



FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS APPLICABLES EN PHASE DE DÉCONFINEMENT À L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN ADDICTOLOGIE

La présente fiche vise à proposer des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant l'organisation des prises en charge en ambulatoire et en présentiel dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, dans le cadre du déconfinement prévu à partir du 11 mai 2020 et en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

Les activités de psychiatrie et d'addictologie ont dû s'adapter à l'épidémie de COVID-19 et aux mesures de confinement. Les patients présentant des pathologies psychiatriques et/ou des addictions constituant une population fragile, avec des comorbidités somatiques importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social, il est demandé aux établissements dans la phase de déconfinement de concentrer leurs moyens sur les objectifs suivants :

- Former au respect des mesures visant à limiter la propagation du virus, et en particulier limiter au maximum les regroupements de patients en milieu hospitalier et donc privilégier les alternatives à l'hospitalisation.
- Recenser les publics qui ont été les plus mis en difficulté par la crise et le confinement pour leur apporter prioritairement des réponses en termes de soins psychiatriques, addictologiques, somatiques : patients connus des services de psychiatrie mais « perdus de vue » ou en situation de renonciation aux soins, patients en situation de décompensation nécessitant des prises en charge urgentes et intensives et nouveaux patients en situation de souffrance psychique du fait de l'impact du confinement.
- Prendre contact de manière proactive avec les structures médico-sociales et sociales partenaires afin d'articuler la reprise des activités conjointement avec ces structures dans deux objectifs prioritaires : proposer une offre de soutien psychologique aux équipes, en s'appuyant sur les psychologues hospitaliers ou libéraux ; retrouver rapidement des parcours fluides et éviter les ré-hospitalisations en psychiatrie de patients des structures médico-sociales et sociales.
- Maintenir et renforcer une offre de prise en charge pour les professionnels de santé fortement mobilisés par la gestion de la crise.

La mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs constituent des enjeux déterminants pour la réussite de cette reprise d'activité à la hauteur des besoins majeurs des populations. La démarche s'appuiera utilement sur les dynamiques de coopération mises en place dans le cadre des



PTSM et pourra, lorsque cela est possible, remobiliser les coordonnateurs et les groupes de travail des PTSM pour faciliter la mise en œuvre. Ceci permettra également d'intégrer dans les PTSM les organisations innovantes mises en place pendant la crise et les acteurs locaux (CD, CLS, CLSM, Centres de ressources autisme, associations, groupes d'entraide mutuelle, banques alimentaires...).

Il est attendu des acteurs une mobilisation autour des trois axes suivants.

1. Maintenir les dispositifs mis en place en psychiatrie pour faire face au COVID-19 et préserver une capacité de réponse rapide en cas de reprise de l'épidémie

- **Maintien des dispositifs axés sur les prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation décrits dans les fiches dédiées aux établissements autorisés en psychiatrie¹ et maintien des consignes qui y sont précisées**
 - Maintenir des actions de formation aux gestes barrière et au repérage des symptômes d'infection selon des modalités adaptées au patient et prenant en compte le cas échéant son handicap ; former les patients aux règles de bon usage du port de masque et à sa manipulation² ; rappeler la conduite à tenir en cas de symptômes et veiller au lien effectif avec un médecin généraliste ;
 - Privilégier, renforcer voire intensifier les dispositifs de soins en ambulatoire visant à éviter des hospitalisations, avec (i) l'appui aux structures en charge des publics classiquement difficiles à atteindre et vulnérables (ASE, précaires, migrants, personnes placées sous main de justice, personnes âgées), (ii) l'usage notamment de visites à domicile (équipes mobiles), de la téléconsultation lorsque la situation du patient le permet et (iii) le maintien des activités / prises en charge collectives en dématérialisé pour les patients pour lesquels ces prises en charge sont adaptées ;
 - Accorder une attention particulière aux sortants d'hospitalisation, mais aussi aux patients pris en charge dans le cadre d'un programme de soins ou d'accompagnement médico-social.

- **Accroissement progressif des capacités de l'offre à couvrir des besoins aujourd'hui non satisfaits et la dégradation de situations de patients notamment parmi ceux atteints des pathologies les plus sévères** (avec des situations graves de décompensations, des troubles importants du comportement, des risques suicidaires, aggravations liées à des retards de diagnostics, de renoncement aux soins somatiques, ...):

¹ Recommandations transmises le 23 mars et le 6 avril 2020

² Avis HCSP du 20 avril 2020



- Restaurer la relation avec les patients ayant pris leurs distances et recherche proactive des « perdus de vue » sur la base du dispositif de suivi de la file active mis en place en gestion de crise ;
 - Intensifier les visites et suivis à domicile, avec les équipements de protection nécessaires, notamment pour les patients mis en difficulté par le suivi téléphonique ;
 - Accompagner les aidants et organiser en hospitalisation les conditions de reprise des visites et des permissions de sorties dans le cadre défini au niveau national.
- **Préserver les ressources dédiées au COVID-19 dans l'éventualité d'une reprise épidémique au niveau des territoires, sous la coordination des ARS**
- Maintenir des unités dédiées aux patients psychiatriques atteints du Covid-19 et les dispositifs de coopération avec les services MCO ; le nombre et le dimensionnement de ces unités doivent être définis dans le cadre d'une vision territoriale et d'une coopération entre établissements, en fonction du niveau de risque de propagation du virus ;
 - Accompagner les patients atteints du Covid-19 souffrant de conséquences psychologiques.

