

	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID 19	Création Date : 15/03/2020
		Validation technique Direction Métier Date : 08/10/2020
		Approbation Cellule Doctrine Date : 15/10/2020
		Validation CRAPS Date : 19/10/2020
COVID-19 15	<i>Activités de psychiatrie : adaptation à la phase rebond</i>	Version : 4 Date : 19/10/2020
		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

- 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 la COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.
- Ces recommandations régionales complètent et précisent la déclinaison, pour l'Île-de-France, des dispositifs prévus dans les recommandations nationales¹. Ces recommandations nationales sont pleinement applicables aux établissements d'Île-de-France.

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. Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale en période de reprise épidémique 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 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_psychiatrie_covid-19.pdf

1. Principes directeurs

1.1 Principes généraux applicables à tous les établissements

- Le principe de limitation de l'impact de la prise en charge de la COVID19 sur les autres activités non programmées et programmées doit prévaloir durant la phase rebond. La limitation de la déprogrammation doit rester un principe de base.
- Le principe d'équité d'accès aux soins doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la COVID19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopérations territoriales ou solidarité régionale afin de ne pas saturer un territoire ou un établissement et éviter une inaccessibilité aux soins hors COVID dans ces territoires.
- Le principe de territorialisation de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière doit être le moteur de la réponse hospitalière. Ainsi au sein de chaque territoire, une déclinaison opérationnelle des principes régionaux doit être effectuée entre les acteurs hospitaliers. Les filières COVID et non COVID doivent être identifiées. Une attention particulière doit être portée aux territoires dont la ressource hospitalière serait plus réduite que les autres.
- Le principe de montée en puissance coordonnée des territoires et des acteurs de santé est la règle. Elle est basée sur la définition de jauges (ou capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour COVID-19) par les établissements de santé (ES) sur la partie soins critiques et hospitalisation conventionnelle pour accueillir des patients COVID en fonction de l'impact sur les autres filières de soins. Ces jauges définissent des paliers au niveau du département et de la région. La progression d'un palier à l'autre doit se faire de façon coordonnée et simultanée au niveau de la région. Le partage d'information et la transparence doivent être le ciment de la coordination territoriale.
- Les principes de responsabilité populationnelle régionale et de solidarité s'imposent à tous les acteurs de santé pour garantir une prise en charge de tous les franciliens. Ainsi, une entraide territoriale et interterritoriale doit être un principe partagé par tous et implique de prendre en charge un patient provenant d'un autre territoire en cas de saturation des jauges et des capacités dans une partie du territoire francilien.

1.2 Application de ces principes pour la psychiatrie

- **Distinguer des filières de soins COVID19 + et COVID19 – dans les structures de soins** : cela implique des conditions matérielles de fonctionnement sécurisées avec des mesures barrières très strictes, notamment, la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients, des accès identifiés, un aménagement des salles d'attente, des chambres individuelles dans la mesure du possible et intègre aussi le déploiement de la stratégie de développement des tests, des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission.

- **Prendre en compte le risque accru chez les patients psychiatriques de développer des formes graves de la Covid avec une mortalité accrue pour ces formes.** Le respect des gestes barrière en permanence par les personnels et le repérage rapide des patients contaminés est donc essentiel.
- Favoriser la fluidité des parcours en prévoyant une filière d'aval.
- **Privilégier l'activité ambulatoire** : sous toutes ses formes (consultations, en présentiel, en distanciel, visites à domicile, téléconsultations, etc.) de façon à éviter les décompensations et limiter les passages aux urgences, mais aussi pour protéger patients et professionnels de la propagation du COVID-19. En phase rebond, compte-tenu de la durée de la situation de crise, les activités ambulatoires de psychiatrie doivent être préservées si possible.
- **Renforcer l'analyse et le suivi des files actives** : pour réduire les perdus de vue dans les files actives, atteindre les populations classiquement difficiles à atteindre et vulnérables
- **Concilier le respect des libertés individuelles et l'impératif de protection par rapport au virus.** En phase épidémique, comme en pratique courante, toute limitation de liberté se doit d'être justifiée médicalement, limitée dans le temps et régulièrement réévaluée. Les situations de restriction de liberté doivent faire l'objet d'une concertation institutionnelle, en associant les représentants des usagers.
- **Mettre en place une concertation territoriale, associant tous les acteurs de la santé mentale, pour prendre en compte l'impact de la situation sur les personnes dans leur globalité.**

2. Mécanismes d'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie

2.1 Hospitalisation complète : mesures adaptatives

- **Définition des jauges**

Il est nécessaire que chaque établissement puisse fixer des jauges d'HC permettant d'envisager des scénarios de montée en puissance des unités COVID et non COVID. Ces jauges doivent permettre d'anticiper l'ouverture d'une ou plusieurs unités COVID dans l'établissement.

