

	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID 19	Création Date V2 : 17/04/2020
		Validation technique Direction Métier Date : 18/04/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date: 20/04/2020
		Validation CRAPS Date : 20/04/2020
COVID-19 015	<i>Prise en charge des patients dans les établissements spécialisés en santé mentale</i>	Version : 2 Date : 20/04/2020
Diffusion : Partenaires ARS Site Internet ARS		
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

Préambule

- **Cette version remplace la version 1 mise en ligne le 21/03/2020**
- Ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe de professionnels, dont la composition est indiquée en annexe 1.
- Ces recommandations sont susceptibles d'évolution en fonction du développement des connaissances sur le COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Objet du document

Le document s'applique aux établissements et professionnels prenant en charge des patients suivis en psychiatrie, en hospitalisation complète, partielle ou en prise en charge ambulatoire. Il a été conçu pour répondre aux interrogations des établissements mono activité de psychiatrie ou avec une activité majoritairement de psychiatrie. Toutefois, les spécificités liées aux patients, aux personnels, et non à la structure même des établissements, s'appliquent à tous les établissements autorisés en psychiatrie.

Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale et répondre aux questions soulevées par les établissements pour l'application de certaines recommandations compte-tenu des spécificités de ces structures et des patients souffrant de troubles psychiques.

1. Les spécificités liées aux patients souffrant de troubles psychiques

1.1 Spécificités comportementales et relationnelles

Les patients pris en charge pour troubles psychiques sont des patients « debout » : ils se déplacent dans les services, déambulent, interagissent avec d'autres patients, des soignants en-dehors de leur chambre, etc.

De plus, ces troubles peuvent s'accompagner de difficultés à adapter leur distance avec les interlocuteurs, à assurer une hygiène correcte.

Les troubles psychiques peuvent entraver la compréhension des recommandations faites, mais aussi la perception de l'importance du respect de celles-ci, ou leur priorisation sur leurs besoins, envies.

Ces spécificités rendent difficiles la compréhension et l'application des gestes barrière et de la distanciation sociale.

Les troubles psychiques peuvent s'accompagner de troubles cognitifs, de désorganisation de la pensée, notamment en phase aiguë, ou à leur arrivée dans un service de soins, rendant ainsi le recueil des antécédents somatiques, ou l'exploration des symptômes somatiques difficiles.

1.2 Fragilité somatique

Les patients souffrant de troubles psychiques représentent une population susceptible de présenter par ailleurs des pathologies somatiques qui les exposent au risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2¹.

De plus, la fragilité somatique est d'autant plus importante qu'il s'agit d'une population qui peut souffrir d'une stigmatisation limitant l'accès aux soins somatiques.

Les troubles psychiques peuvent induire une modification des perceptions somatiques, des signaux d'alerte somatiques habituellement ressentis chez tout un chacun et qui devraient entraîner une mobilisation vers un recours aux soins somatiques.

¹ Avis du Haut Conseil de Santé Publique, 14 mars 2020

Les pathologies suivantes, qui favorisent la survenue de formes graves de Covid19, doivent ainsi conduire à une surveillance plus attentive des patients qui en sont porteurs :

- personnes âgées de 70 ans et plus
- les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires: hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer sous traitement.
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
- les malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²)
- les femmes enceintes au troisième trimestre de la grossesse

De même, certaines données ont fait remonter que des formes cliniques du COVID-19 chez les patients atteints de troubles psychiques pouvaient apparaître sans symptôme respiratoire.

1.3 Mesures visant à lutter contre ces spécificités

Ces spécificités imposent une vigilance accrue de la part des soignants et le déploiement de stratégies pour compenser ces difficultés :

- Accorder la plus grande importance à l'éducation aux gestes barrière et à la distanciation sociale, de leur répétition pluriquotidienne, l'éducation à la santé et la promotion à la santé sur l'épidémie en cours et les moyens de s'en prémunir est primordiale, et relève entièrement du personnel soignant, bien au-delà des affichages de consignes, la pédagogie nécessitant alors de démultiplier les moyens de communication et les accompagnements à leur compréhension
- Mettre à disposition du SHA et du savon dans les structures de soins ambulatoires et les unités d'hospitalisation, avec vérification quotidienne de leur disponibilité
- Engager une évaluation initiale rigoureuse des antécédents et symptômes somatiques et explorer régulièrement, à distance de l'admission dans le service, les antécédents somatiques ou symptômes somatiques potentiels.
- Porter une attention encore plus importante à tout signe somatique perceptible par les soignants, au-delà des plaintes spontanées des patients, et procéder à l'exploration de ces signes, ce d'autant que les patients sont porteurs de pathologies somatiques listées en note de bas de page 1.

A ce titre, et afin de pouvoir réaliser cette évaluation initiale sur un temps nécessaire, l'organisation d'une période de sas pour entrants permettant une évaluation fine des capacités du patient à respecter les gestes barrière et la distanciation sociale, de l'existence ou de l'apparition de symptômes évocateurs du COVID-19 et permettant le recueil direct ou indirect des antécédents somatiques et données somatiques précédant l'hospitalisation, peut être recommandée.

Cette période de sas pour entrants peut s'organiser dans le service d'accueil du patient avec si besoin, confinement en chambre. Les précautions d'hygiène standard et gouttelettes sont prises tant que le diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 n'a pas été éliminé.

Si la réorganisation des services le permet, dédier une unité d'hospitalisation aux entrants, qui permet de mieux répondre aux principes de libre circulation, tout en garantissant une maîtrise du risque de transmission infectieuse, paraît pertinent.

Cette période de sas peut durer de 5 à 14 jours selon les situations cliniques Elle permet de surveiller l'évolution somatique, recueillir l'ensemble des données somatiques antérieures à l'hospitalisation et évaluer la capacité du patient à respecter les consignes en lien avec les gestes barrière et les mesures de distanciation sociale.

1.4 Prise en charge en soins psychiatriques sans consentement

La mesure de soins sans consentement se poursuit en cas de transfert dans un hôpital général pour recevoir des soins somatiques, notamment ceux liés à la prise en charge liée à une infection à COVID-19.

En cas d'hospitalisation en unité de soins somatiques, le malade hospitalisé sans consentement peut rester, selon les cas², sous la surveillance de l'établissement de santé mentale d'origine pour ce qui est de la prise en charge psychiatrique. Il revient à l'équipe de psychiatrie d'assurer la réalisation des soins psychiatriques ordonnés par le Préfet et de veiller au respect des dispositions légales (établissement des certificats médicaux légaux périodiques, et, le cas échéant, transmission en temps utile au Préfet du certificat ou de l'avis médical nécessaire à la prise d'un arrêté de maintien en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État).

Afin de mettre en œuvre la double prise en charge (somatique et psychiatrique) dans des conditions adaptées en termes de qualité des soins et de sécurité, il revient aux établissements de définir l'organisation la plus adaptée (lieux d'hospitalisation, éventuellement présence de compétences soignantes psychiatriques auprès du patient et organisation de celle-ci, etc.) tout au long des soins, en tenant compte de leurs contraintes respectives en période de crise et des précautions à prendre pour limiter les risques de transmission. Ces choix organisationnels seront clairement indiqués dans le dossier du patient.