2. Organiser la reprise progressive des activités suspendues, en commençant par les activités prioritaires

- **Définir les nouveaux « circuits patients »** en lien avec les instructions nationales concernant le repérage des signes d'infection Covid-19 et la doctrine d'utilisation des tests³.
- **Réinterroger les organisations mises en place dans le contexte du confinement**, notamment les capacités d'accueil et de contenance des dispositifs ambulatoires et intra-hospitaliers, pour être en capacité de prendre en charge les situations issues de la période du confinement, en réintroduisant rapidement à chaque fois que nécessaire des prises en charge présentes :
- Dans le strict respect des gestes barrières et assorties d'une éducation renforcée à celle-ci ;
 - En fonction d'une analyse bénéfice-risque au cas par cas ;
 - Privilégiant les approches individuelles et/ou conjuguant des prises en charge mixtes (présentiel/à distance) ;
 - Priorisant les situations les plus à risque.

³ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



- **Réaliser l'état des lieux complet de la file active accueillie de chaque structure pendant la période de confinement** pour identifier les patients pour lesquels la balance bénéfice-risque 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 suivi est révisé afin de permettre une intensification des soins, en complétant le temps en présentiel par des interventions en télémédecine ou au domicile.

- **Sous l'égide des ARS, la mobilisation des acteurs des PTSM (coordonnateurs et groupes de travail)** facilitera l'articulation des structures médico-sociales et sociales de façon à ne pas créer d'effet report sur les établissements autorisés en psychiatrie. A cette fin et en tant que de besoin mais dans la limite de leurs capacités, les établissements sanitaires viendront en appui des structures médico-sociales et sociales.

- **Organiser le suivi présentiel (consultation, HDJ, CATTP, équipes mobiles) pour les publics mis en difficulté par le confinement**, en individuel mais aussi, quand cela est possible, en petits groupes pour rétablir une contenance indispensable (par exemple, les enfants/adolescents avec handicap et/ou pathologie psychiatrique suivis en structure de jour, patients isolés chez eux peu captifs, patients à fort risque de décompensation...), selon des procédures aménagées dans le cadre défini au niveau national pour les activités communes (respect de la distanciation sociale et spatiale, disponibilité des équipements de protection, procédures de désinfection du matériel utilisé ...). Lorsque ces prises en charge communes peuvent être organisées, elles se déroulent en groupes restreints (demi-groupes en rotation par exemple) ou en décalant les horaires des équipes afin d'avoir un nombre réduit de personnes simultanément dans les locaux. La prise des repas doit respecter les mesures barrières et de distanciation physique. Une attention particulière est apportée au matériel utilisé qui doit être désinfecté⁴.

- **Il convient de déterminer les modalités de transport à recommander aux patients lorsque leurs venues vers l'établissement sont actées** : les patients qui se déplacent en transport conventionné ou individuel peuvent maintenir ces modalités de déplacement de manière privilégiée ; pour les patients qui se déplacent en transport en commun, une évaluation bénéfice / risque du déplacement pour les soins est à

⁴ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



réaliser. Le cas échéant, il convient d'anticiper les changements de ces modalités de transport en lien étroit avec les personnes et leurs accompagnants concernés.

- **Augmenter l'offre d'ECT dont les indications sont discutées au cas par cas**, et tenant compte de la moindre disponibilité des anesthésistes, pour certains états psychiatriques décompensés résistants aux traitements pharmacologiques constituant des indications impératives (car pouvant engager le pronostic vital) à des séances d'ECT.
- **Élaborer un plan d'actions en matière de gestion des ressources humaines permettant de :**
 - Conjuguer le maintien des activités à distance avec la reprise des activités présentielles en ambulatoire et en hospitalisation de jour, quand la réorganisation de l'ambulatoire a nécessité un redéploiement des personnels.
 - Accorder une attention particulière à la prise en charge psychologique des personnels soignants de ces structures avec l'appui des psychologues hospitaliers ou libéraux.
- **Appréhender la temporalité de cette reprise en termes de réflexion bénéfique/risque sur le plan psychiatrique et épidémique :**
 - Bénéfices 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 décours de celui-ci.
- **Organiser l'espace et les locaux :**
 - Nécessité de respecter les règles générales d'organisation pour la reprise d'activité en matière d'accueil du public
 - 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.) Les activités de groupe sont organisées dans le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Un avis d'infectiologue ou d'hygiéniste est sollicité si nécessaire.
 - Une attention particulière est prêtée à l'entretien des locaux, avec application stricte des recommandations quant à la fréquence et aux modalités du bionettoyage.
- **Rappeler la conduite à tenir pour les patients en période COVID-19 :**



- 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 via des supports et outils de communication adaptés.
- 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 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.

