

“COVID-19 disease Emergency Operational Instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry”

Starace, F., & Ferrara, M. (2020). COVID-19 disease Emergency Operational Instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-12. doi:10.1017/S2045796020000372

Corresponding Author : Maria Ferrara : maria.ferrara@yale.edu

Nous remercions très chaleureusement les auteurs de cet article, et en particulier le Dr Maria Ferrara et le Dr Fabrizio Starace, Président de la Society of Psychiatric Epidemiology de nous avoir autorisés à traduire leur publication en français. L'équipe du Centre ressource de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive

Résumé

Dans l'urgence actuelle liée au COVID-19, maintenir le réseau des services de psychiatrie opérationnel, en particulier pour les plus vulnérables (personnes atteintes de troubles mentaux, de handicap et de maladies chroniques) relève non seulement d'une exigence éthique mais aussi d'une responsabilité de santé publique.

Dans le même temps, limiter la propagation du COVID-19 au sein des services extra et intra-hospitaliers de santé mentale constitue une nécessité. Ces recommandations, publiées pour la première fois, en ligne, le 16 mars 2020, dans leur version originale en italien, fournissent une description détaillée des actions proposées par la Société italienne de psychiatrie épidémiologique, telles qu'adressées aux services de santé mentale italiens, en contexte de pandémie de COVID-19.

L'objectif général de ces recommandations opérationnelles est de garantir, en contexte d'urgence sanitaire, les meilleurs soins de santé possibles, en tenant compte à la fois des priorités de santé publique et de la sécurité des protocoles et dispositifs mis en place. Ces recommandations entendent se constituer en ressources utiles pour les soignants en santé mentale et l'ensemble des parties prenantes, pour faire face à la pandémie actuelle pour laquelle la plupart des établissements, structures et services de santé mentale, n'étaient pas préparés. ***Ces recommandations entendent fournir des orientations et offrir des outils pratiques permettant aux professionnels et aux décideurs d'anticiper les difficultés, déjà rencontrées en Italie, qui peuvent en partie être évitées ou contrôlées si elles sont planifiées à temps.*** Ces stratégies pourraient être partagées et adoptées, avec les ajustements appropriés, par d'autres départements et services de santé mentale.

Contexte et justification

Dans l'urgence sanitaire actuelle liée à la propagation du COVID-19 en Italie (Livingston et Bucher, 2020) et dans le monde, maintenir le réseau de services de psychiatrie communautaire opérationnel, en particulier pour les plus vulnérables (sujets atteints de maladie mentale, de handicap et de maladies chroniques) relève tant d'un impératif éthique que d'une responsabilité de santé publique (Yang et al., 2020). A cet effet, il est nécessaire de partager les procédures qui peuvent être mises en œuvre dans l'ensemble de l'État. L'objectif est d'éviter d'aggraver les disparités en termes de ressources en santé mentale au sein des régions, ou de lever les résistances, qui ne sont pas acceptables, à la mise en place de soins de santé mentale appropriés. La *Société italienne de psychiatrie épidémiologique* (SIEP) a établi une liste de recommandations pratiques avec une double finalité :

- 1) réduire la propagation de la maladie COVID-19 au sein des services ambulatoires et hospitaliers affiliés aux départements de santé mentale

2) rédiger un document fluide et actualisable grâce aux contributions des professionnels travaillant dans les départements de santé mentale (*Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*, 2020).

L'objectif général est de garantir, lors de l'urgence sanitaire, les meilleurs soins de santé possibles, en tenant compte à la fois des besoins de santé publique et de la sécurité des procédures et dispositifs mis en place pour y parvenir. Les recommandations opérationnelles fournies ici font état de règles plus strictes concernant l'utilisation des équipements de protection individuelle (en particulier l'utilisation de masques chirurgicaux résistant aux fluides) par rapport aux directives fournies par l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) (Organisation mondiale de la santé, 2020). Toutefois, plusieurs éléments probants viennent étayer cette décision, chaque fois que les fournitures en présence permettent sa mise en œuvre. Les personnes diagnostiquées avec un trouble de la santé mentale ont une espérance de vie de 15 à 20 ans plus courte que la population générale (Nordentoft et al., 2013). Le niveau de risque de transmission de COVID-19 chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave n'est pas encore connu. Toutefois, il est raisonnable de supposer que ce risque est plus élevé qu'en population générale. Il est bien connu, par exemple, que cette population fragile présente des taux plus élevés de maladies respiratoires (Joukamaa et al., 2001) (en raison, en partie, de la prévalence plus élevée de fumeurs de cigarettes (Lasser et al., 2000)). En outre, [en Italie] près de 15 % des patients actuellement traités par le système de soins de santé mentale communautaire ont été admis dans des établissements de soins de moyenne et longue durée au cours de l'année précédente (Ministero della Salute, 2018), avec le risque associé de contracter des infections respiratoires nosocomiales (Fukuta et Muder, 2013).