2. Conduites à tenir

2.1 Cas sévère ou grave

Est considéré comme cas sévère ou grave tout patient qui présente au moins l'un de ces symptômes :

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxymétrie de pouls (SpO₂) < 90% en air ambiant, cyanose clinique
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutale

Conduite à tenir si cas sévère ou grave :

Appeler le SAMU - Centre 15 pour orientation vers une hospitalisation en hôpital de première ou deuxième ligne.

Si le patient fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement, l'établissement psychiatrique doit organiser la continuité des soins psychiatriques (modalités d'accompagnement par personnel soignant, de continuité des soins psychiatriques adaptés, continuité de la situation légale, etc.). Cette organisation est à évaluer selon la situation clinique psychiatrique du patient.

² Selon tableau clinique psychiatrique qui détermine le besoin de cette surveillance continue des soins psychiatriques et la disponibilité ou non de sa reprise par une équipe de psychiatrie de liaison

2.2 Cas possible en l'absence de signes de gravité (validé par un médecin référent)

2.2.1 En hospitalisation complète

Définition de cas possible³ : Toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre,

Premières mesures à mettre en œuvre sans délai :

- Maintenir une distance de 1 m
- Lavage des mains ou SHA pour tous
- Masque chirurgical pour le patient et le praticien
- Confinement du patient (chambre individuelle, consignes de rester en chambre, repas plateau en chambre, pas d'accès aux pièces communes, etc.). Lorsque le confinement en chambre s'avère difficile à observer pour un patient, la réalisation d'un test peut se justifier afin d'adapter au mieux la prise en charge de celui-ci.

Situations faisant l'objet d'un test COVID-19 (RT-PCR) :

1. Tests réalisés en raison de la situation clinique du patient :

Tous les patients classés cas possibles ayant par ailleurs un risque de forme grave, afin de confirmer le diagnostic (cf. note de bas page n°1)

2. Tests réalisés pour adapter les mesures de gestion de l'épidémie :

En application des instructions ministérielles, le dépistage systématique des premiers cas suspects de l'unité est obligatoire. Au-delà de trois cas confirmés, les mesures de COVID s'appliquent à l'ensemble des cas symptomatiques. Pour autant, les tests de dépistage peuvent être réalisés chez les patients, y compris si asymptomatiques ou a symptomatologie atypique⁴, à l'appréciation du médecin, lorsqu'ils apparaissent utiles pour adapter la conduite à tenir.

3. Pour le personnel :

Tous les professionnels de santé dès l'apparition des symptômes évocateurs de COVID-19, à visée diagnostique.

Modalités de prélèvement :

⇒ Prélèvement Standard : Prélèvement naso-rétropharyngé⁵

³ Définition de cas (possible, probable et confirmé) d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) – Santé publique France - Mise à jour le 03/04/2020, téléchargeable ici : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

⁴ Avis du Haut Conseil de la santé publique du 8 avril 2020 relatif à la prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de COVID-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020) <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=793>

⁵ Aide au prélèvement naso-rétropharyngé: NEJM Procédure: collection of nasopharyngeal specimens with the swab technique (<https://youtu.be/DVJNWefmHjE>). Et Fiche : Gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect ou confirmé de COVID-19 Version 5 - 6 avril 2020 - Société Française de Microbiologie <https://www.sfm-microbiologie.org/>

Les prélèvements sont préférentiellement à réaliser par les somaticiens intervenants dans les services de psychiatrie. Des kits peuvent être fournis par les laboratoires. L'établissement établit une organisation interne pour réaliser ces prélèvements selon son organisation initiale (somaticiens référents pour des unités, équipe mobile de somaticiens, etc.).

En l'absence de possibilité d'organiser le prélèvement par des ressources internes, les établissements se rapprochent du laboratoire avec lequel ils sont en convention. Certains de ces laboratoires ont mis en place des équipes mobiles de prélèvement.

Si aucune solution n'est trouvée, l'établissement se rapproche de la délégation départementale de l'ARS, qui l'orientera vers un laboratoire en mesure de réaliser le prélèvement et l'analyse.

Devant le risque d'afflux d'indications de tests à réaliser, il convient de prioriser les indications et de pratiquer les tests en priorité sur les personnels soignants et les patients présentant une atteinte respiratoire franche, après validation de l'indication par un médecin référent.

2.2.2 En hospitalisation partielle ou structure ambulatoire

Définition de cas possible

Cf. chapitre 2.2.1

Premières mesures à mettre en œuvre sans délai :

- Lavage des mains au savon ou friction au SHA
- Maintenir une distance de 1 m
- Masque chirurgical pour le patient et le praticien
- Orientation vers le médecin traitant pour une consultation médicale.
- Si le patient n'a pas de médecin traitant ou si celui-ci n'est pas disponible, appel du SAMU – Centre 15, filière COVID19 non urgent, pour orientation vers la plateforme de l'Assurance maladie pour déterminer un lieu de consultation

2.3 Cas probable ou confirmé⁶ en l'absence de signe de gravité

2.3.1 En hospitalisation complète

Préalable :

Un répertoire des personnes catégorisées comme « fragiles » (cf. définition des patients à risque) vis-à-vis de ce type d'infection est à réaliser sur les unités d'hospitalisation complète par les équipes de soins somatiques.

Il est recommandé aux établissements de réorganiser, dans la mesure du possible, leurs unités de soins afin de réserver une unité (dotée de chambres individuelles) à la prise en charge des patients COVID19 + (unité COVID PSY, cf annexe 2). Cette unité fonctionnera par redéploiement des lits et du personnel, avec une équipe dédiée, qui pourra bénéficier de formation à ces prises en charge (autoformations, formations par les pairs, formations en ligne établies par l'EHESP disponibles sur le site du Ministère, etc.) et qui pourra acquérir

⁶ Cf. note de bas de page n°2

l'expérience de ces prises en charge, la connaissance des procédures spécifiques et du réseau sanitaire activé.

Les cas hospitalisés plus de 24 heures sont déclarés par l'établissement dans le système SI-VIC, selon les modalités décrites dans la recommandation régionale⁷. Un mode opératoire pour harmoniser les données renseignées dans SI-VIC afin de faciliter l'exploitation des données est joint en annexe 3.