3. Anticiper les conséquences de l'épidémie, du confinement et de la forte augmentation des facteurs de risque psycho-sociaux sur la santé psychique de la population

- **Pouvoir répondre aux nouvelles demandes de soins engendrées par la période du confinement** (facteur de stress majeur) y compris en soutien des professionnels de premier recours : les données actuelles font envisager une augmentation des besoins de prise en charge en psychiatrie en lien avec la durée du confinement mais aussi après la levée de celui-ci, notamment :
 - Un surcroît d'activité lié aux possibles ruptures de soins pendant la période de confinement ;
 - Les conséquences du confinement sur les patients déjà suivis aux capacités d'adaptation peu importantes ;
 - Les conséquences du confinement sur des patients non suivis auparavant en psychiatrie avec un risque d'apparition de pathologies psychiatriques (qu'il s'agisse de besoins de prise en charge générés par le confinement ou bien de premières consultations qui n'auront pas eu lieu pendant le confinement, et vont avoir pour conséquence soit une augmentation en volume de la demande au moment des réouvertures soit des retards de prise en charge pouvant avoir un impact sur la prise en charge proposée) ;
 - Les situations de deuil avec risque élevé de deuil pathologique au regard des contraintes spécifiques vécues par les personnes endeuillées, les aidants ou les familles, en appui des professionnels de premier recours, ou encore la prise en compte de besoins plus importants en lien avec des violences intrafamiliales ;
 - Les situations de fragilisation sociale liées à aux impacts économiques de la crise ;
 - Les conséquences du travail prolongé dans la période épidémique pour les professionnels de santé ;
 - L'impact de la crise sur le risque suicidaire, y compris en population générale.



- **L'articulation avec les partenaires du secteur social et sanitaire 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.



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE PÉRINATALE ET PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

1. Psychiatrie périnatale

1.1. Constats et points d'attention

- Le stress et la charge mentale déjà associés à la grossesse sont accrus par les incertitudes médicales et sociales liées à l'épidémie COVID-19. Celle-ci et le confinement fragilisent les futurs parents et parents de bébés, en particulier ceux présentant des troubles psychiques et pour lesquels l'accès à la parentalité risque d'être moins bien suivi et accompagné ;
- Des changements imposés dans la prise en charge de la grossesse (téléconsultations, diminution des entretiens prénataux et des préparations à la naissance et à la parentalité, isolement à la maternité (limitation des visites de l'autre parent)) et surtout au retour à domicile (impossibilité des visites des proches) sont des facteurs d'aggravation des risques à plusieurs niveaux ;
- Il est rappelé que les difficultés précédemment citées perturbent aussi largement le repérage précoce des difficultés développementales des enfants (troubles du neuro-développement, autres handicaps, etc.) laissant les parents d'autant plus désemparés face aux troubles de leur enfant ;
- La majoration des violences conjugales et intrafamiliales met aussi le bébé en danger, y compris in utero. Ces majorations engagent la santé globale du bébé pour le reste de son existence.
- Le maintien et l'adaptabilité de certaines ressources et de certains des dispositifs de soins psychiques ainsi que l'utilisation des nouvelles technologies ont limité les conséquences des discontinuités, de la diminution de l'intensité des soins (en particulier en présentiel) et de la difficulté à être attentif au développement du bébé à distance ;
- De larges actions de formation continue (webinaires) des professionnels de première ligne à l'utilisation des outils de dépistage ont été mises en œuvre et ont vocation à se poursuivre ;
- Les réorganisations de l'offre de soins en psychiatrie périnatale et des dispositifs de leurs partenaires (Protection Maternelle Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, Techniciens en Interventions Sociales et Familiales...) imposées par la gestion de crise COVID-19 peuvent compliquer la bonne prise en charge des mères et des bébés, surtout ceux dont les parents souffrent de troubles psychiques.



1.2. Objectifs généraux

- Mieux informer les parents des effets du confinement sur les troubles psychiques en période périnatale, sur l'impact des violences intrafamiliales, sur les ressources disponibles et sur l'importance de sortir de l'isolement dans le cadre du déconfinement ;
- Mettre en place des organisations proactives permettant d'améliorer l'accès à l'offre de soins en périnatalogie, en direction des publics les plus difficiles à atteindre (couples précaires, porteurs de troubles psychiques, d'addiction...);
- Reprendre le présentiel quand nécessaire, pérenniser les intensifications de suivi rendues possibles par les nouvelles technologies, mettre en synergie la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile, et la pédiatrie.