À l'aune de ces éléments, les recommandations opérationnelles suivantes sont destinées à protéger les professionnels de la santé mentale, les usagers et leurs familles. Nous pensons que ces recommandations, basées sur les preuves disponibles, sont nécessaires pour assurer le respect des droits de cette population particulièrement vulnérable pendant la pandémie.

Recommandations opérationnelles pour les services de santé mentale

A. Activités ambulatoires

1. Les suivis téléphoniques précèdent et/ou remplacent les visites programmées au domicile. Le professionnel de santé désigné évaluera, par téléphone, auprès de la personne et/ou de ses proches, l'état de santé physique de la personne (présence de toux, fièvre $T > 37,5$ °C, mal de gorge, essoufflement) et l'état de santé mentale (préoccupations concernant la situation actuelle, changements dans la symptomatologie clinique depuis la dernière évaluation). L'état de santé des membres de la famille sera également vérifié.

2. Lors des suivis téléphoniques, le professionnel fournira des informations concernant :

- 1) les heures d'ouverture
- 2) les changements dans l'accès aux services
- 3) les recommandations de santé publique concernant la limitation des contacts sociaux

Une décision finale sera prise quant à la confirmation du rendez-vous prévu (s'il est jugé nécessaire) ou à sa reprogrammation. En outre, le professionnel de la santé mentale insistera sur la possibilité d'avoir accès au service de soins aigus, en cas d'urgence, pendant les heures d'ouverture (qui resteront les mêmes, si les ressources le permettent).

3. Le rendez-vous prévu doit être maintenu dans les cas suivants : a) situation clinique critique, telle qu'évaluée lors des visites précédentes ou de l'échange téléphonique mentionné plus haut (point n°1), et signalée par la personne ou les soignants (par exemple, exacerbation des symptômes, manifestation

de nouveaux effets secondaires, manque d'adhésion et observance moindre du traitement pharmacologique) ; b) nécessité d'administrer une thérapie de type pharmacologique dans l'unité de soins (par exemple, médicaments à action prolongée, thérapie sous observation directe) ; d) obligations légales (mandat de soins).

4. Les rendez-vous déjà programmés peuvent être reportés dans les cas suivants :

- a) conditions cliniques stables
- b) personnes présentant une condition préexistante qui génère une vulnérabilité accrue au COVID-19
- c) bonne observance de son traitement
- d) entourage familial ténu
- e) préférence exprimée par la personne elle-même de recourir aux appels téléphoniques ou vidéos pour son suivi

Si une personne suivie est soumise à une obligation de soins (obligation légale), le professionnel désigné proposera à l'autorité judiciaire des alternatives à l'évaluation en présentiel

5. À la fin de l'appel téléphonique, le professionnel désigné et le patient conviendront de la fréquence des appels téléphoniques/vidéo de suivi qui seront enregistrés dans le dossier médical électronique et le planning du professionnel. Les services doivent mettre en place un **logiciel de télémédecine adéquat**, à la fois sur les téléphones et les ordinateurs portables/ordinateurs, qui soit accessible à tous les professionnels.

6. Les appels téléphoniques plutôt que les visites (point 1) peuvent déclencher un sentiment d'abandon chez certaines personnes. Veillez à vous assurer que la personne comprend que ces appels téléphoniques visent à réduire le risque de propagation de l'épidémie, et à que la décision de reporter le rendez-vous prévu soit partagée par le professionnel et la personne (si les conditions cliniques le permettent).