- Si l'établissement a organisé un réaménagement de ses unités pour avoir une unité réservée à la prise en charge des patients COVID19 + :
 - Cette unité doit bénéficier d'une équipe spécifiquement réaffectée à cette unité. Ce personnel intervient systématiquement avec les mesures de protection « contact » et « gouttelettes » (surblouse, gants à usage unique, lunettes de protection, charlotte, masque chirurgical).
 - Le patient y est pris en charge pendant la durée de son confinement (soit jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes de fièvre et dyspnée, après les 8 premiers jours de symptômes)⁸ s'il ne présente pas de critère de gravité.
 - Afin de rationaliser le nombre de places de cette unité, il conviendra qu'un patient dont l'état psychiatrique permet le respect des gestes barrières, consignes de confinement, de distanciation sociale et qui ne présente pas de critère de gravité, puisse être pris en charge dans son unité d'origine en chambre individuelle, sans quoi le maintien de l'hospitalisation en unité COVID PSY est réalisé jusqu'à la sortie d'isolement.
 - Les modes de fonctionnement, la régulation et la coordination de ces unités font l'objet de recommandations en annexe 2.
- Si l'établissement n'a pas pu organiser de réaménagement de ses unités pour avoir une unité réservée à la prise en charge des patients COVID19 + :
 - Isolement en chambre individuelle avec confinement, repas en chambre, respect des gestes barrières et de distanciation sociale, masques chirurgicaux et SHA pour les soignants et patients lors des visites et surveillance biquotidienne de l'évolution de son état somatique. Les masques chirurgicaux et autres équipements de protection individuelle à usage unique sont éliminés en sortant de la chambre dans la filière DASRI.
 - Si les ressources humaines ne permettent pas de dédier une équipe, il est nécessaire d'effectuer le principe de la « marche en avant » dans l'organisation des soins, c'est-à-dire que les soins commencent par les patients non atteints par le SARS-CoV-2 et finissent par les cas confirmés de COVID-19.

Lorsque l'indication est présente et que le transfert dans une unité COVID- PSY apparaît comme un gain de chance pour le patient, un transfert sur un autre établissement qui dispose d'une unité COVID PSY doit être réalisé. Le choix de l'unité se fait en fonction des caractéristiques de l'unité COVID PSY d'accueil

⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Doctrine-SIVIC-20-Recommandations-ARSIDF.pdf>

⁸ Avis du Haut Conseil de la Santé publique du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=781>

Cas d'une sortie définitive prévue alors que le patient est toujours symptomatique pour le COVID19 :

- Évaluation selon les capacités de compréhension du patient pour maintenir les soins, les gestes barrière et la distanciation sociale au retour au domicile
- Évaluation de l'environnement de vie, personnes au domicile, et informations en conséquence

2.3.2 En hospitalisation partielle ou structure ambulatoire

Le principe de confinement au domicile s'applique (éviction des structures d'hospitalisation à temps partiel notamment).

Analyse bénéfice/risque adaptée à la situation clinique de chaque patient afin de déterminer les modalités les plus adaptées de la prise en charge psychiatrique (VAD, appels téléphoniques, téléconsultation, etc.).

Les soins maintenus, en présentiel, doivent se faire en respectant certaines précautions :

- Port d'un masque chirurgical pour le patient et le praticien
- Lavage des mains ou SHA avant / après la consultation
- Bureau dédié
- Maintenir une distance de 1 m, en consultation et en salle d'attente

2.3.3 Prise en charge post réanimation

Certains patients souffrant de troubles psychiques pris en charge en réanimation pour le COVID-19 nécessiteront des soins de suite et réadaptation après le séjour en réanimation. Lors de ce séjour en SSR, des soins psychiatriques associés peuvent être nécessaires.

3. Protection du personnel et des patients

Les recommandations relatives à la protection des personnels et des patients s'appliquent aux unités de psychiatrie.

3.1 Précautions générales pour tous

3.1.1 Modalités organisationnelles des soins

Certaines modalités organisationnelles sont à recommander pour les soins :

Visites :

- Les visites de proches et familles des patients, hors situation particulière où elles seraient incontournables après évaluation bénéfice/risque par l'équipe, sont interdites dans les unités d'hospitalisation complète pendant la période épidémique
- Les venues de toute personne non soignante, non indispensable au fonctionnement de l'établissement, hors situation particulière où elles seraient incontournables, dans les unités d'hospitalisation complète, sont interdites pendant la période épidémique (intervenants extérieurs, etc.)
- Pour les visites et venues qui ne peuvent être reportées dans les unités d'hospitalisation :

- Si symptômes respiratoires chez le visiteur : masque chirurgical pour le visiteur
- Si symptômes respiratoires chez le patient : masque chirurgical pour le patient
- Rappel des gestes barrières et des mesures de distanciation sociale
- SHA obligatoire
- 1 personne maximum
- Demande de limiter la durée de présence
- Privilégier les contacts téléphoniques entre les patients et leurs proches

Autorisations thérapeutiques de sortie (permissions) :

- Toutes les autorisations thérapeutiques de sorties des patients hospitalisés non indispensables sont reportées pendant la période épidémique
- En cas d'autorisation de sortie incontournable, évaluer le bénéfice/risque de la réalisation et des modalités d'organisation de ces autorisations : organiser un accompagnement humain si celui-ci permet d'améliorer la garantie du respect des gestes barrières et des limitations des risques de contamination
- Élaborer une organisation pour les courses personnelles incontournables des patients (tabac, etc.) afin d'éviter les autorisations de sortie
- Les permissions accompagnées des patients devront se limiter aux cas dérogatoires prévus à l'article 3 du décret n°2020-293 du 23 mars 2020 modifié⁹ portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 :
 - trajets entre le domicile et le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels insusceptibles d'être différés
 - les déplacements pour effectuer des achats de fournitures nécessaires à l'activité professionnelle et des achats de première nécessité dans des établissements dont les activités demeurent autorisées
 - les déplacements pour motif de santé ;
 - les déplacements pour motif familial impérieux, pour l'assistance des personnes vulnérables ou pour la garde d'enfants ;
 - les déplacements brefs, à proximité du domicile, liés à l'activité physique individuelle des personnes, à l'exclusion de toute pratique sportive collective, et aux besoins des animaux de compagnie.
- Les patients autorisés à sortir devront être munis, lors de leurs déplacements hors de leur domicile, d'une attestation sur l'honneur leur permettant de justifier que le déplacement considéré entre dans le champ de l'une de ces exceptions (les équipes de soins doivent apporter une aide au patient pour la réalisation de cette attestation lorsque cela s'avère nécessaire).
- Un assouplissement des conditions pour les personnes en situation de handicap ou touchées par des troubles psychiatriques et leur accompagnant (sortie non limitée à 1 heure et à 1 km et sortie non limitée dans leur fréquence ou leur objet) : la personne ou son accompagnant doit justifier aux forces de l'ordre d'un document attestant de la situation particulière de handicap ou de trouble psychiatrique. Il faut toujours pour autant remplir et avoir l'attestation habituelle dérogatoire de déplacement¹⁰. Les

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000041747861&dateTexte=20200419>

¹⁰ <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/coronavirus/article/foire-aux-questions>

équipes évaluent la bonne compréhension de ces consignes par le patient et lui remettent les attestations si nécessaire.

- Ces déplacements seront contrôlés et l'absence de cette attestation sera sanctionnée d'une amende de 135 euros (décret n°2020-264 du 17 mars 2020).
- Par ailleurs, le représentant de l'État dans le département est habilité à adopter des mesures plus restrictives en matière de déplacement des personnes lorsque les circonstances locales l'exigent (article 2 du décret n° 2020-260 du 16 mars 2020).