1.3. Recommandations

- Rappeler les recommandations concernant les mesures impératives d'hygiène, en particulier l'application des mesures barrière ;
- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux ...) et lorsqu'ils existent les groupes de travail « périnatalogie » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;
- Remettre en mains propres la fiche ressource personnalisée à la sortie de maternité (recommandations de suivi postnatal, ressources et coordonnées des soutiens psychologiques mobilisables à proximité du domicile parental) ;
- Sensibiliser les femmes enceintes et nouvelles parturientes au respect des mesures de distanciation physique et des gestes barrières par elles-mêmes et leur entourage afin de se protéger et de protéger le bébé ;
- Garder le contact avec les femmes sorties de maternité depuis le début du confinement (texto ou appel téléphonique) ;
- Développer les modalités de l'aller vers à destination des publics les plus précaires (à domicile, hébergement collectif, sans domicile, hospitalisations...) à travers les EMPP et PASS mobiles par exemple ainsi que les articulations fonctionnelles avec les services partenaires pour ces publics : établissements sociaux et médico-sociaux, services de psychiatrie ou d'addictologie, unités de liaison psychiatriques des hôpitaux généraux, ... ;
- Organiser des webinaires de présentation d'outils de prévention et de repérage déjà existants (questions de Whooley, EPDS, ADBB...) adaptés aux contraintes de la période pour les professionnels de première ligne ;
- Organiser des webinaires d'adaptation des connaissances et des pratiques de psychiatrie périnatale en période de déconfinement pour les professionnels de la psychiatrie générale, de la pédopsychiatrie, de la pédiatrie, de la médecine néonatale, de l'obstétrique, de la PMI ;
- Favoriser l'organisation à distance ou en présentiel (dans le respect des gestes barrière) de staffs médico-psychosociaux dans les maternités ;
- Maintenir les plateformes téléphoniques d'orientation existantes (utiles pour la gestion de situations faisant intervenir plusieurs partenaires) ; il conviendra d'en



faire la publicité auprès des différents partenaires afin qu'elle constitue une ressource pour les familles/couples/mères, les plus difficiles à atteindre ;

Des ressources et outils existent en ligne auxquels les professionnels peuvent se référer (disponibles en particulier sur le site psycm.org).

2. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2.1. Constats et points d'attention

- La reprise d'activité doit, dans la mesure du possible, donner la priorité aux dispositifs d'alternative à l'hospitalisation ;
- Les besoins de soins augmentent et la nécessité d'organiser des prises en charge en présentiel apparaît ;
- Les troubles émergents chez des adolescents non engagés dans un suivi posent un problème spécifique, ne pouvant se satisfaire d'une téléconsultation initiale, et doivent pouvoir bénéficier d'un avis pédopsychiatrique présentiel en priorité dans la mesure du possible, dans le cadre d'un dispositif alternatif à l'hospitalisation et sans attendre une évolution qui les conduise aux urgences ;
- Le repérage des difficultés développementales des enfants et adolescents (troubles du neuro-développement, autres handicaps, etc.) est, comme en psychiatrie périnatale, perturbé par le contexte lié à la crise COVID. Il convient de relancer les dispositifs de repérage et intervention précoce des troubles du neuro-développement et autres handicaps ;
- Le confinement a eu un effet de réduction des interactions sociales et soignantes, d'où parfois un renforcement de symptômes (anxiété de séparation, phobies sociales, troubles du comportement accrus et régression des acquis notamment pour certains enfants avec troubles du neuro-développement, recrudescence de symptômes dépressifs, d'addiction etc.), et une exacerbation de tensions intrafamiliales génératrices, parfois, de maltraitance ;
- Le déconfinement peut avoir des effets potentiels de déstabilisation de l'ensemble de la famille. Il convient d'accompagner les parents comme les jeunes patients pour les aider à sortir du confinement et tenir compte de leurs difficultés et inquiétudes à venir sur les lieux de soins.

2.2. Objectifs généraux

- Former les équipes et mettre en place des mesures barrières à partir du matériel (masques, tenues professionnelles), gel hydro alcoolique et des dispositifs (possibilités de tests) mis à disposition des soignants et des patients⁵ ;
- Sécuriser les familles en les informant sur les mesures barrières mises en place, répondre si possible à leur questionnement à partir des données scientifiques

⁵ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



disponibles, en fournissant les ressources documentaires et en organisant des séances de psychoéducation, quand cela est adapté ;

- Soutenir les mesures barrières des enfants et des familles reçues, en tenant compte des spécificités cliniques et le cas échéant en les adaptant (port du masque difficile pour des enfants TSA et plus généralement pour les très jeunes enfants par exemple)⁶ ;
- Former les parents et les enfants à la mise en place des mesures barrière et à leur maîtrise (en les adaptant) ;
- Prévenir les ré hospitalisations.