7. Les dossiers médicaux électroniques doivent mentionner : le nom du patient, le professionnel qui a effectué l'enregistrement de la consultation téléphonique, la date du prochain rendez-vous prévu, les notes cliniques. Le chef de l'équipe doit veiller à ce que les procédures susmentionnées soient exécutées conformément aux recommandations.

8. Une liste des accès quotidiens aux services et établissements pour les rendez-vous qui ne peuvent pas être reportés liés par exemple à l'administration de la thérapie pharmacologique doit être établie, en veillant à éviter tout encombrement et contacts au niveau de la zone d'attente.

B. Services ambulatoires. Mesures préventives visant à accroître la sécurité des personnes et des professionnels de la santé

1. Les professionnels de l'accueil doivent porter des masques chirurgicaux résistants aux fluides, utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool et avoir un accès permanent à des produits de nettoyage pour essuyer les surfaces dures (par exemple le bureau).

2. Avant d'entrer dans le bâtiment, les personnes recevront des instructions sur l'utilisation du désinfectant pour les mains et seront redirigées vers la zone de tri des demandes par une signalétique dédiée. La distance entre les personnes doit être soigneusement maintenue tout au long de ce processus.

3. Les personnes sont priées de remplir un formulaire d'évaluation des risques pour vérifier leur état de santé actuel en fonction des symptômes associés au COVID-19 (toux, température corporelle > 37,5 °C, essoufflement) et s'ils ont été en contact avec des personnes à risque.

4. Dans la zone de tri des demandes, les professionnels de santé à l'accueil vérifieront les informations indiquées sur le formulaire auto-administré et recueilleront les données suivantes : nom et motif de la visite (par exemple, rendez-vous prévu, accès direct aigu, urgence).
5. Chaque centre est prié de veiller à ce que le chemin d'accès au bâtiment soit dégagé et guidera les personnes de la zone de tri des demandes à la zone d'attente.
6. Dans la zone d'attente, la distance sociale doit être garantie (le nombre de personnes autorisées doit donc être soigneusement contrôlé, les chaises peuvent être déplacées/enlevées de la zone).
7. En dehors de la zone de tri des demandes, une signalétique indiquera la nouvelle procédure d'accès et rappellera aux usagers la nécessité de maintenir une distance interpersonnelle lorsqu'ils font la queue.
8. Les accompagnateurs seront découragés d'accéder au bâtiment. Des exceptions sont prévues pour les accompagnateurs de personnes souffrant de handicaps physiques graves. Toutefois, leur présence dans la zone d'attente doit être prise en compte afin de maintenir une distance minimale entre les personnes.
9. Avant la visite en présentiel, les personnes sont encouragées à utiliser des désinfectants pour les mains. Pendant la visite, la distance interpersonnelle minimale est obligatoire (1 mètre), les professionnels porteront des masques chirurgicaux résistants aux fluides, et la pièce sera ventilée chaque fois que cela sera sans danger et approprié. Si l'utilisateur présente des signes de fièvre ($T>33,5^{\circ}\text{C}$) et/ou d'essoufflement, le professionnel de santé lui fournira un masque chirurgical résistant aux fluides, tandis qu'il portera un tablier et des gants jetables à manches longues.
10. Avant d'effectuer une visite à domicile ou dans tout autre établissement externe, les professionnels doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour minimiser le risque de transmission par des procédures de travail sécurisées. Les informations sur son état de santé doivent être recueillies auprès de la personne et des membres de sa famille. Les professionnels porteront un tablier jetable, des gants et un masque chirurgical résistant aux fluides. Une distance minimale (3 pieds) est obligatoire. Si la personne présente un essoufflement, un masque chirurgical résistant aux fluides sera fourni. Aérez la pièce chaque fois que cela est sans danger et approprié. Une fois la visite terminée, l'hygiène des mains doit être effectuée. Si possible, la visite à domicile doit être effectuée en plein air. Une distance minimale entre les personnes doit être maintenue.
11. Les activités de groupe, tant celles des personnes suivies que celles des membres de la famille, sont suspendues. Comme alternative, des séances de thérapie individuelle ou des réunions de famille peuvent être organisées, si nécessaire. Les chefs d'équipe de ces activités (par exemple, la thérapie de groupe) peuvent assurer un suivi régulier auprès des participants réguliers afin de vérifier l'état clinique et de proposer des stratégies d'adaptation.
12. Les réunions sont suspendues. Si nécessaire (par exemple, staff multidisciplinaire impliquant différents services pour une situation complexe - sortie de l'hôpital), les rencontres peuvent être effectuées par le biais d'outils de télémédecine (tels que l'appel vidéo).
13. Les réunions en présentiel précédant la sortie des unités de soins hospitaliers doivent être effectuées selon les mêmes consignes que celles prévues pour les visites à domicile.