Cas particulier des demandes de sorties et de programmes de soins des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

- Les règles énoncées ci-dessus s'appliquent à l'ensemble de la population et doivent se cumuler avec les règles relatives aux sorties accompagnées et non accompagnées prévues à l'article L3211-11-1 du Code de la santé publique. Les sorties accompagnées et non accompagnées à présenter à l'autorisation préfectorale devront se faire uniquement pour les 4 derniers motifs dérogatoires qu'il faudra expliciter dans les demandes que vous adresserez le cas échéant au service régional soins psychiatriques sans consentement.
- Par ailleurs, si les patients sont autorisés à sortir par le représentant de l'État, il faudra (tout comme les soignants les accompagnants) qu'ils aient en leur possession une attestation de déplacement dérogatoire.
- Il est également fort possible que le Préfet de département restreigne les sorties comme l'article 2 l'y autorise, ou que des autorisations de sorties soient refusées.
- Concernant les programmes de soins, il convient d'évaluer l'état de santé du patient et la nécessité de celui-ci au regard du confinement imposé à la population. Les programmes de soins devront être rédigés de la manière la plus explicite possible et devront être détaillés. Il est également possible que le Préfet refuse que la prise en charge du patient soit modifiée.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le service régional soins psychiatriques sans consentement.

Audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) :

En période épidémique, les médecins de l'établissement adressent les saisines concernant les patients admis en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDT, SPI, SDTU) comme d'habitude au tribunal judiciaire, avec l'avis prévu à l'article L3211-12-1 du Code de la santé publique. Si des motifs médicaux font obstacle à l'audition de la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement, un deuxième avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition, est transmis.

Concernant les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, les médecins de l'établissement adressent comme d'habitude l'avis motivé et le cas échéant l'avis médical, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État au service régional soins psychiatriques sans consentement de l'ARS.

Comme d'habitude, les patients doivent pouvoir s'entretenir avec l'avocat de leur choix et notamment avant l'audience du JLD. Si l'entretien physique n'est pas possible, l'avocat doit pouvoir joindre par téléphone le patient et être joint par ce dernier.

A cette fin, indiquer le numéro de téléphone du service où peut être joint le patient sur les documents communiqués au greffe serait opportun.

Les établissements indiquent également à l'ARS le numéro de téléphone du service où le patient peut être joint.

Les tribunaux judiciaires et les Cours d'appel font connaître à l'établissement les modalités de tenues des audiences.

En outre, pour tout complément d'information, l'établissement est invité à se rapprocher du service régional des soins psychiatriques sans consentement de l'agence par mail :

- nadia.boulharouf@ars.sante.fr
- marie.fontaine@ars.sante.fr
- Pour les départements 93-94 : willy.william@ars.sante.fr
- Pour les départements 92-78-95 : christine.valette@ars.sante.fr
- Pour les départements 91 et 77 : melanie.lorenzo@ars.sante.fr.

Cas de la psychiatrie de liaison :

- Les demandes de psychiatrie de liaison qui ne relèvent pas de caractère d'urgence ou qui peuvent être reportées doivent l'être
- Il convient de se référer aux consignes de la structure d'accueil en lien avec le COVID-19 (service hospitalier avec consignes, maternité, réa, etc.)
- Lorsque la demande émane d'un établissement médicosocial (EHPAD, MAS, FAM) : il convient de privilégier la visioconférence si cela est possible
- Les services de psychiatrie de liaison peuvent être amenés à apporter un appui pour la continuité des soins psychiatriques des patients hospitalisés sous contrainte et transféré sur une unité de soins somatiques pour une forme grave de COVID-19
- Les services de psychiatrie de liaison sont souvent sollicités en renfort par les services de soins somatiques pour l'accompagnement et la prise en charge des familles de patients atteints de COVID-19
- De même, ils sont une ressource importante pour le soutien aux professionnels des services de soins somatiques directement impactés par les conséquences psychologiques du travail en contexte épidémique

Structures ambulatoires :

Les recommandations de la [Fiche COVID 19 et psychiatrie¹¹](#) et son annexe pour les structures ambulatoires du Ministère de la santé s'appliquent.

De principe, l'ensemble des structures de soins ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ, HDN, etc.) maintiennent leur ouverture, avec des modalités de soins adaptées pour permettre le respect des gestes barrière (arrêt des activités de groupe, etc.).

¹¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-psy-ambulatoire_covid-19.pdf

Les fermetures se conçoivent uniquement dans le cadre du Plan de Continuité d'Activité de l'établissement pour faire face à un absentéisme important. Ces décisions sont prises par la cellule de crise de chaque établissement.

Dans ce cas, l'équipe doit évaluer, pour chaque patient dont les soins vont être modifiés, quel impact cela risque d'avoir sur sa situation clinique et quelles solutions alternatives (VAD, téléconsultation, appels téléphoniques, etc.) peuvent être mises en œuvre.

La réalisation d'un état des lieux complet de la file active de chaque structure doit permettre d'identifier les patients les plus à risque et le niveau de prise en charge à mettre en place pour chaque patient. Le risque sera qualifié de faible/normal/fort/majeur à partir de la prise en compte d'éléments relatifs au niveau de stabilité sur le plan psychiatrique, d'adhésion aux soins, d'autonomie, à la situation au regard des accompagnements sociaux ou médico-sociaux ou encore à la présence d'un soutien de l'entourage.

Cet état des lieux de la file active, traduisant la mise en place d'un dispositif de suivi et d'aide à la décision, permet ainsi d'organiser le rappel téléphonique de tous les patients de la file active, en commençant par les patients les plus à risque.

Une vigilance particulière doit être portée sur les situations à risque de violences au domicile : le confinement est une source d'augmentation des violences intra familiales (violences physiques et sexuelles). Il convient alors d'être vigilant sur les situations à risque lors des consultations (à distance ou en présentiel) avec les patients et de pouvoir réagir en conséquence (signalements, orientation vers des plateformes téléphonique d'urgence, de soutien, pour victimes de violences, pour personnes à risque de commettre des violences, etc.) afin de favoriser les interventions au plus tôt avec la justice et les partenaires. Les accueils en urgence des situations de violence et ou de maltraitance doivent être organisés en concertation avec la police et l'ASE pour permettre une évaluation et une PEC psychologique ou psychiatrique de ces situations quand elles sont déclarées

Cf. Recommandations régionales *Violences intra-familiales*¹² et les outils élaborés par les associations ad hoc.

Une articulation renforcée entre les soins psychiatriques et les partenaires associatifs ou acteurs de la prévention impliqués est à développer.

Activités thérapeutiques de groupe :

Les activités thérapeutiques de groupe doivent être suspendues pendant la période épidémique. Des soins doivent pouvoir s'organiser d'une autre manière dans ce contexte.

Il conviendra alors de recenser parmi les patients pour lesquels les soins sont suspendus, les situations des patients afin de graduer la nécessité de soins :

- Patients pour lesquels les soins peuvent être différés
- Patients pour lesquels la prise en charge peut se faire à distance (téléconsultation, appels téléphoniques, etc.)
- Patients dont le maintien d'un suivi en présentiel est indispensable (consultations en CMP ou VAD si nécessaire, avec l'ensemble des mesures de précaution évoquées)

¹² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Violences-intrafamiliales-54-Recommandations-ARSIDF.pdf>

Repas :

Les repas sont servis en chambre pour les patients à risque. Les repas au réfectoire sont organisés de manière à permettre le respect des distances préconisées, ceci dans la mesure du possible et au regard de la charge de travail supplémentaire pour le personnel.