3. Recommandations

- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux, équipes mobiles ASE ...) et, lorsqu'ils existent, les groupes de travail « parcours enfants/adolescents » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;
- Maintenir des interventions « de crise » sécurisées, élaborées sur mesure et au cas par cas (patient par patient mais aussi structure par structure en raison de la disparité des locaux : salles d'attente, couloirs étroits, entrée unique...) ;
- Soutenir un travail direct et urgent avec l'ASE et la PJJ auprès des familles avec enfants confiés qui n'ont pas pu être suivis pendant cette phase ;
- Prendre en compte les effets du confinement sur les fonctionnements familiaux (effets du stress généralisé, séparation d'un parent éloigné géographiquement, surexposition aux écrans...) ;
- Rechercher les effets délétères du confinement chez l'enfant, l'adolescent et sa famille et les risques de stress post-traumatique (hospitalisation en urgence d'un parent, deuil...).
- Interroger la qualité de sommeil de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Pour tous les enfants de 0 à 12 ans, évaluer la trajectoire de développement et l'acquisition des compétences et vérifier en cas de difficultés familiales, si un parcours diagnostic accéléré de trouble neuro-développemental doit être engagé : orientation bilantielle de niveau 1 ou 2 ;
- En cas de trouble du comportement sévère (agitation, hyperactivité, comportement impulsif, etc.), explorer l'ensemble des hypothèses et notamment celle d'un trouble du neuro-développement, dont Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- Proposer systématiquement un programme de guidance parentale structuré et validé scientifiquement en cas de détresse familiale (parents, enfant/adolescent, fratrie) autour des troubles majeurs du comportement d'un des enfants, diagnostiqué ou non ;
- Recevoir dès que possible l'enfant ou l'adolescent avec ses parents pour un débriefing de leur vécu du confinement, des effets de la suspension des soins en présentiel et valider la prise en charge à venir ;
- Être attentif aux plaintes des parents, aux termes employés par ces derniers, aux contradictions, aux attitudes ou réactions non verbales susceptibles d'évoquer une situation de maltraitance ou de violence intrafamiliale.

⁶ Recommandations relatives au handicap, notamment troubles neuro-développementaux



- En cas de suspicion de violences familiales⁷, proposer systématiquement à court terme un nouvel entretien de l'enfant ou de l'adolescent en l'absence des parents. La présence d'un discours banalisant, l'hyper vigilance, le peu d'intérêt pour ce qui avant le mobilisait nécessite d'explorer les possibilités d'une maltraitance ;
- Dépister de façon systématique les addictions, idées suicidaires (parents et enfants) et facteurs psycho-sociaux impactant la famille au sens large (chômage, précarité matérielle, affective, deuil...);
- À chaque visite, rechercher l'existence d'une « personne contact » ayant déclaré un COVID19 dans l'entourage (questions aux parents) ;
- Poursuivre les prises en charge individuelles, éventuellement à distance, tout en organisant les conditions de reprise progressive des activités thérapeutiques de groupes, notamment en HDJ et CATTP, dans le cadre défini au niveau national pour les activités communes (groupes restreints, apprentissage du port du masque des enfants, adaptation des locaux, désinfection des matériels utilisés, ... (cf. point 2 de la fiche) ;
- Rechercher pour les enfants et adolescents à leur arrivée, ainsi que les personnes les accompagnant sur la structure de soin, des signes cliniques d'une infection par COVID ou de contact COVID (suivi des symptômes d'alerte présence/absence) à chaque visite et possibilité de prise de température
- Compléter les activités présentiels par des téléconsultations nécessaires de manière adaptée et proportionnée, en tant que démarche de type « aller vers » et par la diffusion des guides disponibles ;
- Renforcer les collaborations entre les CMP, CMPP, Maisons des adolescents, et plus largement les autres acteurs de soins, l'Éducation nationale, le secteur médico-social (CAMSP, IME, ITEP, etc.) et social ;
- Soutenir les possibilités de permissions de sorties et de visites au cours des hospitalisations en précisant les conditions de sécurité sanitaire ;
- Favoriser l'accès pour les enfants et les adolescents aux moyens de communications électroniques (tablettes, etc...).

⁷ Le médecin se réfère aux procédures de signalement des situations de mineurs



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

1. Constats et points d'attention

- **La reprise d'activité** s'accompagne simultanément d'une réorganisation des services d'aides à domicile dont le fonctionnement s'était adapté à la contrainte du confinement ;
- **La fragilité des malades âgés et hospitalisés** en état de souffrance psychique est aggravée par une double anxiété : celle de rentrer avec peu (ou pas) d'accompagnement à domicile, comme celle de tomber malade ;
- **Les patients âgés à domicile** sont également concernés par le confinement, l'isolement social/familial et le moindre suivi des maladies chroniques. Une dénutrition, une altération de l'état général, une recrudescence de l'anxiété, des troubles thymiques et une position régressive doivent alerter ;
- Les **résidents d'EHPAD** doivent être l'objet de la plus grande attention : ils font l'expérience d'un double confinement, du fait de la quasi disparition des visites pendant la période de crise et de l'isolement en chambre. Aussi des **complications** peuvent surgir : **physiques**, tels le syndrome d'immobilisation ou la perte de la marche ou **psychiques**, tels les syndromes de glissement, décompensation dépressive, crise suicidaire, retrait apathique.... Nombre d'entre eux ont connu des bouleversements de leurs repères (modification du lieu de vie, des horaires et du rythme de la journée, etc.) et des décès d'autres résidents liés au Covid 19. La continuité du suivi du médecin traitant a le plus souvent été maintenue par téléconsultation, avec les limites que cela pouvait représenter pour ces personnes en matière de communication, et certains soins ont été interrompus (kinésithérapie ...) ;
- **Les professionnels de santé de jour comme de nuit sont eux-mêmes anxieux du travail rendu complexe** par une connaissance encore partielle des « **signes discrets** » de **l'infection à Covid-19** : davantage de chutes, d'incontinence, de confusion, moins d'appétit, fatigue majorée... qui doivent alerter autant qu'une polypnée, des anomalies neurologiques, une forme digestive de l'infection ou une fièvre inexpliquée. Ces professionnels sont également concernés par de nombreuses autres sources d'anxiété : gestion de l'épidémie, crainte de contaminer leur patient, d'être contaminé et /ou contaminer leur famille, impuissance, culpabilité, épuisement professionnel, ... ;