Les mesures de gestion internes et les demandes de renforts externes nécessaires sont définies en même temps que les jauges.

Ces mesures sont à adapter au quotidien par la cellule de crise, notamment en fonction de l'absentéisme du personnel.

Les établissements ayant besoin de renforts RH s'inscrivent sur la plateforme Renforts RH <https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/>.

Un déplaçonnement des heures supplémentaires peut également être demandé à l'Agence.

- **A l'arrivée du patient :**

Afin de pouvoir réaliser l'évaluation initiale, l'organisation d'une période de sas pour entrants est recommandée. Cette période permet la réalisation du test RT-PCR, une évaluation fine des capacités du patient à respecter les gestes barrière et la distanciation sociale, la surveillance de l'existence ou de l'apparition de symptômes évocateurs du COVID-19. Elle permet également le recueil direct ou indirect des antécédents somatiques et données

somatiques précédant l'hospitalisation, notamment afin d'identifier si le patient entre dans la catégorie des personnes à risque de forme grave selon le HCSP.

Cette période de sas pour entrants peut s'organiser dans le service d'accueil du patient avec si besoin, confinement en chambre individuelle en recueillant l'accord du patient (et ce d'autant plus que son état clinique ne lui permet pas de bien appréhender les mesures barrières). Les précautions d'hygiène standard et gouttelettes sont prises tant que le diagnostic d'infection à SARS-CoV-2 n'a pas été éliminé. La pratique de la septaine stricte (chambre individuelle sans possibilité de sortie dans les espaces communs) doit être limitée aux strictes situations où elle ne peut être évitée.

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 unité doit privilégier les chambres individuelles.

La psychiatrie faisant partie des unités dans lesquelles les mesures de prévention sont difficiles à appliquer, **un dépistage par RT-PCR de tout entrant est préconisé**. Ainsi, les tests PCR sont réalisés et le résultat permet d'adapter les consignes pour un meilleur respect des libertés individuelles et une meilleure gestion pour les équipes de soins.

Les **tests antigéniques** peuvent être intégrés dans la stratégie de dépistage, pour les patients asymptomatiques et non cas contacts, en l'état actuel de la réglementation. Les établissements soumettent des protocoles à l'ARS pour ces opérations à l'adresse suivante ars-idf-covid-tests-bio@ars.sante.fr. Ces protocoles seront soumis au Ministère pour validation. Les opérations ne peuvent pas être autorisées sans cette validation du Ministère. La doctrine régionale en PJ précise les éléments à fournir pour l'élaboration du protocole² : il s'agit d'un protocole organisationnel et logistique allégé.

Les personnes présentant une pathologie psychiatrique constituent une population qui est particulièrement vulnérable à la pandémie actuelle de COVID19 du fait de leurs difficultés à respecter les mesures barrières, leur isolement, perte d'autonomie, et confinement en groupe, du retard d'accès aux soins, du risque de rechutes de leur pathologie psychiatrique. A cela se surajoute la possibilité de développer une forme grave de COVID du fait des comorbidités somatiques qui grèvent l'évolution de leurs troubles psychiatriques (maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, maladies respiratoires). Deux études récentes démontrent que les patients porteurs de maladies psychiatriques qui sont infectées par le COVID ont deux fois plus de risque que la population générale de faire une forme grave de COVID³ et ont une mortalité à 4 semaines de l'hospitalisation de 45% contre 31 % en l'absence de pathologies psychiatriques⁴.

S'y ajoutent, dans 40 à 70% des cas, des dysfonctions importantes de leurs processus immunitaires⁵. En effet, ces patients présentent une inhabilité génétiquement déterminée à se défendre contre des agents infectieux viraux, parasitaires et bactériens communs et que l'on pense être responsable de la présence de stigmates infectieux et de marqueurs d'inflammation

² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Covid19%20-%20Organisation%20d%E2%80%99op%C3%A9rations%20collectives%20de%20d%C3%A9pistage%20par%20tests%20rapides%20antig%C3%A9niques%20%28TRA%29.pdf>

³ Lee et al, Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study; *Lancet Psychiatry* 2020; Published **Online** September 17, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30421-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30421-1)

⁴ Li et al, Association of a Prior Psychiatric Diagnosis With Mortality Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection; *JAMA Network Open*. 2020;3(9):e2023282. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.23282