Consultations dédiées handicap :

Il convient de reporter l'ensemble des soins présents non urgents pour cette population particulièrement fragile. Seules les urgences doivent être prises en charge.

Cependant :

- Les relations et coopérations de proximité, entre les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, antérieures à la période épidémique sont soutenues voire réactivées pour garantir le lien et le suivi des évolutions organisationnelles¹³.
- L'établissement de santé mentale peut mettre en place à cet effet une organisation permettant sa prise en charge en téléconsultation spécialisée et/ou téléexpertise des personnes présentant un handicap, notamment dans le champ de la pédopsychiatrie.

Équipes mobiles psychiatrie précarité :

Dans la situation épidémique actuelle, les actions collectives des EMPP (actions de formation collective, ateliers thérapeutiques, permanences dans les structures collectives, etc.) sont suspendues. L'affectation du personnel peut être temporairement modifiée afin de pouvoir assurer l'activité des EMPP sous une autre forme.

Les établissements organisent, dans le cadre de leur plan de continuité d'activité, les missions suivantes :

- Organiser le maintien du suivi en lien avec le secteur de rattachement pour le suivi individuel et pour la délivrance des médicaments.
- Assurer un soutien aux personnes et aux équipes par des moyens tels que des permanences téléphoniques
- Prévoir des modes organisationnels d'intervention auprès des personnes et des équipes en difficulté : à distance quand ceci est possible ou en présentiel quand l'environnement permet de respecter les mesures barrières.

Electro-convulsivo-thérapie (ECT) :

Dans le contexte épidémique, de réorganisation des ressources en anesthésie et réanimation, l'activité d'ECT se trouve le plus souvent très perturbée.

Les soins d'ECT ont plusieurs particularités à prendre en considération dans le contexte :

- Consommation de ressources RH en anesthésie et de médicaments d'anesthésie
- Utilisation d'un plateau technique de réveil, souvent redéployé dans le cadre de la réorganisation des services de soins somatiques

¹³ Cf. « Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé et des professionnels de ville aux personnes en situation de handicap en établissement ou à domicile pour la prise en charge des patients covid-19 », ministère chargé de la santé, 10/04/2020
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/consignes_professionnels_sante_patients_handicapes_covid-19.pdf

- Acte potentiellement à risque de contamination (ventilation superficielle) nécessitant une protection adéquate

Il convient, comme l'ensemble des soins psychiatriques « à risque de contamination » (activités de groupe notamment) d'étudier la file active des soins d'ECT, de déprogrammer / reporter les soins qui peuvent l'être.

Il convient également de pouvoir mesurer au regard d'une balance bénéfice / risque l'ensemble des nouvelles indications d'ECT. Ainsi, les indications d'ECT doivent être réduites aux situations où la non mise en place de ces soins représentent une perte de chance significative pour les patients avec un critère de sévérité des troubles (catatonie résistante par exemple).

Une réorganisation des circuits de soins est à envisager afin de pouvoir assurer un niveau d'activité minimal d'ECT.

Afin de pouvoir répondre à ce besoin pour les EPSM dont le circuit habituel de réalisation d'ECT est suspendu, 2 cliniques psychiatriques privées peuvent renforcer l'offre publique actuelle en assurant en hospitalisation de jour les ECT pour des patients testés négatifs au COVID-19 :

- Clinique Bellevue à Meudon (92)
- Maison de Santé d'Épinay à Épinay sur Seine (93)

3.1.2 Mesures pour les soignants dans les structures de soins

Les précautions gouttelettes et contact sont efficaces pour protéger les personnels d'une infection à COVID-19. A l'inverse, la prise en charge d'un cas COVID-19 sans mesure de précautions expose les personnels à l'infection.

Ci-dessous, l'application des recommandations au contexte des EPSM.

Prévention de la contamination par voie respiratoire

- *Indications du masque chirurgical*

- Toute personne, **patient ou personnel**, qui a des signes d'infections respiratoires (fièvre, toux, rhume, syndrome grippal...) doit porter dès l'arrivée dans la structure un masque chirurgical pour limiter la projection de gouttelettes. Les personnels sont vigilants pour s'assurer que tout patient qui présente des signes d'infection respiratoire porte un masque chirurgical.
- Les personnes à risque de COVID-19 ne pouvant pas toujours être repérées dès leur arrivée dans la structure de soins, les personnels d'accueil de la structure de soins portent un masque chirurgical en continu (à changer toutes les 4 heures¹⁴) : accueil de l'hôpital, accueil/secrétariat des CMP, etc.

Pour ce personnel d'accueil, un masque visiteur simple est suffisant s'il est situé derrière un comptoir à plus d'1 mètre de distance ou avec une vitre de sécurité.

¹⁴ Avis de la Société française d'hygiène hospitalière du 14 mars 2020 relatif aux conditions de prolongation du port ou de réutilisation des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé

- Les réunions en présentiel regroupant au-delà de 5 personnes doivent être évitées ou réalisées dans une salle permettant une distanciation suffisante. Les vidéo ou téléconférences sont privilégiées.
- Pour les personnels qui ont une pathologie chronique (transplantation pulmonaire, corticothérapie au long cours etc.), indication à poser en lien avec le service de santé au travail.

- *Indications du masque FFP2*

De principe, les indications de port de masque FFP2 en lien avec le COVID-19 ne concernent pas les EPSM, sauf pour les soignants qui exercent dans une unité COVID PSY et pour des actes de soins à risque de contamination par gouttelettes^{15, 16} (par exemple : prélèvement naso-pharyngé, kinésithérapie respiratoire, mise en CSI, gestes sur la filière respiratoire au cours des ECT).

Pour les visites à domicile, le port de masque FFP2 (associés aux EPI permettant une protection de la tenue), est à discuter au cas par cas.

3.2 Personnel contact de cas confirmé

Le port d'un masque chirurgical et le respect strict du lavage des mains selon les recommandations par un personnel garantissent l'absence de risque de contamination des patients et des autres personnels.

Conduite à tenir :

Définition d'un contact : patient ou personnel ayant été exposé à un patient COVID-19 (cas confirmé), à moins de 1 mètre de distance (contact rapproché), sans équipement de protection individuel, notamment sans masque.

Pendant les 14 jours qui suivent la dernière exposition, recommander à tout personnel contact d'un cas COVID-19 de :

- Surveiller sa température corporelle 2 fois par jour, ainsi que l'apparition de tout symptôme nouveau
- Porter un masque chirurgical sur le lieu de travail, en continu.

¹⁵ Avis de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H, <https://www.sf2h.net>) du 4 mars 2020 relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé : « Le port d'un masque de protection respiratoire filtrant de type FFP protège les personnels soignants de la diffusion par voie aérienne d'agents infectieux de très petite taille. Le port de ce type d'appareil de protection respiratoire est recommandé pour les personnels soignants prenant en charge des patients atteints de rougeole ou de tuberculose. Il peut être également recommandé dans des situations de prise en charge d'autres pathologies infectieuses respiratoires en cas de risque d'aérosolisation, notamment lors de la réalisation d'actes invasifs ou de manœuvres sur les voies respiratoires. La SF2H recommande que les masques filtrant de protection de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants qui réalisent des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire ».

¹⁶ Advice on the use of masks in the context of COVID-19 Interim guidance 6 April 2020 - World Health Organization - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693> : "Health care workers should:

•Wear a medical mask when entering a room where patients with suspected or confirmed COVID-19 are admitted.

•Use a particulate respirator at least as protective as a US National Institute for Occupational Safety and Health-certified N95, European Union standard FFP2, or equivalent, when performing or working in settings where aerosol-generating procedures, such as tracheal intubation, non-invasive ventilation, tracheotomy, cardiopulmonary resuscitation, manual ventilation before intubation, and bronchoscopy are performed."

- Friction hydro-alcoolique rigoureuse des mains.

Si apparition de symptômes (fièvre, toux, rhume, syndrome grippal, ...),

- Arrêter de travailler,
- Faire réaliser un test par RT-PCR

3.3 Besoins en équipements de protection individuelle

Une dotation hebdomadaire en masques est définie pour les établissements. En cas de risque de rupture de stock à brève échéance, les établissements contactent :

- -pour les masques, la BAL ars-idf-covid-logistique@ars.sante.fr
- -pour les autres EPI, équipements, médicaments : la BAL ars-idf-covid-ressources@ars.sante.fr

4. Organisation interne de l'activité

4.1 Plan de continuité de l'activité

Actualisation nécessaire du Plan de continuité de l'activité de tous les établissements.

Ce plan doit viser la continuité de l'activité des structures prioritaires de l'établissement pour faire face au risque d'absentéisme du personnel.

Pour les EPSM, il est recommandé de viser le maintien de l'activité dans :

- Les centres médico-psychologiques (CMP) : afin de maintenir une continuité des soins ambulatoires pour les patients, limiter le risque de décompensation psychiatrique qui viendrait emboliser les services d'urgences et d'hospitalisation complète.
- Les services d'hospitalisation complète, prioritairement les services d'hospitalisation sectorisés
- Les équipes de psychiatrie de liaison afin de permettre la prise en charge des situations de patients instables ou d'apporter leur appui pour la continuité des soins psychiatriques des patients sous contraintes

Le plan doit prévoir la fermeture des structures non prioritaires et la gradation est à définir par l'établissement : CATTP, consultations spécialisées, équipes mobiles, HDJ, HDN, etc.

Pour les structures fermées, l'établissement procède à l'analyse de la file active et met en place les moyens nécessaires au maintien du lien avec les patients, selon les recommandations décrites dans le présent document.

Cette gradation est spécifique aux établissements de santé mentale et chaque établissement établit une gradation qui lui est propre selon les structures dont il dispose.

En cas de fort absentéisme, le responsable de l'établissement peut avoir recours aux plateformes de renforts :

- www.renforts-covid.fr
- www.soignereniledefrance.fr, en lien avec l'URPS médecins
- www.inzee.care pour les interventions d'infirmiers.

En cas de situation fortement dégradée, l'établissement contacte la délégation départementale de l'ARS.

En cas de nécessité, les soignants peuvent faire appel à un hébergement temporaire en hôtel afin de limiter les déplacements et les risques de contamination de leur domicile¹⁷.

4.2 Prévention en santé mentale pour les personnels soignants

Les personnes les plus susceptibles de développer des troubles anxieux sont les professionnels de santé de première ligne et les autres personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec la maladie (patients, entourage de patients, personnes résidant dans des zones infectées).

Les facteurs susceptibles d'augmenter les troubles anxieux, au-delà de la proximité au virus (cf. point précédent) sont notamment pour le grand public la gravité perçue de la maladie, la désinformation (fake news), la mauvaise compréhension des messages de santé, le manque de connaissance et les incertitudes concernant le virus et les comportements à adopter, le manque de confiance dans l'information diffusée, le manque d'efficacité perçue des mesures proposées.

Pour les professionnels de santé et les personnes atteintes s'ajoutent la culpabilité (peur de contaminer ou d'avoir contaminé, y compris vis-à-vis de son entourage) et la stigmatisation du fait de leur proximité avec le virus.

Afin de préserver la santé mentale des professionnels de santé (toutes catégories professionnelles confondues), à la liste des mesures prises par les établissements (salles de repos, gestion du stress, outils pour rassurer leurs familles...) peut être ajoutée une proposition de soutien psychologique par les équipes de santé mentale qui pourraient se rendre disponibles - par exemple à cause de l'annulation par les patients d'activités programmées telles que des bilans autisme.

Ce soutien peut être imaginé sur diverses modalités adaptées au contexte telles que celles testées par les établissements en Chine : de l'appui téléphonique, de la mise à disposition d'ateliers de gestion du stress ou des visites régulières de l'aire de repos ou des temps de transmission inter-équipes (jour comme nuit) par des psys pour écouter les difficultés ou histoires rencontrées par les personnels et fournir un soutien en conséquence. Les modalités doivent être mixtes (présentiel et téléconsultation), polyvalentes et adaptables à chaque situation locale et temporelle.

Cf. Recommandations régionales Prévention en santé mentale¹⁸ et Actions en faveur de la santé mentale¹⁹ sur le site de l'ARS IDF

4.3 Réorganisation des activités suspendues

Les premières étapes de la réorganisation face à la crise ont vu un arrêt de nombreuses activités de soins en psychiatrie afin de pouvoir limiter les risques de dissémination de l'épidémie, mais aussi dans le cadre du Plan de continuation de l'activité des établissements afin de limiter l'impact de l'absentéisme des soignants pour les activités de soins essentielles.

¹⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Frais-taxi-nuitées-hotel-41-Recommandations-ARSIDF.pdf>

¹⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Covid19-Doctrine-Prevention-sante-mentale-recommandations-ARSIDF.pdf>

¹⁹ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-offre-soutien-sante-mentale-34-Recommandations-ARSIDF_0.pdf

La réorganisation urgente et de crise a maintenant été réalisée dans les établissements, et la perspective de la fin du confinement est annoncée. La fin du confinement ne sera pas la fin de l'épidémie, et l'offre de soins ne peut être réduite aux activités essentielles sur le long cours.

Il convient alors de se pencher sur la préparation de la reprise des activités de soins suspendues, et ceci pour plusieurs raisons :

- Limiter l'impact sur la santé des patients de la suspension prolongée de certaines activités de soins
- Permettre une reprise des soins avec le maximum de sécurité
- Pouvoir répondre aux possibles nouvelles demandes de soins engendrées par la période du confinement : les données actuelles font envisager une augmentation de l'activité en psychiatrie en lien avec la durée du confinement mais aussi après la levée de celui-ci, notamment :
 - o un surcroît d'activité lié aux possibles ruptures de soins pendant la période de confinement,
 - o les conséquences du confinement sur les patients déjà suivis aux capacités d'adaptation peu importantes,
 - o Les conséquences du confinement sur de nouveaux patients (facteur de stress majeur) avec un risque d'apparition de pathologies psychiatriques,
 - o Les conséquences du travail prolongé dans la période épidémique pour les professionnels de santé

Les soins concernés par cette suspension sont le plus souvent les activités de groupe, les consultations spécialisées, les centres de diagnostic, de référence, etc., soit toutes les activités de soins suspendues dans les premiers temps de la crise.

