

PSYCHIATRIE

La question du redémarrage a été largement discutée au sein de l'Union professionnelle. Nous en sommes arrivés aux conclusions - recommandations suivantes :

1. Nous souhaitons d'abord souligner que le modèle que vous avez proposé pour la pratique psychiatrique est très difficile à appliquer. Nous comprenons aisément qu'il s'inspire fortement du contexte de l'hospitalisation somatique. La psychiatrie ne se déroule que partiellement dans le contexte hospitalier et de plus en plus d'activités sont organisées dans un contexte ambulatoire ou de proximité (outreach). Nous espérons que vous serez d'accord avec le fait que nous ne pouvons pas conserver ce modèle actuellement.

2. Quant aux hôpitaux psychiatriques (et dans une moindre mesure aux services SPHG), il n'y a jamais eu de demande pressante de l'autorité de réduire les activités. Au cours des premières semaines, la plupart des hôpitaux psychiatriques se sont concentrés sur les admissions « urgentes » (e.a. les admissions forcées), mais ils fonctionnent actuellement pour la plupart (compte tenu des mesures de sécurité) à pleine capacité, bien qu'à un rythme légèrement plus lent. Pour l'heure, le taux d'occupation des hôpitaux psychiatriques est d'ailleurs supérieur à 80%. Au vu des décisions politiques, nous pouvons seulement demander (et constater) la poursuite du fonctionnement régulier des hôpitaux psychiatriques tant pour les soins aigus que pour les soins chroniques.

3. L'autorité a également demandé à l'outreach mobile (chronique et aigu) de continuer ses tâches pendant cette crise.

4. Quant au fonctionnement ambulatoire, l'autorité (Cabinet & INAMI) a indiqué, lors de la mise en place de la possibilité de téléconsultation, que les contacts face à face restaient préférables. Nous demandons dès lors que les traitements ambulatoires puissent se poursuivre dans les plus brefs délais, et ce dans toutes leurs formes régulières.

5. Remarque concernant le concept « aigu - urgent » en psychiatrie : bien que la psychiatrie fasse certainement une distinction entre les traitements aigus et de crise (p. ex. suicidalité ou psychose aiguë) d'une part, et les traitements psychothérapeutiques ou psychiatriques de longue durée d'autre part, cette distinction reste floue dans la pratique. Ce qui caractérise les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique grave, c'est leur vulnérabilité à la décompensation, souvent inattendue et extrêmement rapide, vers un état aigu (suicide, rechute de psychose). Nombre de nos accompagnements de longue durée visent dès lors à réduire le risque de décompensation - la continuité de ces soins est par conséquent littéralement vitale.

6. Nous remarquons actuellement une augmentation significative des demandes de traitement. Contrairement à d'autres spécialités, la crise du COVID et les périodes de confinement qui en découlent pourraient créer une réelle augmentation des problèmes dans notre domaine : anxiété et dépression, éclatement de la famille, suicidalité et augmentation de la consommation de substances. Cette situation entraîne d'une part un plus grand nombre de nouveaux patients, et exerce d'autre part un impact important sur les patients présentant une vulnérabilité psychiatrique déjà existante, avec une décompensation aiguë pour les patients « chroniques ». Les nombreux cas de rechute dans une psychose aiguë, chez un patient schizophrène préalablement stabilisé, dus au stress et à la perte des structures de soutien pendant cette période de confinement, en sont un exemple typique.

En résumé, nous demandons que l'aide psychiatrique régulière redémarre le plus rapidement possible à pleine capacité. Nous vous demandons de défendre le fait que la distinction entre la psychiatrie aiguë et la psychiatrie chronique/élective/planifiée ne s'applique pas durant cette période de « redémarrage ». Pour terminer, nous vous demandons de faire savoir à l'autorité qu'à l'heure actuelle, alors que les demandes d'aide augmentent considérablement, la psychiatrie a un devoir éthique et déontologique important qui consiste à se mobiliser pleinement en faveur de la santé psychique de la population.

Réserves : cette liste est indicative et a pour but de fournir un appui. Il reste de la responsabilité du clinicien de tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La flexibilité de reconversion de capacité dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte (voir réponse détaillée du Bureau du Conseil supérieur des médecins du 19.04.2020).

La proposition suppose l'ouverture de consultations sous réserve de garanties pour toutes les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles).

Les téléconsultations sont encouragées, notamment pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues.