

FICHE ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE

CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS APPLICABLES À L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE ET LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE

Les établissements autorisés en psychiatrie, au même titre que l'ensemble des établissements, adaptent leur prise en charge pour la mise en œuvre des consignes gouvernementales décidées face à l'augmentation rapide du nombre de cas COVID-19 en France. Cette fiche rédigée le 22 mars 2020 dans le contexte du passage au stade 3 de l'épidémie au niveau national, vise à accompagner les acteurs dans ces réorganisations urgentes.

Des modifications profondes des modalités de prise en charge des patients suivis en psychiatrie sont nécessaires. Les filières doivent être réorganisées, les professionnels formés et les publics et leurs proches informés et accompagnés.

Ainsi, pour répondre à la situation de crise et à une potentielle augmentation des besoins de soins en psychiatrie, les établissements doivent modifier leur organisation pour **renforcer leur capacité de réponse en ambulatoire**, de façon à éviter des passages aux urgences d'une part mais aussi pour protéger leurs patients et leurs professionnels de la propagation du COVID 19.

L'impact du contexte d'épidémie et les mesures gouvernementales de confinement sont susceptibles d'avoir des conséquences psychologiques non négligeables sur un public déjà fragile, présentant des comorbidités somatiques importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social. De même, cette situation de crise sanitaire inédite et les mesures ordonnées par les pouvoirs publics peuvent favoriser l'apparition de troubles psychopathologiques ou de décompensations au sein de la population. Il importe que le dispositif de prévention et de soins dans le champ de la psychiatrie soit en capacité de répondre à cette situation de crise pour les publics concernés. Parallèlement les établissements autorisés en psychiatrie sont amenés à se mobiliser en soutien des établissements MCO : psychiatrie aux urgences, psychiatrie de liaison, mise à disposition de lits (psychiatriques COVID-19 et / ou somatiques), activation des CUMP, accueil de patients au CMP adressés par les structures d'urgence..., mais également des établissements sociaux et médico-sociaux.

Enfin, la prise en charge des patients avec signes respiratoires nécessite la mise en place d'une articulation anticipée et claire avec les filières MCO et en particulier les plateaux de soins critiques. L'articulation MCO-Psy pourrait nécessiter la mise en place d'unités co-animées par des psychiatres et des médecins somaticiens. Ceci est particulièrement important pour les établissements monodisciplinaires.

Il est rappelé que ces réorganisations doivent également être anticipées et pensées pour s'inscrire dans la durée.

Les points qui suivent concernent la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile.

1. Réorganiser et renforcer l'ambulatorio pour un maintien des CMP en première ligne et pour organiser le suivi des patients sortis d'hospitalisation

Il est important de maintenir une première ligne pour éviter les hospitalisations en urgence et prévenir notamment les rechutes de pathologies chroniques. Cette première ligne doit privilégier une réponse téléphonique, la téléconsultation (ou autre solution de visio-conférence) et un ensemble de modalités qui permettent de maintenir le lien, en allant au-devant des patients.

1.1. Des prises en charge uniquement individuelles

Seules des **prises en charge individuelles** sont organisées au regard du rapport bénéfice - risque de chaque situation clinique.

Les prises en charge de groupe et les activités sont suspendues pour limiter le risque de propagation virale (**fermeture des ateliers thérapeutiques en psychiatrie adulte, psychiatrie de la personne âgée et psychiatrie de l'enfant et adolescent**). Les HDJ sont de préférence fermées mais peuvent être maintenues uniquement pour des consultations ambulatoires et des prises en charge individuelles.

Les moyens dédiés aux activités interrompues devront ainsi être redéployés pour renforcer notamment la réponse téléphonique détaillée ci-dessous.

La venue des patients, lorsqu'elle est nécessaire, est organisée de façon à éviter les temps d'attente au sein des salles d'attente et la concentration de personnes au sein de la structure. **Les salles d'attente pourront être fermées**, les patients étant invités à attendre à l'extérieur, dans le respect des mesures barrières prévues. Les salles de consultation sont réaménagées de façon à pouvoir garder les distances nécessaires.

Il conviendra de limiter tant que faire se peut les transports par VSL ou en transports en commun pour réduire le risque de contamination virale.

Les interventions à domicile sont à évaluer au cas par cas au regard du rapport bénéfice-risque de chaque situation clinique, en lien avec les familles pour les patients de pédo-psychiatrie.

Les troubles psychiques, pouvant rendre plus difficiles la compréhension et l'application des gestes barrières et de la distanciation sociale, et les fragilités somatiques de cette population imposent une vigilance accrue de la part des soignants pour compenser ces difficultés.