La reprise de ces activités de soins impliquera la réaffectation des professionnels à leurs unités d'origine et doit donc être organisée au regard de l'absentéisme dans chaque établissement.

La temporalité de cette reprise est à appréhender en termes de réflexion bénéfice/risque sur le plan psychiatrique et épidémique :

- bénéfiques à la reprise des soins pour la santé psychique des patients et l'impact qu'elle aura sur l'épidémie (limiter les décompensations, les passages aux urgences, favoriser l'éducation aux mesures barrière, etc.)
- risques liés à la poursuite de leur suspension dans la durée pour la santé psychique des patients et l'impact qu'elle aura sur l'épidémie

Selon le type d'activité, la temporalité est à envisager en amont du déconfinement, ou au moment du déconfinement.

4.3.1 Avant le déconfinement

Tant que le confinement est maintenu, il est essentiel qu'il soit pleinement respecté. Les prises en charge à distance doivent être privilégiées et les prises en charge en présentiel réduites au strict minimum. Pour autant, compte-tenu de la prolongation de la durée du confinement, chaque équipe réalise un état des lieux complet de la file active de la structure et procède à une nouvelle analyse bénéfice-risques, pour adapter si nécessaire les modalités de prises en charge mises en œuvre pour chaque patient.

Pour répondre aux indications urgentes, une offre complémentaire d'ECT est activée au niveau régional (cf. 3.1.1).

4.3.2 Préparation du déconfinement et reprise de l'activité

Chaque équipe s'appuie sur l'état des lieux complet de la file active de chaque structure réalisé pendant la période de confinement pour identifier les patients pour lesquels la balance bénéfice-risques est la plus en faveur d'une reprise rapide des prises en charge en présentiel. Cette analyse prend en compte la situation clinique de chaque patient sur les plans somatiques et psychiatriques. Pour les patients à risque de forme grave de COVID-19, les modalités de prise en charge sont organisées au cas par cas et les modalités alternatives au présentiel restent privilégiées. Pour les patients qui présentent une aggravation de leur état psychique suite au confinement, le programme de soins est révisé afin de permettre une intensification des soins, en complétant le temps en présentiel par des interventions en télémédecine ou au domicile.

La circulation des patients dans les lieux de soins est réorganisée pour limiter les rassemblements et contacts (circulation dans les locaux, salles d'attente avec espaces suffisants, accès aux SHA, horaires de RDV aménagés et respectés, etc.). L'organisation évite tout contact inutile entre les personnes. Un avis d'infectiologue ou d'hygiéniste est sollicité.

Les consignes d'autosurveillance sont rappelées très régulièrement aux patients, selon des modalités adaptées à leurs capacités de compréhension. Une conduite à tenir claire en cas d'apparition de symptômes évocateurs leur est donnée. L'équipe s'assure de la possibilité effective pour chaque patient de consulter un médecin généraliste en cas d'apparition des symptômes et propose une solution pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant.

La prise de température doit être possible par le personnel de la structure ambulatoire à tout moment de la journée, en cas de doute sur l'état d'un patient. Un protocole est établi en cas d'apparition de symptômes pendant la présence du patient dans la structure : modalités d'isolement, présence des EPI pour le personnel intervenant auprès du patient, orientation médicale avec et sans présence de signes de formes grave, modalités de gestion des cas contacts.

Une attention particulière est prêtée à l'entretien des locaux, avec application stricte des recommandations quant à la fréquence et les modalités du bionettoyage.

Une réflexion doit être réalisée par chaque établissement concernant les modalités de transport à recommander aux patients lorsque ses venues à l'établissement sont actées : les patients qui se déplacent en transport conventionné ou individuel peuvent maintenir ces modalités de déplacement ; pour les patients qui se déplacent en transport en commun, une évaluation bénéfice / risque du déplacement pour les soins est à réaliser. Dans la mesure du possible, les déplacements en taxis conventionnés sont privilégiés.

Les visites à domicile, décidées au cas par cas, doivent être organisées avec une attention particulière sur le respect des mesures barrière, de la distanciation sociale et du port de masques.

Chaque établissement identifie enfin les évolutions de son offre de soins qui seraient souhaitables pour répondre à des besoins nouveaux ou accrus en lien avec le confinement.

L'articulation avec les partenaires sociaux et sanitaires en ville doit être adaptée aux modalités de déconfinement qui seront prises au niveau national (par exemple sur l'aide alimentaire aux plus vulnérables ou sur la réalisation des tests en ville). Les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent être facilitateurs de ces articulations et de leur ajustement selon les changements du contexte.

ANNEXE 1 : Liste des membres du groupe de rédaction

Premier groupe de rédaction :

WOLFF	Michel	GHU PPN Ville-	réanimateur
ALBERT	Sophie Marie-	Evrard Ville-	directeur
BOISSEL	Paule	Evrard Ville-	directrice des soins
CAMALET	Maryse	Evrard	directrice IFSI IFCS
PHAN	Nadine	GHU PPN	directrice des soins
MORANGE	Ghislain	GHU PPN	cadre de santé
BOITEUX	Catherine	GHU PPN	psychiatre
PINEDE	Daniel	ARS	psychiatre
WALLON	Laure	ARS Ville-	directrice de projet
AIME	Catherine	Evrard	médecin du travail

Groupe de révision de la doctrine 17/04/2020 :

WOLFF	Michel	GHU PPN	réanimateur
ALBERT	Sophie Marie-	EPS Ville-Evrard	directeur
BOISSEL	Paule	EPS Ville-Evrard	directrice des soins
PHAN	Nadine	GHU PPN	directrice des soins
MORANGE	Ghislain	GHU PPN	cadre de santé
BOITEUX	Catherine	GHU PPN	psychiatre
PINEDE	Daniel	ARS	psychiatre
WALLON	Laure	ARS	directrice de projet
ARCELLA GIRAUX	Pilar	ARS Association Gombault	psychiatre
DELHOMMEAU	Laurent	Darnaud	psychiatre
VASSAL	Laurent	EPS Ville Evrard	psychiatre
POMMEPUY	Noël	EPS Ville Evrard	psychiatre
LEBOYER	Marion	Henri Mondor	psychiatre
BOISSERIE	Cécilia	GH Paul Guiraud	directrice
MAMAN	Judith	Hôpital Saint Maurice	psychiatre

ANNEXE 2 : Recommandations et organisation à destination des unités COVID PSY

Pour contenir l'épidémie et assurer l'indispensable continuité des soins pour les patients souffrant de troubles psychiques, l'ensemble des établissements sont encouragés, dans la mesure de leurs possibilités matérielles, à développer des unités COVID PSY.

Ces unités nécessitent une organisation particulière, un redéploiement de personnel, des conditions logistiques favorables, des locaux disponibles, des ressources matérielles suffisantes, et l'ensemble de ces caractéristiques ne peuvent être remplies par l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie. Nous devons donc travailler à ce déploiement avec les établissements qui le peuvent, avec ceux qui le pourraient et accepter que certains ne remplissent pas l'ensemble des conditions nécessaires pour en mettre en place.

