A close up of a sign

Description automatically generated

A close up of a sign

Description automatically generated

**Table 2A:** **Services hospitaliers - Comment minimiser les risques dans les services hospitaliers de santé mentale pendant la pandémie de COVID-19.**

*Veuillez noter que toutes les questions de chaque section sont liées les unes aux autres et doivent être lues conjointement. Sous chaque question se trouvent les liens Web.. Pour une liste de sources françaises voir : https://www.ajpja.fr/actualites/covid-19-sante-mentale-psychiatrie-toutes-les-ressources-et-informations-pratiques*

*Traduction et adaptation française du tableau “***Inpatient wards – How to minimise risk in mental health inpatient settings during the COVID-19 pandemic**.” <https://oxfordhealthbrc.nihr.ac.uk/our-work/oxppl/covid-19-and-mental-health-guidance/>

*Traduction et adaptation par Claire Jaffré, Dr Astrid Chevance, Pr Chantal Henry*

Les publications scientifiques les plus récentes montrent qu’il existe une proportion importante de transmission du virus par des porteurs sains (voir https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758 et https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-covid-19.pdf). C’est pourquoi il faut considérer les patients asymptomatiques comme de potentiels vecteurs de contamination afin de prendre des mesures de prévention avant le retour des résultats infectieux et/ou sérologiques. Merci de consulter les recommendations sur les équipements de protection personnelle https://www.gov.uk/government/collections/coronavirus-covid-19-personal-protective-equipment-ppe