2. Objectifs généraux

- Assurer la continuité des soins de psychiatrie de la personne âgée, que ce soit à domicile et en EHPAD ;
- Fluidifier les parcours entre le sanitaire et le médico-social et social ;
- Mobiliser sous l'égide des ARS les organisations prévues dans le parcours « personnes âgées » élaborés dans le cadre des PTSM, afin d'articuler de façon étroite la reprise de l'activité avec celle des EHPAD et autres structures médico-sociales, sanitaires et sociales de façon à fluidifier les parcours ;
- Contribuer à la prise en charge globale avec les médecins traitants et le secteur médico-social ;



- Contribuer au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées à domicile et en EHPAD et de leurs aidants, en s'appuyant sur les psychologues hospitaliers ou libéraux ;
- Prendre en compte le stress cumulatif vécu par les professionnels accompagnant les personnes âgées ;
- Avoir une vigilance particulière envers les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ou des troubles du neuro-développement.

3. Recommandations

Il convient de prendre en compte les effets du confinement sur les fonctionnements individuels et collectifs : sommeil, anxiété, dépression, idées suicidaires, deuils....

La consultation longue par le médecin traitant a précisément pour objet de réaliser un bilan du confinement sur la santé des personnes vulnérables, y compris sur le plan psychique.

3.1. Pour les patients hospitalisés

- Procéder à l'examen régulier des patients et recours aux Unités Covid-Psy s'il y a lieu, en s'aidant de l'expertise des professionnels somaticiens ou gériatres. Prendre quotidiennement la température centrale, surveiller l'apparition de signes d'alerte (chutes, d'incontinence, de confusion, moins d'appétit, fatigue majorée, polypnée, des anomalies neurologiques, signes digestifs) ;
- Organiser/adapter les unités d'hospitalisation en application des mesures barrières et recommandations en vigueur ;
- Mobiliser les directions, services sociaux et SSR pour assurer l'orientation des patients (fluidification des parcours).

3.2. Pour les patients en EHPAD⁸

- En lien avec les médecins généralistes et gériatres intervenant en EHPAD, mettre en place précocement de procédures permettant d'accroître l'accueil en EHPAD de patients âgés avec comorbidité psychiatrique ;
- Apporter une expertise aux EHPAD notamment par la mobilisation des équipes mobiles existantes, en lien avec les autres équipes mobiles intervenant en EHPAD ;
- Favoriser le recours à la téléconsultation entre la structure et l'équipe de psychiatrie de référence, en particulier pour le suivi des prescriptions de psychotropes.

3.3. Pour les patients pris en charge à domicile

- Privilégier des prises en charge individuelles (sur le modèle de l'activité thérapeutique à temps partiel) à domicile ou dans l'établissement médico-social ;

⁸ En articulation avec la doctrine de déconfinement EHPAD



- Coordonner l'action des équipes mobiles de psychiatrie de la PA avec les équipes mobiles gériatriques, les médecins généralistes, les IDE libéraux, les psychiatres libéraux, les aidants (famille, voisins...), en lien le cas échéant avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (MAIA, PTA, etc.) ;
- Organiser au cas par cas des visites à domicile, notamment lorsqu'est suspectée une décompensation psychiatrique de la personne âgée ou de l'aidant âgé pouvant justifier d'une hospitalisation en psychiatrie ou quand le patient n'est pas accessible au travers d'entretiens téléphoniques notamment en raison de troubles psychiques, cognitifs ou du neuro-développement ;
- Reprendre progressivement des consultations présentiels et si besoin des visites à domicile, avec les conditions de sécurité sanitaires adéquates, notamment en prévoyant un nettoyage constant et régulier des locaux par du personnel qualifié et spécialement affecté à cette tâche ;
- Compléter les activités présentielles par des téléconsultations nécessaires de manière adaptée et proportionnée, par une démarche de type « aller vers » et par la diffusion des guides disponibles ;
- Renforcer les dispositifs permettant de prévenir les (re-)hospitalisations
- Former les patients et leurs proches à la mise en place des mesures barrières et à leur maîtrise le cas échéant en les adaptant ;
- Être attentif aux plaintes, aux termes employés, aux attitudes ou réactions non verbales, aux marques corporelles susceptibles d'évoquer une situation de maltraitance ;
- En particulier pour les personnes âgées isolées, mobiliser lorsque c'est possible et en plus des services sociaux compétents, les ressources du voisinage à qui seront donnés les numéros utiles en cas d'urgence ;
- Dépister de façon systématique les addictions, les idées suicidaires et les facteurs psycho-sociaux impactant la personne âgée et sa famille au sens large (chômage, précarité matérielle, affective, deuil...) ;
- À chaque visite : recherche de l'existence d'une « personne contact » ayant déclaré un Covid 19 dans l'entourage⁹.