L'Agence travaille avec les établissements qui n'en ont pas encore déployé pour tenter de lever les freins à cette mise en place.

Certains principes communs à ces unités doivent être soulignés et avoir valeur de recommandations :

- **Coordination de l'unité :**

Le principe de pluridisciplinarité de l'équipe avec alliance d'une coordination assurée par l'équipe psychiatrique et par l'équipe somatique en association proche avec la pharmacie de l'établissement.

L'admission d'un patient et sa sortie relèvent autant des décisions liées aux troubles psychiques qu'aux troubles somatiques.

- **Indications d'admission :**

Il paraît illusoire de penser hospitaliser dans ces unités l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiques COVID + (test PCR ou TDM) ou suspects.

Ainsi, certains critères d'admission permettent de prioriser :

- patient COVID + (cas possible ou confirmé) présentant des signes respiratoires (nécessitant des soins somatiques) hors signe de gravité (non éligibles aux plateaux de soins critiques)
- patient COVID + (cas possible ou confirmé) pour lequel le respect des mesures d'isolement, de distanciation, de gestes barrières, est impossible

- **Organisation des locaux :**

L'organisation de l'unité doit suivre les recommandations établies pour les services de soins accueillant des patients COVID +.

Les chambres individuelles sont à favoriser. L'hygiène et l'aération des locaux sont renforcées et protocolisées. Le circuit de lavage est dédié.

Des espaces de déambulation doivent être proposés aux patients qui ne peuvent rester dans leur chambre, en recherchant le plus grand respect des gestes barrières. Les transferts vers ces espaces de déambulation doivent être encadrés strictement. Ces espaces font l'objet de mesures rigoureuses de bionettoyage

- **Matériel :**

L'unité doit être dédiée de matériel de protection suffisant et son utilisation doit se faire dans le respect des recommandations du HCSP.

Dans la mesure du possible, l'accès à l'oxygénothérapie est recommandé sur l'unité, l'Agence travaillera avec les établissements à sa mise en place pour ceux qui n'en serait pas pourvus.

- **Formation de l'équipe :**

L'équipe de soins doit être formée à l'utilisation du matériel et aux procédures spécifiques. Elle doit être affectée à cette seule unité.

- **Parcours filière :**

Un parcours garantissant l'accès aux soins critiques en MCO est organisé afin de pouvoir éviter toute perte de chance aux patients dont l'état clinique somatique s'aggrave

- **Sorties des patients :**

Les sorties des patients sont organisées avec le service adresseur quand les critères d'admission ne sont plus remplis : amélioration clinique du COVID avec disparition des signes respiratoires, guérison du COVID²⁰ ou capacité à appliquer les mesures barrières, de distanciation, d'isolement.

Lorsque l'état clinique psychiatrique du patient ne relève plus de soins en hospitalisation complète, une sortie d'hospitalisation est directement possible avec organisation de la continuité des soins nécessaires en ambulatoire sur le plan psychiatrique mais également sur le plan somatique, en prenant en considération les conditions de vie de la personne.

Afin d'assurer un fonctionnement optimal de ces unités, des principes communs sont indispensables pour éviter toute perte de chance aux patients souffrant de troubles psychiques atteints de COVID. Ces principes sont :

- **Principe de non sectorisation :**

Les unités COVID PSY ne sont pas sectorisées.

Les admissions se font en fonction des capacités d'accueil.

Les admissions se font dans l'unité COVID PSY la plus proche disposant de places.

- **Principe de transferts :**

Des transferts entre unités COVID PSY peuvent être envisagés lorsque certaines arrivent à leur capacité maximale et d'autres ont encore des places disponibles.

Ces transferts paraissent incontournables devant l'évolution territoriale différenciée de l'épidémie et les capacités des unités COVID PSY non reliées à la population totale de patients pris en charge.

²⁰ Avis du Haut Conseil de la Santé publique du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2

- **Principe de transparence :**

Publication de la liste des unités COVID PSY régulièrement mise à jour par l'ARS

Diffusion à l'ensemble des unités COVID PSY et à l'ARS des coordonnées et référents de chaque unité COVID PSY de la région.

Sur la base des données remontées par les établissements dans SI-VIC, recensant les patients COVID+, et des informations renseignées par les établissements dans une enquête ad hoc, l'agence réalise une veille bi hebdomadaire des capacités disponibles. En cas d'apparition de tensions, un dispositif renforcé sera mis en place. L'état des lieux de l'occupation des unités COVID PSY pourra également servir d'indicateur d'évolution de l'épidémie dans la région, de manière globale mais également dans le cadre de l'évolution territoriale différenciée.

ANNEXE 3 : Mode opératoire pour le renseignement de SI-VIC en établissement spécialisés en santé mentale²¹

Ces propositions visent à compléter les consignes de remplissage de l'outil SI-VIC et ne se substituent pas aux consignes d'ouverture et de renseignement d'un dossier SI-VIC sur la plateforme nationale.

1. Admission/ création du dossier/validation d'un transfert « entrant »

La création d'une fiche patient COVID+ dans SI-VIC est réalisée selon les modalités décrites dans la procédure régionale²².

Deux modalités organisationnelles peuvent prévaloir :

- L'unité Covid + est une unité de regroupement de patients Covid+ pas ou peu symptomatiques, pour limiter les risques de contagion sur les autres unités. Le suivi médical est coordonné avec le suivi psychiatrique qui reste prépondérant.

ou

Le patient est admis en unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie non spécifique Covid+

➔ Admission en « hospitalisation psychiatrique »

- L'unité Covid+ est une unité de prise en charge médicale renforcée de patients Covid+ ; la prise en charge médicale est prépondérante par rapport à la prise en charge psychiatrique (// un séjour T2A de médecine peut être facturé)

➔ Admission en « hospitalisation conventionnelle »

2. Clôture du dossier Covid+

L'objectif de l'outil Si-VIC est d'assurer le suivi (volume, type de prise en charge, guérisons ou décès...) des patients diagnostiqués avec une pathologie Covid-19. Il convient donc de clôturer le dossier une fois les patients guéris, y compris pendant la durée de leur séjour en hospitalisation spécialisée en psychiatrie.

SI-VIC propose 4 statuts de dossiers :

- Décès
- Hospitalisation (réanimatoire (réa ou SI) / conventionnelle / SSR / psychiatrique)
- Soins aux urgences
- Retour à domicile

Deux statuts constituent donc pour les établissements spécialisés des options pour une fin de prise en charge : décès ou retour à domicile.

➔ Il est proposé de renseigner systématiquement « retour à domicile » dans SI-VIC, une fois la prise en charge spécifique « Covid+ » terminée, même si la prise en charge psychiatrique du patient se poursuit en hospitalisation.

²¹ Rédacteur : Cécilia Boisserie, adjointe au directeur, GH Paul Guiraud-CH Fondation Vallée

²² Recommandations régionales « Règles d'utilisation du système d'information SI-VIC dans le cadre de l'épidémie COVID-19 », ARS IdF

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Doctrine-SIVIC-20-Recommandations-ARSIDF.pdf>