C. Hôpitaux de jour et centres d'accueil de jour

Ces activités sont suspendues, car elles favorisent par définition les rassemblements. S'il n'est pas possible de les suspendre, une réduction drastique de l'accès à ces activités doit être appliquée afin de

permettre la mise en place de mesures préventives visant à réduire le risque d'infection pour les personnes, leurs familles et les professionnels. Lorsqu'il est suspendu, le professionnel en charge organise un programme thérapeutique alternatif (individuel en personne ou séances téléphoniques/vidéo). Il est suggéré d'augmenter les moyens mis à la disposition du personnel (téléphones, ordinateurs portables) afin de garantir un suivi régulier.

D. Soins résidentiels de courte et longue durée

Ces activités sont menées avec les mesures suivantes.

1. Les nouvelles admissions sont suspendues. Des exceptions peuvent être faites pour certains cas, comme alternative à une hospitalisation ou à un traitement psychiatrique intensif en ambulatoire suite à une hospitalisation récente.
2. Pour les nouvelles admissions, il convient de vérifier l'état de santé physique de la personne (plus précisément, l'existence d'une toux, une température corporelle $> 37,5^{\circ}\text{C}$, un mal de gorge, un essoufflement, et les contacts à risque au cours des 14 derniers jours).
3. Si les symptômes énumérés ci-dessus sont présents et que l'admission dans l'unité est jugée nécessaire, il n'est possible d'admettre le patient que si l'établissement peut fournir les éléments suivants : chambre individuelle avec salle de bain, équipement de protection individuelle, test de dépistage du virus. Si ces conditions ne sont pas rassemblées, il convient d'envisager des solutions alternatives (y compris l'assistance à domicile) où l'isolement et des mesures de sécurité minimales mais essentielles sont prévus.
4. Offrir des séances d'éducation individuelles aux personnes admises dans l'unité, en fournissant également des documents imprimés type infographie, en encourageant l'hygiène des mains. Vérifier quotidiennement la température corporelle et la fréquence respiratoire.
5. Les visiteurs ne sont pas autorisés à entrer dans le bâtiment. Le directeur de l'unité n'autorise les visiteurs que lorsque ceux-ci sont jugés nécessaires. Toutefois, les contacts téléphoniques doivent être privilégiés. Les visiteurs autorisés doivent porter un masque chirurgical résistant aux fluides, se laver les mains et garder une distance sociale. Les rencontres doivent avoir lieu dans un espace ouvert, si possible.
6. Les personnes hospitalisées ne sont pas autorisées à sortir de l'unité. Toute exception doit être autorisée par le chef de l'unité.

E. Unités de patients hospitalisés

L'hospitalisation dans l'unité psychiatrique se poursuivra, avec les ajustements suivants.

1. Limiter les nouvelles admissions aux urgences cliniques qui ne peuvent être différées (par exemple, les admissions obligatoires)
2. Pour les nouvelles admissions, vérifiez l'état de santé somatique (plus précisément, la présence de toux, une température corporelle $> 37,5^{\circ}\text{C}$, un mal de gorge, un essoufflement), et les contacts à risque au cours des 14 jours précédents.
3. Si les symptômes énumérés ci-dessus sont repérés ou si la personne a eu un contact à risque au cours des 14 jours précédents, et que l'admission dans l'unité est nécessaire, il n'est possible d'admettre la personne que si l'établissement peut fournir les éléments suivants : chambre individuelle avec salle de bain, équipement de protection individuelle, test de dépistage du virus. Si ces conditions ne sont pas rassemblées, il conviendra d'évaluer la possibilité de transférer l'admission obligatoire de

la personne hospitalisée dans un autre établissement en dehors de l'hôpital où l'isolement et des mesures de sécurité minimales mais essentielles peuvent être fournis.

