tenter de redéployer les psychiatres et les résidents en psychiatrie vers d'autres services médicaux pour fournir des « soins de relève » en marge de la COVID-19. Les services psychiatriques demeurent des services essentiels dans le cadre de la lutte contre la pandémie, et les mesures de redéploiement devraient en tenir compte. Les psychiatres devraient être capables de fournir le

même niveau de services, car certains prédisent une recrudescence de la demande de services de santé mentale en raison de la pandémie de COVID-19.

- Au Canada, les psychiatres sont relativement plus âgés que les travailleurs des autres spécialités médicales¹⁷. Par conséquent, beaucoup d'entre eux ont dû limiter leurs activités cliniques dans les établissements hospitaliers en raison du risque de contamination au coronavirus auxquels ils sont personnellement exposés. Les organismes de réglementation, les associations professionnelles de psychiatrie et les programmes de formation en résidence devraient collaborer pour s'assurer que des mesures de planification de la main-d'œuvre sont mises en place pour répondre aux répercussions prévues de la pandémie sur les effectifs en psychiatrie. Il peut s'agir de mesures temporaires visant à adapter les conditions d'autorisation d'exercer et les efforts de représentation entourant les besoins de formation des résidents en psychiatrie pour veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de jeunes diplômés en psychiatrie.
- Les travailleurs de la santé, qui sont actuellement des intervenants de première ligne dans la lutte contre l'actuelle pandémie, sont particulièrement exposés à la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété et l'insomnie. Les professionnels de la santé sont plus exposés aux traumatismes et, par conséquent, aux troubles de stress post-traumatique⁴. Les organisations professionnelles et les établissements devraient fournir du soutien supplémentaire aux médecins, y compris aux psychiatres, pour veiller à leur bien-être pendant une période où les risques et le stress sont plus grands. Il peut s'agir, sans toutefois s'y limiter, de ressources pour la gestion du stress, de soutien par les pairs et de soutien en santé mentale.

Accès aux services psychiatriques

- La télépsychiatrie a été présentée comme une solution intéressante pour atténuer les répercussions des mesures de distanciation physique et des protocoles d'isolement, permettant ainsi de réduire les contacts directs entre personnes et, par le fait même, de réduire la propagation du virus^{18,19}. Les patients atteints de maladie psychiatrique n'ont pas nécessairement toutes les ressources financières ni les connaissances en matière de technologie numérique nécessaires pour utiliser efficacement les plateformes de télésanté en consultation externe. Ainsi, les établissements, les gouvernements et

les psychiatres doivent promouvoir des pratiques cliniques qui ne désavantagent pas de façon disproportionnée les patients disposant d'un accès limité à la télésanté.

- L'électroconvulsivothérapie (ECT) est très efficace pour la prise en charge des maladies psychiatriques réfractaires au traitement, qui incluent entre autres, des troubles de l'humeur aux troubles psychotiques. Pendant la pandémie, les interventions non urgentes ont été suspendues pour permettre la planification des systèmes de santé dans le contexte de la lutte contre la pandémie. Toutefois, dans certains cas, l'ECT est considérée comme un traitement urgent et nécessaire. Par conséquent, les administrateurs des établissements, les anesthésistes et les psychiatres devraient travailler en collaboration pour réduire au minimum l'impact des mesures de santé publique sur la prestation continue des traitements essentiels d'électroconvulsivothérapie, ainsi que pour élaborer un modèle de de priorisation des besoins de manière à s'assurer que cette modalité thérapeutique est utilisée équitablement alors que son accès en est limité. D'autres mesures devraient également être envisagées lorsque l'ECT n'est pas disponible, comme, mais sans s'y limiter, la perfusion de kétamine et la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr).
- Les psychiatres devraient envisager des protocoles de traitement de neuromodulation qui réduisent le risque de transmission virale (p. ex., diminution de la durée du traitement, réduction de la fréquence des contacts en personne), tout en offrant aux patients des soins sûrs et de qualité. Les psychiatres et les établissements devraient s'assurer que les installations de traitement utilisées pour la neuromodulation font la promotion des mesures de sécurité, y compris la stérilisation de l'équipement et le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat.
- Les hôpitaux psychiatriques devraient envisager d'utiliser des technologies, comme la vidéoconférence et la télésanté, afin d'atténuer l'impact des protocoles sanitaires (p. ex., interruption des visites, procédures d'isolement) sur la qualité des soins psychiatriques prodigués aux patients hospitalisés.
- Les modalités favorisant l'observance thérapeutique, comme les antipsychotiques injectables à action prolongée, devraient être maintenues et considérées comme des services cliniques essentiels, compte tenu de leur rôle dans la prévention de la rechute.

- Devant l'anxiété accrue, la distanciation physique et l'isolement social vécus pendant la pandémie de COVID-19, les patients souffrant de toxicomanie pourraient être exposés à un plus grand risque de rechute, de consommation de substances psychoactives, de surdose, de sevrage, de désengagement ou d'inobservance du plan de traitement, et auront peu tendance à solliciter de l'aide. De plus, il se peut que l'accessibilité aux services de traitement des dépendances en consultation externe et aux pratiques de réduction des méfaits (p. ex., sites d'injection supervisée) soit réduite^{4,20}. C'est pourquoi les établissements, les gouvernements et les psychiatres doivent promouvoir des pratiques cliniques et des modèles de prestation de services novateurs, qui restent adaptés aux besoins de cette population de patients à haut risque.
- Les répercussions prévues de la pandémie sur les systèmes de santé mentale, en plus des changements apportés aux ressources humaines en santé mentale, nécessiteront l'élaboration proactive de politiques visant à atténuer l'impact de ces facteurs sur la capacité des systèmes canadiens de santé mentale.