Il est ainsi demandé aux soignants d'accorder la plus grande importance à l'éducation aux gestes barrière et à la distanciation sociale, à leur répétition pluriquotidienne, ainsi qu'à l'éducation à la santé et la promotion à la santé sur l'épidémie en cours et les moyens de s'en prémunir. La pédagogie consiste alors à répéter et démultiplier les moyens de communication et les accompagnements à leur compréhension, au-delà des affichages de consignes.

1.2. Privilégier une organisation téléphonique et la téléconsultation

Les structures de soins doivent mettre en place une organisation privilégiant les contacts téléphoniques et les téléconsultations (ou autre solution de visio-conférence).

Les prescriptions et modifications de traitement peuvent être adressées par fax/mail directement aux pharmacies des patients, avec copie au médecin traitant, permettant d'assurer une bonne réactivité. Pour certains patients les ordonnances sont renouvelées pour 3 mois, avec la mention

« renouvellement d'exception / contexte COVID » pour les rares ordonnances logiquement non renouvelables comme pour les hypnotiques.

L'accueil téléphonique doit être renforcé et organisé dans les CMP pour que les personnes en situation de détresse psychique puissent obtenir une réponse de façon à prévenir les décompensations et les prises en charge en urgence en situation de crise.

Il est essentiel que des contacts réguliers soient maintenus avec les patients et les familles (maintien du lien, informations pour les consultations maintenues ou reportées) et le suivi des patients doit être organisé dans la mesure du possible par téléphone. Une information (mail, courrier, téléphone...) doit être adressée à l'ensemble des personnes de la file active, dans la mesure du possible, sur ces modalités d'organisation adaptées. Une copie des informations communiquées aux patients ou aux familles relatives aux nouvelles modalités de fonctionnement des activités, mentionnant les numéros de téléphone utiles, sera transmise à l'ARS.

Les situations non programmées doivent aussi pouvoir être prises en charge par téléphone sans délai pour éviter un passage des personnes par les urgences ou des arrivées inopinées de patients dans les structures de soins.

Pour les situations cliniques qui ne peuvent être suivies par téléphone ou en téléconsultation (ou autre solution de visio-conférence), des prises en charge individuelles sont alors organisées en présentiel pour réduire dans la mesure du possible la sollicitation des services d'urgence.

La filière des prises en charge individuelles, urgentes et de crise, doit être aménagée, en lien avec les acteurs de la régulation et des urgences somatiques, pour les prises en charge ne pouvant être traitées par téléphone : maintien de consultations ciblées (situations complexes, personnes vulnérables, poursuite des traitements indispensables notamment d'action prolongée, suivi des personnes en programme de soins, sortie d'hospitalisation après tentative de suicide...) pour réduire les risques de décompensation clinique, et afin d'éviter au maximum un passage des personnes par les urgences. Ces modalités d'organisation seront communiquées aux acteurs des soins de premier recours et aux plateformes territoriales d'appui.

1.3. La gestion des équipes des structures

Dans le respect des consignes relatives aux gestes barrières, il convient d'éviter les contacts physiques entre les professionnels des équipes ainsi que les déplacements multiples des personnels. Lorsque les personnels interviennent habituellement sur plusieurs structures, ils devront par conséquent être affectés sur un lieu géographique unique, lorsque cela est possible. Les transmissions entre équipes seront organisées en conséquence, en évitant les contacts physiques.

Il appartient aux établissements de décider, selon la situation, de la fermeture de certaines structures ambulatoires pour concentrer les moyens en personnels et anticiper une hausse éventuelle de l'absentéisme des professionnels indispensables à la continuité des soins.

2. Aménagements en hospitalisation complète

2.1. Les aménagements au régime d'hospitalisation

Il est rappelé qu'un séjour hospitalier doit s'interrompre dès lors qu'il est possible d'organiser le suivi du patient en ambulatoire. Les patients dont la prise en charge peut se poursuivre en ambulatoire doivent sortir, avec un programme de suivi adapté et rapproché de post-hospitalisation afin de garantir la continuité de soins.

Les patients et les familles sont alors informés des mesures barrières à respecter et des décisions de confinement prises par les pouvoirs publics. Des attestations de déplacement dérogatoire leur sont communiquées pour leur permettre d'honorer les rendez-vous médicaux prévus au CMP dans le cadre de la continuité des soins dans les meilleurs délais notamment pour les patients relevant d'un programme de soin ou en situation à risque. S'il s'agit de patients ayant été en contact prolongé avec un cas confirmé, des consignes de confinement à domicile et de prévention de l'entourage, de surveillance de la température et de l'apparition de premiers signes respiratoires avec appel au médecin traitant seront données au patient et à ses proches, et un suivi téléphonique assuré.