⁵ Pape et al, 2019

chronique observés chez ces patients⁶. Cette non-résolution infectieuse et cette inflammation chronique auxquelles se surajoutent des états de dysbioses gastro-intestinale, qui risquent d'une part d'altérer les réponses immunitaires cellulaires et humorales et d'autre part de favoriser l'émergence brutale de décompensation respiratoire chez des patients qui n'auraient pas été dépistés cliniquement du fait de leur symptomatologie atypique (absence probable de fièvre et de symptôme respiratoire). De plus, les difficultés à réaliser un test par RT-PCR après écouvillonnage nasal chez les patients psychiatriques, dans de bonnes conditions, augmentent le risque de ne pas diagnostiquer une infection au SRAS-Cov2 et **justifient dans ces populations à risque l'utilisation de tests rapides détectant les IgG et IgM en réponse immunitaire au SRAS-Cov2 après la période d'incubation**. Il est bien sûr recommandé d'utiliser des tests qui répondent aux exigences normatives et réglementaires IVD (in vitro diagnostic) marqués CE.

En cas de transfert dans, ou en provenance d'un autre établissement, avec respect des gestes barrières, une nouvelle période de confinement ne sera pas systématiquement prescrite. Son éventuel renouvellement devra faire l'objet d'une analyse individualisée et motivée.

- **Après la période d'évaluation initiale**, en l'absence de signes ou si test négatif, le cas échéant : régime d'hospitalisation identique aux autres patients.
- **CAT si apparition de symptômes :**

Se reporter aux recommandations élaborées dans les recommandations précédentes⁷. Les établissements autorisés en psychiatrie doivent assurer l'hospitalisation de patient COVID dont les symptômes ne justifient pas une hospitalisation en médecine ou en soins critiques, ils assurent alors leur suivi somatique.

Les établissements autorisés à la fois en psychiatrie et en médecine assurent l'hospitalisation de patients qui nécessitent une hospitalisation en raison de leurs symptômes COVID et de leur état psychique.

Les établissements disposent, dans le cadre d'une coopération territoriale, d'une **procédure simple d'adressage** à une structure disposant d'une unité de médecine ou de soins critiques en cas d'aggravation du patient

- **Autorisations thérapeutiques de sortie (permission) :**

Réévaluer les autorisations de sortie de courte durée en tenant compte notamment de la situation clinique de la personne, de sa perception du contexte épidémique, de sa capacité à respecter les gestes barrière et de son contexte environnemental.

S'assurer que le patient dispose d'un masque, chirurgical ou grand public, pour utilisation à l'extérieur. Son utilisation, son intérêt et l'importance du respect des gestes barrières et de la distanciation physique au cours de la permission lui sont expliqués.

- **Visites :**

Réévaluer les visites en intrahospitalier. Selon la configuration des locaux, l'établissement peut définir des règles relatives au nombre de visiteurs par jour ou à la durée des visites.

- **Activités collectives :**

⁶ Oliveira et al, 2014

⁷ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/015_ARSIdeF-CRAPS_2020-04-20_Doctrine_psychiatrie_V3.pdf

Le respect des gestes barrières est par nature compliqué lors de quelques activités comme les repas thérapeutiques. Plus largement, les activités collectives doivent être réévaluées, avec examen du bénéfice/risque, pour s'assurer que le respect de la distanciation physique et des autres mesures barrière est effectivement possible. Si ce n'est pas le cas, l'organisation est adaptée ou l'activité suspendue.

- **Fonctionnement des unités COVID PSY :**

Tant que la jauge nécessitant l'ouverture d'une unité COVID dans l'établissement n'est pas atteinte, ou en cas de saturation, l'établissement peut recourir aux unités COVID PSY régionales.

A date, deux unités COVID PSY régionales sont installées :

- au CASH de Nanterre (patients en soins libres)
- au GHU PPN (patients en soins libres et en soins sans consentement).

Elles ont vocation à accueillir les patients :

- COVID + (test fait)
- qui ne sont pas en mesure de respecter les gestes barrières en raison de leur pathologie psychiatrique
- dont le maintien dans leur hôpital d'origine pose problème en raison de l'absence d'unité COVID ou de sa saturation
- dont les symptômes liés à la COVID ne présentent pas de critère de gravité, peuvent être médicalement pris en charge sur le plan somatique et ne justifient pas une hospitalisation en médecine.

En fonction de l'augmentation du nombre de patients et de leur répartition dans les établissements, le nombre d'unités régionales COVID PSY sera réévalué.