⁹ Cf. instructions nationales sur le sujet et questionnaire type



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE ADDICTOLOGIE

1. Constats et points d'attention

Du côté des patients, il convient de prendre en compte :

- **Une offre de soins en addictologie fortement réduite pendant les semaines de confinement**, de nombreux suivis s'en sont trouvés interrompus ;
- **Le poids du confinement** sur l'augmentation des troubles psychiques, des ruptures de traitement, des troubles du sommeil, de la consommation de psychotropes (opiacés et benzodiazépines), d'alcool et autres substances psychoactives (notamment les nouvelles drogues disponibles sur le net) et des différentes formes de violences attenantes ;
- **Le risque d'une reprise de consommation des drogues** de nouveau en circulation (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) avec des conséquences sanitaires addictologiques (overdoses, sevrages de transfert...) et psychiatriques (décompensations psychotiques et thymiques et crises suicidaires) ;
- **Les demandes accrues de prises en charges et de traitements** (de novo ou reprise après rupture) ;
- **La précarité et la rupture des droits sociaux** fréquente chez les patients comorbides ;
- **Le retard de réponse aux prises en charges** addictologiques et psychiatriques qui accroît le risque de passages aux urgences et de soins sans consentement ;
- **Le manque d'accès à la substitution nicotinique** (co addiction très fréquente).

Du côté du système de soin, il convient de prendre en compte :

- **L'importance de l'articulation de tous les acteurs** de l'addictologie : médicosocial, médecine de ville, addictologie et psychiatrie hospitalière ;
- **Le déploiement d'un dispositif de soin et de réduction des risques** adaptable répondant aux règles sanitaires de lutte contre le COVID-19 ;
- **Le maintien d'un dispositif de consultation distanciel et de prescription facilitée** (arrêté du 23 mars 2020) favorisant une poursuite des soins addictologiques et limitant de façon importante le nombre de ruptures thérapeutiques.

2. Recommandations

■ Accès aux soins :

- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux ...) et lorsqu'ils existent les groupes de travail « addiction » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;



- **Organiser la réouverture rapide des structures de soins addictologiques résidentielles et ambulatoires** en respectant les gestes barrières pour le présentiel et en maintenant le distanciel lorsque la situation du patient le requiert ou le permet ;
 - **Garantir l'accès (et son maintien) à la consultation psychiatrique et addictologique** adapté à la situation du patient (en favorisant les soins mixtes téléconsultation ou présentiel) évaluant le rapport bénéfice/risque quant au risque de contamination, à l'urgence de la situation clinique psychiatrique (risque suicidaire, décompensation) ou addictologique (sevrage, overdose, polyconsommation) à la situation sociale (précarité, sous main de justice) ou géographique ;
 - **Repérer de façon proactive les comorbidités :**
 - En addictologie des **décompensations psychiatriques et risque suicidaire** ;
 - En psychiatrie (et urgences psychiatriques) **des comorbidités addictives et des troubles psycho-comportementaux sous tendus par les intoxications** (ou sevrages) ;
 - État physique précaire, dénutrition et comorbidités physiques, en particulier statut sérologique (VIH, VHC...).

 - **Renforcer l'aller-vers par une attitude proactive dans l'accès aux soins** (maraudes / médecine de ville / appel téléphonique des patients / consultation « coupe file » en CSAPA / dispositifs bas seuils / consultations non programmées / mixité présentiel-distanciel) ;
 - **Renforcer les équipes de liaisons** ... aux urgences, en MCO, en psychiatrie et hors les murs pour les situations duelles complexes, les sevrages, les substitutions ;
 - **Renforcer les suivis intégrés / coordonnés psychiatriques et addictologiques** : fluidité des consultations et des hospitalisations avec réouverture du capacitaire addictologique (court séjour, HDJ, SSRA) ;
 - **Favoriser l'articulation sanitaire - médicosociale - addictologique - psychiatrique - médecine de ville - pharmacie** pour offrir le soin le plus adapté à la situation du patient
- **Accès aux traitements et réduction des risques et des dommages :**
- **Poursuivre l'accès simplifié aux traitements de substitutions ou psychotropes** avec les modalités dérogatoires de dispensation (arrêté du 23 mars 2020) ;
 - **Favoriser l'accès à la Naloxone prête à l'emploi pour les usagers d'opiacés** par les acteurs du soin, les intervenants dans le parcours du patient, proches... etc (prescription et délivrance des kits de traitement de l'overdose), tel que détaillé dans MINSANTE N°91 ;
 - **Garantir l'accès aux traitements des addictions** (substitution opioïde et nicotinique, sevrages et overdoses) et des pathologies mentales comorbides.
 - Renforcer la continuité de **l'accès aux matériels de réduction des risques**



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

1. Constats et points d'attention.

A ce jour, l'épidémie a été contenue en milieu pénitentiaire avec peu de cas confirmés de Covid-19. Toutefois, la reprise progressive des activités et des parloirs, ainsi que la reprise possible de l'activité judiciaire peuvent laisser craindre une propagation du virus plus importante en détention. Il convient donc de veiller au maintien des mesures de prévention et des gestes barrières.