Au sein des unités de soins, il convient d'éviter la concentration et le regroupement des patients, ainsi que dans les espaces de déambulation de l'établissement. Les activités et prises en charge en groupe sont suspendues, sauf exception justifiée au regard de l'évaluation bénéfice/risque de la situation clinique.

Les chambres individuelles sont à privilégier. Les repas sont servis en chambre pour les patients à risque et les repas au réfectoire doivent être organisés afin de permettre le respect des distances préconisées.

Les visites des familles et des proches des patients, sauf avis médical contraire, sont interdites au sein de l'unité mais aussi dans l'enceinte de l'établissement, sauf pour certaines situations exceptionnelles qui doivent être dûment justifiées et tracées dans le dossier du patient. Les communications téléphoniques ou vidéo/ visio avec les proches et l'entourage sont facilitées.

Les cafétérias, relais H et maisons des usagers sont fermés.

Les sorties sont définitives, les autorisations de sortie de courte durée ne sont plus autorisées car il faut proscrire les allers-retours entre le domicile et l'hôpital.

Les permissions accompagnées par un soignant doivent être organisées et strictement limitées aux nécessités prévues par la dérogation relative aux déplacements.

Comme pour les équipes des structures ambulatoires, il convient de limiter les déplacements des personnels. Aussi les équipes qui interviennent à la fois en intra et en extra- hospitalier devront être repositionnées préférentiellement sur un seul site, et si possible sur une seule et même unité de soins lorsqu'elles interviennent en intra-hospitalier. Les transmissions entre équipes se font dans le respect des gestes barrières.

Certains établissements rencontrent des difficultés à obtenir des certificats médicaux justifiant l'entrée ou le maintien en soins sans consentement, faute de ressource médicale. Il ne peut en aucun cas être dérogé à ces exigences, même en période épidémique.

Les établissements se mettent en contact avec leur juridiction locale pour organiser les audiences du juge des libertés et de la détention de façon dématérialisée (audiences en visio ou autre procédé).

2.2. La gestion des patients COVID 19

Le dépistage des patients COVID-19 devra se faire dans le respect des recommandations du Haut Conseil de Santé Publique¹. Pour l'exploration d'un foyer de cas possibles, il convient actuellement de se limiter à 3 tests positifs par unité.

Parmi les réorganisations des unités d'hospitalisation, les schémas suivants doivent être envisagés :

- Une unité d'hospitalisation ou un secteur dédié doivent être réservés au confinement des cas possibles ou confirmés de COVID-19 ne nécessitant pas d'hospitalisation en soins somatiques et nécessitant la poursuite d'une hospitalisation complète en psychiatrie (unité COVID-19 psychiatrique exclusivement) ;
- Une unité d'hospitalisation mixte, co-animée par des psychiatres et des somaticiens, peut être organisée pour les besoins des patients COVID-19 présentant une pathologie psychiatrique décompensée et un état somatique qui le justifie, afin d'éviter des transferts systématiques vers le MCO ;
- Les patients qui justifient au regard de leurs signes cliniques d'une hospitalisation sur un plateau de soins critiques doivent être transférés en MCO.

Les unités COVID-19 bénéficient d'une équipe soignante dédiée. Les personnels de ces unités devront bénéficier d'une formation spécifique.

L'ensemble du personnel doit être informé que les procédures (rationalisation de l'utilisation des masques chirurgicaux et FFP2, ainsi que des tests, réorganisation des unités...) évoluent en fonction de l'avancement de l'épidémie et que des adaptations sont régulièrement nécessaires. Les avis relatifs à la prise en charge des cas confirmés sont en ligne sur les sites de références (Haut Conseil de la Santé Publique, ministère de la santé, ARS) qui doivent être consultés régulièrement.

Une cellule de crise au sein de chaque établissement, placée sous la responsabilité du directeur et du Président de CME est mise en place. Elle est notamment chargée de diffuser régulièrement auprès du personnel hospitalier les recommandations émises en fonction de l'évolution de la crise et des directives en vigueur, avec la responsabilité de consulter régulièrement ces consignes et leurs mises à jour. Les réunions institutionnelles non indispensables sont annulées. Celles qui doivent se tenir sont organisées de façon dématérialisée. Les problèmes d'approvisionnement qui peuvent apparaître, en masques et solutions hydro-alcooliques notamment, peuvent nécessiter des adaptations au cas par cas des procédures en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.

Il est rappelé la nécessité d'utiliser les masques de protection de façon raisonnée et selon les recommandations disponibles sur les sites de référence.