Lorsque le patient est en mesure de respecter les gestes barrières, il reste dans son établissement. Si les locaux et la situation RH de l'établissement le permettent, il est pertinent de dédier une unité d'hospitalisation aux patients COVID+, afin de réduire le risque de transmission tout en favorisant la liberté d'aller et venir des patients au sein de l'unité.

2.2 Activité ambulatoire : mesures adaptatives

- **Adapter les prises en charge et activités de groupe en présentiel avec évaluation du bénéfice-risque :**

Formaliser un plan d'intervention individualisé adapté à la situation de chaque patient, selon le niveau de risque et la situation clinique

Organiser les activités en présentiel dans le respect des gestes barrières. En particulier, procéder à une évaluation de la possibilité effective de respecter la distanciation physique lors des repas thérapeutiques et autres activités collectives, en fonction de la superficie des locaux et de leur possibilité d'aération.

Réévaluer les modalités de transport à recommander aux patients pour leur venue. Reprendre les transports conventionnés pour les patients qui en relèvent, en évitant au mieux les regroupements de patients dans les véhicules.

Pour ceux qui sont contraints d'emprunter les transports en commun : s'assurer qu'ils portent un masque grand public, limiter les soins en présentiel si possible et privilégier les soins à distance ou à domicile.

Lors de l'utilisation de transports collectifs de l'établissement pour transporter simultanément plusieurs patients, respecter les distances physiques préconisées d'un mètre minimum entre chaque personne, le port du masque par toute personne à l'intérieur du véhicule et l'hygiène des mains.

- **Déployer les prises en charge en distanciel pour les patients qui le nécessitent :**

Mettre en place le suivi en distanciel et à domicile (VAD) pour les patients à risque.
Organiser le suivi des patients ne répondant pas aux appels téléphoniques.

Privilégier les PEC individuelles, y compris à domicile, lorsque c'est possible.

2.3 Soutien aux patients, familles, professionnels

- **Pour les patients et les familles**

Chaque établissement définit les mesures et les modalités de soutien adaptées à la situation des patients dont il a la responsabilité.

En sus, la plateforme Psy Ile-de-France (01 48 00 48 00) est ouverte 7 jours sur 7 de 13h à 21h depuis le 6 avril 2020, destinée aux familles franciliennes touchées par les troubles psychiques et aux patients eux-mêmes, en vue de faciliter l'accès aux soins psychiatriques dans le contexte actuel de crise sanitaire, avec 1) information, conseil et orientation personnalisés au terme d'une analyse de la situation, et 2) chaque fois que nécessaire écoute et soutien psychologiques adaptés.

De nombreuses ressources pour le soutien aux familles, la guidance parentale... sont disponibles sur un espace collaboratif animé par l'ARS.

- **Pour les professionnels, en particulier ceux des secteurs médico-sociaux et sociaux**, 2 objectifs prioritaires sont définis :
 - Offrir un soutien psychologique aux équipes : La Plateforme de soutien médico psychologique aux EHPAD assurée par le réseau francilien des CUMP sous la coordination du Dr G. ABGRALL, psychiatre référente de la CUMP de Paris et de la région île de France, est active. Elle propose des entretiens téléphoniques par les professionnels des CUMP et possibilité de déplacement dans les EHPAD pour des prises en charges sur site en lien avec les acteurs départementaux et les dispositifs en place. Accès par téléphone, 01.44.49.24.30, 7j/7 de 9h à 23h, ou par mail : cump75.covid19.nck@aphp.fr
 - Proposer des parcours fluides et éviter les ré-hospitalisations en psychiatrie de patients des structures médico-sociales et sociales. En particulier, les établissements qui disposent de dispositifs d'aller-vers à destination des structures médico-sociales (équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé par exemple) s'assurent de leur fonctionnement effectif et réévaluent les moyens qui leur sont attribués en fonction de l'activité.