Les conséquences des mesures de confinement pour les personnes détenues sont l'isolement et la rupture des liens avec l'extérieur (suspension des parloirs), l'inactivité (suspension des activités occupationnelles), des inquiétudes concernant leur santé ou celle de leurs proches et des difficultés matérielles. La prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues, déjà élevée, peut avoir été accentuée par cette période de confinement.

L'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a réaménagé son fonctionnement en se concentrant sur les situations d'urgence et en privilégiant les suivis et prises en charges individuels ainsi que la poursuite des traitements médicamenteux sur la base des recommandations du 2 avril 2020. Les consultations individuelles ont été maintenues prioritairement pour les arrivants, les situations d'urgence, les patients identifiés comme vulnérables et les personnes placées au quartier d'isolement, au quartier disciplinaire ou en cellule de protection d'urgence (CProU). Les hospitalisations à temps complet en UHSA sont maintenues, même si le recours y est actuellement moindre. Chaque UHSA s'est organisée pour pouvoir accueillir des patients atteints du covid-19, tout en garantissant la sécurité des patients et des soignants.

Les dispositifs de télémedecine ont été favorisés, dans la limite de leurs possibilités de déploiement auprès de cette population.

Les libérations anticipées réalisées sous l'impulsion du Ministère de la Justice ces dernières semaines ont mis en exergue la problématique de la coordination des acteurs santé/justice pour la préparation à la sortie et celle de la continuité des soins à l'extérieur.

C'est en tenant compte de ce contexte que la reprise des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire doit être organisée.

2. Objectifs généraux

- Adapter les mesures barrières et la distanciation physique au contexte de la détention et définir des organisations adaptées dans le contexte de reprise des activités et des contacts avec l'extérieur.
- Remettre en place rapidement les différents niveaux de prise en charge de l'offre de soins psychiatriques et d'activités de soins dans le respect des mesures de prévention et de protection.
- Travailler avec l'ARS la question du maintien des lits dédiés COVID-19 au sein des UHSA dans un cadre territorial.



- Optimiser les relais de soins psychiatriques et addictologiques et d'accompagnement à la sortie de détention.

3. Recommandations

Une **information sur l'épidémie de Covid-19 ainsi que sur les mesures barrières doit être renouvelée régulièrement auprès des personnes détenues et des personnels**. Il est nécessaire d'accompagner les publics dans une meilleure appropriation de ces mesures en priorisant et orientant le redémarrage des prises en charge collectives (en CATTP et HDJ) sur les compétences psycho-sociales, sur la gestion des contacts avec l'autre et la création d'un nouveau lien social dans un contexte de Covid-19.

Une **augmentation progressive des consultations de suivi** est indispensable afin de limiter les conséquences à moyen et long terme de l'offre réduite actuellement (situations de crise, suicides, hospitalisations en urgence, etc.). Des aménagements sont à prévoir pour respecter les gestes barrières et les mesures de distanciation physique entre soignants et patients mais également entre patients détenus (dans les salles d'attente – se reporter à la fiche mesures de détention actualisée à la phase de déconfinement). Les organisations doivent être travaillées localement, conjointement entre l'équipe sanitaire et l'établissement pénitentiaire, en réfléchissant, au besoin, à un élargissement des horaires de consultation et à la gestion des déplacements des détenus de façon à limiter une concentration des patients au sein de l'unité sanitaire, ainsi que la réalisation rapide des transferts pour l'accès aux niveaux de soins en hospitalisation de jour et à temps complet.

La **reprise des activités de groupe** doit également être envisagée progressivement dans le strict respect des mesures barrières, selon la disposition des locaux.

Une attention particulière doit être portée aux risques de surdosage possibles de substances en période de déconfinement, aux **prises en charge en addictologie et à l'accès aux traitements de substitution**. Un soutien aux personnes souhaitant s'inscrire dans la poursuite de l'arrêt de consommations doit être organisé. Il convient de favoriser la réduction des risques et des dommages et l'accès à la Naloxone pour les usagers d'opiacés.

Afin de préparer au mieux les libérations, **l'articulation doit être renforcée entre les juges d'application des peines, l'administration pénitentiaire (notamment les SPIP) et les personnels soignants**. Il est indispensable d'anticiper notamment la sortie des personnes en situation de grande précarité et celles souffrant de troubles psychiatriques afin de permettre la mise en place d'une consultation « sortant » et d'un relais de prise en charge.

La situation très évolutive dans cette période de crise covid-19 doit s'accompagner du **suivi des évolutions de doctrine** en lien avec la cellule de crise de l'établissement de santé de rattachement.

Par ailleurs, une fiche spécifique est élaborée pour préciser l'organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire, en collaboration avec les services pénitentiaires, dans le contexte du déconfinement.