|  |  |
| --- | --- |
| **Question Clinique** | **Recommandations** |
|  |  |
| **Comment prévenir une éventuelle infection par COVID-19 dans un service ?**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[link3](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/secondary-care/assessment-diagnosis/)]  [[lien supp1]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery)  [[lien supp2]](https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection#preparing-for-an-assessment) | * Les symptômes les plus courants sont la fièvre et une toux sèche persistante. Depuis mai 2020, le changement du goût et de l’odorat (jusqu’à l’anosmie complète) est reconnu comme symptôme typique de la maladie. La plupart des personnes présentent des symptômes légers à modérés, tandis qu'un petit nombre ont des symptômes qui nécessitent une prise en charge dans un service de soins non psychiatriques. * Les précautions infectieuses instaurées dans un service doivent refléter les mesures prises dans la population générale, à la fois pour prévenir la propagation et pour prendre en charge les éventuelles infections. * L’ensemble des personnes évoluant au sein du service (personnel soignant et patients) doivent appliquer les principes de la distanciation sociale. Cela signifie minimiser le contact physique et maintenir une distance de deux mètres entre deux individus. (Cette distance peut évoluer en fonction du risque sanitaire. Se référer aux consignes locales.) * La nécessité de limiter les contacts entre les personnes doit être clairement communiquée aux patients et au personnel. |
| **Comment isoler les cas suspects ou confirmés ?**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[lien supp3]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery) | **Conseils généraux**   * La première étape de la prise en charge d’un patient suspect ou d’un cas confirmé est la décision du type d’unité permettant de poursuivre les soins les plus adaptés pour le patient. * Si l’état du patient le permet, les soins peuvent être maintenus au sein d’une unité psychiatrique. Il sera alors nécessaire de prendre des mesures appropriées pour isoler les patients présentant des symptômes légers dans le service. Certains services choisissent de réserver une unité aux cas confirmés afin de les isoler du reste des patients. Si cette organisation n’est pas possible, l’isolement des patients suspects ou confirmés doit être réalisé au sein même du service. * Dans tous les cas, si les symptômes ne disparaissent pas après 7 jours, ou si le patient se détériore, il faudra réexaminer la pertinence de son maintien dans le service de psychiatrie. Chaque service doit élaborer un protocole de prise en charge des cas graves, incluant un transfert dans un service adapté. La poursuite des soins psychiatriques devra être assurée au cours de ce transfert, et les équipes psychiatriques seront avisées dès que l’état du patient permet son retour dans le service. * Afin de suivre les recommandations de santé publique en matière d’isolement et de maximiser le nombre de chambre individuelles disponibles, une reconfiguration temporelle du service peut être envisagée, voire des partenariats entre différentes structures.   **Pour tous les patients hospitalisés avec ou sans suspicion de contamination par le COVID**   * Les services qui proposent des chambres individuelles avec salle de bain doivent encourager les patients à rester dans leur chambre autant que possible. Cela est inhabituel, et le personnel et les patients sont encouragés à trouver des moyens créatifs pour s'adapter à cette situation. Cela peut nécessiter un assouplissement des règles et des restrictions, comme par exemple autoriser les patients à manger, à passer des appels téléphoniques ou à regarder la télévision dans leur chambre. * Les services qui disposent de chambres individuelles sans toilettes ni douches devront organiser la gestion de l'hygiène personnelle. Cela peut nécessiter l'utilisation de planifier les douches et les bains, en concertation avec les plannings du nettoyage des équipements. Tous ces plannings doivent être clairement communiqués aux patients. * Les services qui disposent de chambres doubles ou triples doivent prévenir particulièrement les contaminations dans ces zones. En cas de cas suspect d’un patient du dortoir, il devra être transféré dans une chambre individuelle. Une organisation provisoire des soins doit être mise en place pour cette éventualité.   **Lorsqu'un patient présente des symptômes de COVID-19**   * Ils doivent être pris en charge dans une chambre individuelle en coopération avec l’équipe opérationnelle d’hygiène du service.   La famille et les soignants doivent être informés dès que possible si un patient présente des symptômes et est placé en isolement dans le service. Toute personne ayant rendu visite au patient 7 jours avant l'apparition des symptômes doit également être informée. Il lui est conseillé de s'isoler conformément aux directives nationales en vigueur. |
| **VIsites et visiteurs en milieu hospitalier**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[link4](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/visitor-guidance/)]  [[lien supp3]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery) | **Les recommandations de Santé Publique doivent être suivies et peuvent évoluer.**  A ce jour, les visites sont interdites et d'autres moyens de rester en contact sont proposés comme les appels téléphoniques, les visioconférences etc.  **Cas des unités pour enfants et adolescents / unités mère-bébé.**  Des règles légèrement différentes peuvent s'appliquer en pédo-psychiatrie et en périnatalité. De même, les horaires et modalités de visites peuvent être adaptés en fonction des contraintes de service |
| **Comment conserver un esprit de convivialité dans le service ?**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[lien supp3]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery) | **Conseils généraux**  Pendant cette période, nous ne pouvons pas nous attendre à ce que les soins continuent de façon identique. Chaque service devra adapter sa pratique afin de se concentrer sur la sécurité des patients et le contrôle des infections. La cohésion, la communication et l'adaptation en tant que communauté seront essentielles à la gestion de cette priorité.  **Conseils sur les activités**   * Toute activité mettant les individus en contact étroit doit cesser complètement ou être adaptées pour répondre aux recommandations de Santé Publique. Les groupes d’activités, les visites médicales, les heures de repas et les modalités de visite doivent tous être adaptés afin de permettre le moins de contacts possible. Certaines activités peuvent être reportées. * Cependant, la suppression de toutes les activités risque d'être contre-productive. Les personnes soumises à des restrictions de liberté peuvent s'ennuyer et s'agiter et, en conséquence, avoir besoin de contention physique ou d'autres pratiques restrictives. * Dans le but de maintenir le moral du personnel et des patients et de renforcer la cohésion du service, les services peuvent choisir de maintenir certaines activités. Il est important de réduire la durée, la fréquentation inutile et d'augmenter la distance entre les individus, mais également de réinterroger régulièrement la sécurité des activités maintenues au regard du risqué de contamination, voire de revenir sur la décision de maintien si nécessaire. On peut citer à titre d’exemple d’activités pouvant être réalisées en respectant la distance recommandée de deux mètres : les groupes de mindfulness/relaxation, le sport en extérieur en petit groupe de moins de 5 personnes, les réunions soignant-soigné en un pour un. * Les soignants doivent s'efforcer de maintenir une communication aussi bonne que possible entre le personnel et les patients au moyen de tableaux d'affichage, de notes écrites, de réunions individuelles Comme indiqué, les réunions peuvent toujours avoir lieu à condition d'éviter les contacts personnels et de maintenir une distance suffisante. * Les dernières recommandations gouvernementales et nationales doivent être facilement accessibles à tous et l'ensemble du service doit être encouragé à se tenir informé de la situation au fur et à mesure de son évolution. Le personnel doit être au clair sur les règles édictées par les recommandations nationales et doit toujours suivre ces conseils. * Les patients doivent être associés autant que possible à la restructuration des activités. Nombreux sont ceux qui peuvent et doivent donner des conseils sur ce dont ils ont besoin pour rester informés et être inclus dans la prise de décision.   