- Pour tous : veiller aux **conséquences de l'épidémie et de l'augmentation des facteurs de risque psycho-sociaux sur la santé psychique de la population** :
 - Éventuels cas de psycho traumatisme dans la population générale : réactualiser, si besoin, les articulations et partenariats avec les deux centres régionaux psychotrauma (Paris Centre et Sud et Paris Nord). Par ailleurs, les 2 centres pilotent des plateformes spécifiques Covid, comme suit :
 - Paris Centre et Sud : Plateforme téléphonique dédiée à l'accueil et l'orientation (01 42 34 78 78) lundi au vendredi de 9h30 à 18h00 ou par mail Psycho.centreappel.htd@aphp.fr. Cette plateforme téléphonique propose des entretiens téléphoniques, téléconsultations et consultations présentiels réalisés par des psychologues et psychiatres pour tous les acteurs de santé et intervenants sociaux de la région. En sus de l'appui aux soignants, elle propose actuellement aussi un appui psy aux patients avec antécédent Covid+ en situation de détresse psychologique.
 - Paris Nord : Service de psychopathologie Hôpital Avicenne, tél. 01 48 95 54 74, psychotrauma.avicenne@aphp.fr Dispositif pour personnes ou familles endeuillées par l'épidémie COVID-19, tél. 01 48 95 59 40
 - Effets du confinement sur la santé psychique (anxiété, dépression, sommeil) : maintenir les dispositifs d'écoute, d'évaluation et d'orientation
 - Augmentation des idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide (accélération du déploiement du programme Vigilans sur la région)
 - Situations de violences intrafamiliales : déployer l'ensemble de l'offre de soins à destination des auteurs de violences et engager un suivi régional afin d'évaluer la nécessité de renforts
 - Augmentation des addictions : intensification de l'activité des suivis en addictologie et en réduction des risques (CSAPA, CAARUD, ELSA, etc.),
 - Santé physique des patients souffrant de troubles psychiques du fait de difficultés supplémentaires d'accès aux soins somatiques : apporter une vigilance importante aux orientations vers les partenaires de suivis somatiques dans les suivis psychiatriques (consultations dédiées, Pass psy...)

3 : Les outils de pilotage

- Au niveau régional, le pilotage institutionnel est assuré par le comité de coordination régional de l'offre de soins hospitalière. Les établissements autorisés en psychiatrie participent aux conférences téléphoniques régulières organisées par la Direction de l'offre de soins et reçoivent l'ensemble des documents et outils de pilotage produits au niveau de la région.

Les sources de données principalement utilisées pour le pilotage sont les données SIVIC (à renseigner pour les patients hospitalisés en raison de leurs symptômes COVID et non en raison de leur état psychique) et les disponibilités en lits déclarées dans le ROR (ne concerne pas les services de psychiatrie à ce jour).

- Sur le plan opérationnel, l'enjeu est de **monitorer, au niveau régional, les conséquences de la reprise épidémique sur l'activité de psychiatrie** :
 - Repérer les tensions de l'offre de soins,
 - Identifier les nouveaux besoins.

- Outils disponibles spécifiquement pour l'activité de psychiatrie :
 - Les établissements complètent **l'enquête quotidienne en ligne** sur les capacités en lits et le fonctionnement des activités ambulatoires. Les disponibilités renseignées sont consultables en ligne à tout moment et permettent de cibler les recherches de lits vers les établissements ayant déclaré des lits disponibles, en cas de saturation de l'établissement de référence du patient. Le principe de solidarité entre établissements pour permettre l'accueil des patients en attente de place dans leur secteur d'origine reste de la plus grande importance, pour que ces patients reçoivent les soins qui leur sont nécessaires et ne restent pas bloqués dans les SAU de façon inadaptée.
[Lien pour accéder à l'enquête :](#)

https://75.ars-iledefrance.fr/suivi_psy/
 - Un **tableau de bord hebdomadaire** est transmis aux établissements. Il permet d'observer la disponibilité des lits, le nombre de patients COVID et non COVID, l'évolution des tendances et le niveau d'ouverture des activités ambulatoires.
 - En cas de forte tension sur les capacités en lits d'HC, une cellule de régulation régionale des lits sera réactivée selon les besoins.

La cellule, si elle est réactivée, aura pour mission la recherche de lits pour un patient :

- âgé de plus de 18 ans
- pris en charge dans un SAU ou au CPOA
- relevant d'une hospitalisation en soins libres ou en soins sans consentement
- dont l'établissement gérant le secteur de rattachement ne dispose d'aucun lit disponible (et n'a trouvé aucune solution d'accueil dans les établissements publics et privés du département)
- nécessitant d'être transféré, de façon temporaire et avec engagement de reprise par l'établissement de secteur, vers un autre établissement autorisé en psychiatrie

Annexe 1 : Groupe de rédaction :

ALBERT BOISSEL	Sophie Marie-Paule	EPS Ville-Evrard EPS Ville-Evrard	directrice directrice des soins
PHAN	Nadine	GHU PPN	directrice des soins
WALLON ARCELLA GIRAUX	Laure Pilar	ARS ARS	directrice de projet psychiatre
LEBOYER MAMAN	Marion Judith	Henri Mondor Hôpital Saint Maurice	psychiatre psychiatre
DE FAVERGES BOISSERIE	Hélène Cécilia	APHP GHT Psy Paris Sud	Directrice adjointe Directrice adjointe
MORANGE	Ghislain	GHU PPN	Cadre de pôle