4. Offrir des séances d'éducation individuelles aux personnes admises dans l'unité, en fournissant également des documents imprimés type infographie, en encourageant l'hygiène des mains. Vérifier quotidiennement la température corporelle et la fréquence respiratoire.

5. Les visiteurs ne sont pas autorisés à entrer dans le bâtiment. Le directeur de l'unité n'autorise les visiteurs que lorsque ceux-ci sont jugés nécessaires. Toutefois, les contacts téléphoniques doivent être privilégiés. Les visiteurs autorisés doivent porter un masque chirurgical résistant aux fluides, se laver les mains et garder une distance sociale. Les réunions doivent avoir lieu dans un espace ouvert, si possible.

6. Les patients hospitalisés ne sont pas autorisés à sortir de l'unité. Toute exception doit être autorisée par le chef de l'unité.

Conclusions

Les recommandations opérationnelles détaillées ci-dessus visent à garantir, pendant l'urgence actuelle liée au COVID-19, les meilleurs soins de santé possibles, en tenant compte tant des nécessités de santé publique que de la sécurité des procédures et dispositifs. Elles pourront constituer une ressource utile pour les professionnels de la santé mentale et les parties prenantes pour faire face à la pandémie actuelle, à laquelle la plupart des départements de santé mentale ne sont pas préparés (Yang et al., 2020). Ces instructions pourront fournir des orientations et offrir des outils pratiques permettant aux professionnels et aux décideurs de prévoir les difficultés, déjà rencontrées en Italie, qui peuvent en partie être évitées ou minimisées si elles sont planifiées à temps. Ces stratégies pourraient être partagées et adoptées, avec les ajustements appropriés, par d'autres départements et services de santé mentale.

Remerciements

A tous les professionnels en santé mentale qui, en prenant soin des personnes les plus vulnérables, mettent leur propre vie et celles de leurs familles en danger. A Michael SernyakJr, MD, Professeur de psychiatrie à l'*Université de Yale* et CEO du *Connecticut Mental Health Centerin New Haven(CT)*, qui a reconnu immédiatement l'urgence d'agir et mis en place plusieurs actions et procédures décrites ici.

Financement : Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Lien d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Annexe

Les membres du bureau de la *Société italienne de psychiatrie épidémiologique (SIEP)* ayant contribué à l'élaboration de ces recommandations : Francesco Amaddeo (Department of Neurosciences, Biomedicine and Movement Sciences, University of Verona), Walter Di Munzio (Salerno, Italie), Andrea Gaddini (Department of Public Health, ASL Roma 2, Regione Lazio, Rome, Italie), Alessandro Guidi (Department of Mental Health and Drug Abuse, Azienda USL Toscana Nord Ouest, Italie), Lorenza Magliano (Department of Psychology, Campania University Luigi Vanvitelli, Caserta, Italie), Emiliano Monzani (Department of Mental Health and Drug Abuse, Bergamo Ouest, Italie), Antonella Piazza (Bologna, Italie), Elisabetta Rossi (Department of Mental Health AUSL Umbria 1, Italie), Giuseppe Tibaldi (Department of Mental Health and Drug Abuse, AUSL Modena, Modena, Italie).

Références

- Fukuta Y and Muder RR (2013). Infections in psychiatric facilities, with an emphasis on outbreaks. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 34, 80-88
- Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R and Lehtinen V (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 179, 498-502
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D and Bor DH (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 284, 2606-2610.
- Livingston E and Bucher K (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*
- Ministero della Salute (1978). Legge 13 maggio 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori ". *Gazzetta Ufficiale*.
- Ministero della Salute (2018). Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM).
- http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=284
- Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M and Laursen TM (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE* 8, e55176
- Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2020). Istruzioni operative SIEP per le attività dei DSM in corso di emergenza Coronavirus. <https://siep.it/istruzioni-operative-siep/>
- World Health Organization (2020). Rational use of PPE 2019-nCoV. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.1-eng.pdf
- Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T and Xiang Y-T (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*