¹ Cf. avis du 10 mars 2020 sur le diagnostic pat RT-PCR

À ce titre, le personnel dispose de masques chirurgicaux dès lors qu'il est amené à prendre en charge des cas possibles ou confirmés, médicalement attestés et tracés dans le dossier. Conformément à la doctrine nationale en la matière, toute autre utilisation doit être médicalement justifiée.

Les informations actualisées sur l'évolution de l'épidémie et la définition de cas sont disponibles sur le site de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr>). Il est recommandé de toujours consulter la version en ligne.

3. Relations avec les autres établissements sanitaires du territoire

L'établissement autorisé en psychiatrie doit demeurer en contact étroit avec les autres établissements de son territoire pour assurer au mieux l'aval (ambulatoire ou en hospitalisation) des services d'urgences, ceux-ci devant orienter le plus rapidement possible les patients psychiatriques sans problème somatique.

De même, les établissements autorisés en psychiatrie doivent pouvoir organiser le transfert de leurs patients COVID-19 hospitalisés en leur sein vers les plateaux techniques intensifs somatiques en cas de nécessité selon une procédure anticipée qui décrit les conduites à tenir concernant :

- les patients symptomatiques sans signe respiratoire² ;
- les patients avec signes respiratoires non éligibles aux plateaux de soins critiques ;
- les patients avec symptômes respiratoires et les critères de gravité (fréquence respiratoire et saturation en oxygène).

Il est recommandé de mettre en place ou d'activer, lorsqu'elle existe, une unité d'éthique clinique, en lien avec le Comité d'éthique du GHT.

Un partenariat entre les établissements MCO, les établissements médico-sociaux (y compris les EHPAD) et sociaux et les établissements autorisés en psychiatrie est attendu pour organiser une offre de soutien pour les personnels et les familles. Les CUMP sont activées en tant que de besoin et les personnels psychiatres et psychologues, qui sont mobilisables, sont invités à les renforcer.

L'ensemble de ces réorganisations et de ces partenariats bénéficiera de la mise en place d'une cellule réunissant des représentants de la psychiatrie et du MCO.

4. Accompagner le personnel des services et secteurs de psychiatrie

4.1. L'animation des équipes de soins et de direction est un élément essentiel de la gestion de crise.

Les principaux objectifs sont de :

- Rester informé et actualiser cette information ;
- Favoriser la gestion collective du contexte stressant et limiter l'exposition individuelle
- Mettre en place des cellules de debriefing régulières ;

² Les critères d'hospitalisation en MCO sont déterminés par le centre 15 ou le référent infectiologue rattaché à l'établissement psychiatrique

- Corriger la désinformation et limiter l'exposition aux médias et leur impact ;
- Soutenir la fonction soignante et éduquer sur les réactions psychologiques et comportementales courantes en cas d'épidémies, sur les interventions pour gérer la détresse et les comportements à risque pour la santé, et sur l'importance d'une communication adaptée en ce qui concerne les risques ;
- Prendre soin de soi et encourager les autres à s'occuper d'eux renforce la capacité à s'occuper de ceux qui en ont besoin.

4.2. Défis pour le personnel de santé lors d'une épidémie

- Forte augmentation des demandes de soins / personnel insuffisant
- Crainte de contracter la maladie et de la transmettre à sa famille, ses amis, et ses collègues.
- Gestion de la pénurie de matériel
- Soutenir psychologiquement quand on est soi-même en difficulté (peur, tristesse, frustration, culpabilité, troubles du sommeil, épuisement).

4.3. Préconisations à destination des encadrants et des encadrés pour le maintien du bien-être du personnel de santé

- Rester en forme pour pouvoir continuer à aider les autres. Manger, boire et dormir régulièrement.
- Encourager les pauses. Certaines personnes peuvent se sentir coupables si elles ne travaillent pas à plein temps ou prennent le temps de se détendre alors que d'autres souffrent. Promouvoir des temps de repos appropriés qui permettent de prendre soin des patients par la suite.
- Organiser des réunions d'équipe régulières, en évitant les contacts physiques et la concentration de personnes dans une même salle et encourager les contacts, de préférence téléphoniques, entre collègues. Promouvoir le soutien réciproque et la lutte contre l'isolement.
- Encourager les soignants à maintenir des liens avec leurs proches afin qu'ils bénéficient de leur soutien
- Lutter collectivement contre la désinformation et la panique et limiter l'exposition aux médias. Les images et messages inquiétants augmentent le stress et peuvent nuire à l'efficacité
- Encourager l'auto-surveillance : tristesse, troubles du sommeil, souvenirs douloureux...
- Mettre en valeur la fonction soignante