Politiques en matière de santé publique

- Les plans de lutte contre la pandémie doivent tenir compte des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale. Les mesures de santé publique doivent équilibrer à la fois les risques et les avantages dans les domaines de la santé physique et mentale de la population en général, ainsi que chez les populations marginalisées et à risque, comme les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Les experts en santé mentale doivent être mis à contribution et consultés lors de l'élaboration de ces politiques.
- Lorsque les patients atteints de maladie psychiatrique ne se conforment pas aux mesures de santé publique, comme la quarantaine, il peut arriver que les psychiatres soient confrontés au défi éthique et juridique d'envisager une hospitalisation sans consentement pour protéger l'intérêt collectif ou de signaler le comportement du patient aux responsables de la santé publique¹⁶. Une expertise éthique et juridique devrait être sollicitée pour élaborer des politiques visant à guider les psychiatres dans de telles situations et pour veiller à ce que la conduite clinique respecte les droits des patients. Les lois sur la santé publique peuvent être envisagées en complément de la loi sur la santé mentale, le cas échéant.

- Les personnes qui se rétablissent d'une infection au coronavirus, y compris les travailleurs de la santé, sont susceptibles d'être stigmatisées par le public. Des initiatives de sensibilisation du public devraient être lancées pour combattre cette stigmatisation.

Programmes de recherche

- La recherche devrait chercher à mieux comprendre les mécanismes par lesquels les patients atteints de maladie psychiatrique sont plus lourdement touchés par la COVID-19 et définir des interventions de santé publique s'adressant précisément à cette population clinique, comme le dépistage régulier.
- La pandémie actuelle offre une occasion sans précédent d'évaluer l'impact des mesures d'intervention de crise sur la qualité et l'importance de la santé mentale. Il faut mener des recherches pour comprendre cet impact afin d'orienter la réponse politique aux futures crises de santé publique.

Bibliographie

1. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e21.
2. Moesmann Madsen M, Dines D, Hieronymus F. Optimizing psychiatric care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* 2020;142(1):70–1.
3. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, et al. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull* 2020;46:752–7.
4. Vigo D, Patten S, Pajer K, et al. Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry* 2020;65:681–7.
5. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci* 2020;16:1741–4.
6. Strous RD, Gold A. Psychiatry and COVID-19: putting our best foot forward. *Br J Psychiatry* 2020;217(2):1–3.
7. Javelot H, Llorca PM, Meyer G, et al. Challenges for psychotropics in the context of the SARS-Cov-2 pandemic. *Encephale* 2020;46(3S):S116–S118.
8. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020;89:531–42.
9. Zhang K, Zhou X, Liu H, et al. Treatment concerns for psychiatric symptoms in patients with COVID-19 with or without psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 2020;217:351.
10. Sinyor M, Spittal MJ, Niederkrotenthaler T. Changes in suicide and resilience-related Google searches during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Can J Psychiatry* 2020;65:741–3.
11. Schmitz N, Holley P, Meng X, et al. COVID-19 and depressive symptoms: a community-based study in Quebec, Canada. *Can J Psychiatry* 2020;65:733–5.
12. Castelli L, Di Tella M, Benfante A, et al. The spread of COVID-19 in the Italian population: anxiety, depression, and posttraumatic stress symptoms. *Can J Psychiatry* 2020;65:731–2.
13. Di Nicola V, Daly N. Growing up in a pandemic: biomedical and psychosocial impacts of the COVID-19 crisis on children and families. *World Social Psychiatry* 2020;2:148–51.
14. Hawke LD, Barbic SP, Voineskos A, et al. Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use, and well-being: a rapid survey of clinical and community samples. *Can J Psychiatry* 2020;65:701–9.
15. Courtney D, Watson P, Battaglia M, et al. COVID-19 impacts on child and youth anxiety and depression: challenges and opportunities. *Can J Psychiatry* 2020;65:688–91.
16. Simpson AIF, Chatterjee S, Darby P, et al. Management of COVID-19 response in a secure forensic mental health setting. *Can J Psychiatry* 2020;65:695–700.
17. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Royal College Medical Workforce Knowledgebase. Ottawa (ON): RCoPaSo; 2019.
18. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed J E Health* 2020;26:377–9.
19. Zhou L, Xie R, Yang X, et al. Feasibility and preliminary results of effectiveness of social media-based intervention on the psychological well-being of suspected COVID-19 cases during quarantine. *Can J Psychiatry* 2020;65:736–8.
20. Jaysinha R, Nairn S, Conrod P. A dangerous “cocktail”: the COVID-19 pandemic and the youth opioid crisis in North America: a response to Vigo et al. (2020). *Can J Psychiatry* 2020;65:692–4.