On s'attend à ce que la situation actuelle suscite un niveau d'anxiété élevé. Le personnel de santé mentale est très compétent dans la gestion de l'anxiété, à la fois chez les soignants et les patients. Il est important de rester confiant dans ses capacités et de s'assurer que les principes de soutien mutuel et de cohésion d'équipe restent une pierre angulaire des soins. |
| **Comment poursuivre les soins usuels?**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[lien supp3]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery) | Les soins proposés lors des séjours en psychiatrie tels que l'ergothérapie, la psychologie ou les activités ne doivent pas nuire au maintien de la santé physique dans la situation actuelle. Toutefois, les patients auront toujours besoin de soins de santé mentale de base.   * De nombreux patients nécessiteront de l’aide pour recevoir correctement l’information grand public et suivre les conseils donnés. Nous ne pouvons pas soustraire les patients à l’anxiété actuellement présente dans la société mais nous pouvons faire tous les efforts possibles pour les inclure dans la planification et la gestion de la situation. * Il faudra également réévaluer les soins en cours des patients. Là encore, chaque service doit envisager le recours aux consultations et réunions de soins par téléphone lorsque cela est possible et en fonction de l’état du patient. Le maintien des consultations individuelles est à discuter au cas par case en fonction de la nécessité clinique. * Si un patient présente des symptômes COVID-19, les soins relatifs à l’infection sont prioritaires. Cela peut nécessiter un report de toute thérapie et une réévaluation des médicaments conformément aux recommandations. Dans la mesure du possible, la psychothérapie doit être poursuivie par téléphone lorsque les patients sont isolés. * Le recours à des réunions multi-disciplinaires doit être encourage face aux complications pouvant survenir afin d’aider le personnel à gérer les difficultés au fur et à mesure qu'elles se présentent.   Dans la situation actuelle, certaines habitudes de service peuvent être amenées à être adaptées : par exemple l’accompagnement par un visiteur ou un soignant pour fumer ou pour une sortie hors du service. Il faudra expliquer de façon adaptée aux patients les motifs de la modification ou de l’annulation de ces routines, qui peuvent être étayés par des informations écrites ou des affiches. |
| **Comment organiser les permissions et sorties des services?**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)]  [[link5](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/NAPICU-Guidance_rev1_26_Mar.pdf)]  [[lien supp3]](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance-on-mental-healthcare-delivery)  [[lien supp 4]](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/NAPICU-Guidance_rev4_11_May.pdf) | **Conseils généraux :**   * Toute décision de sortie hors de l’unité ou de permission devra être prise sur la base des dernières autorisations et recommandations du gouvernement en vigueur à ce moment-là et de l'analyse des avantages et des risques pour le rétablissement du patient. * D’autre part, l’évaluation de la pertinence d’une sortie hors de l’unité ou d’une permission, accompagnée ou non, nécessite une évaluation supplémentaire des risques d’exposition infectieuse du patient. * Si une sortie ou une permission est impossible, cela doit être clairement communiqué au patient, y compris la justification de ce choix. * Si une sortie ou une permission est effectuée, les procédures lors du temps hors de l’unité (gestes barrières) et lors du retour au sein de l’unité (hygiène et sécurité) doivent être expliquées et mises en œuvre. * Il convient d’identifier clairement avec les patients les lieux qu'il peut fréquenter et de quelle manière. Il est recommandé d’expliquer le principe et montrer aux patients comment remplir l’attestation dérogatoire de sortie. |
| **Prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques et potentiellement atteint de COVID-19**  [[link5](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/NAPICU-Guidance_rev1_26_Mar.pdf)]  [[lien supp 4]](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/NAPICU-Guidance_rev4_11_May.pdf) | **Conseils généraux :**   * L'expérience des hôpitaux de Wuhan et d’Europe suggère que de nombreux patients hospitalisés en psychiatrie peuvent souvent être relativement détachés de ce qui se passe dans la communauté au sens large. * Cela peut nécessiter un effort de la part du personnel soignant pour faire comprendre la gravité de la situation et les actions nécessaires sans susciter de peur et de frustration risquant de freiner la coopération des patients. * Lors de l'admission, il faut demander aux patients si eux-mêmes, ou toute personne avec qui ils vivent, ont souffert du COVID-19, ou de fièvre, ou de toux persistante. La température du patient doit être prise. * Les patients doivent être informés de façon claire et adaptée sur le risque d'infection par le COVID-19. Il faut envisager la possibilité qu'un patient à risque d'infection, puisse avoir besoin d’un isolement infectieux. Cette information doit être consignée dans le dossier du patient. * En cas d’isolement pour motif infectieux, le lieu doit être identifié et une brève description des procédures d'isolement associées doit être propose afin d'obtenir une coopération ou une résistance minimale si ces procédures sont nécessaires. * Cette description peut inclure une brochure d’information, exposant les principales mesures, y compris la nécessité pour les soignants de mettre en place un équipement de protection individuelle. * Les programmes d'activités, si elles peuvent être maintenues tout en limitant le risque infectieux, sont utiles pour minimiser les perturbations et améliorer la coopération, ce qui contribuera à la gestion du contrôle des infections. * Les mesures de lutte contre les infections doivent être conformes aux directives nationales et locales.   **Interventions secondaires :**   * L’identification des patients à risque en cas d’infection à COVID-19 doit être réalisée. * Il faut éviter que les patients ne soient inutilement soumis à un isolement infectieux ou à des procédures qui entraineraient le déploiement inefficace d'une ressource limitée. Par exemple, par une surveillance quotidienne de la température et de la présence d'une toux. Des tests biologiques devraient être effectués en fonction des recommandations. * Un plan d’intervention hiérarchisé doit être prévu en cas d’infection avérée chez un individu, dans un groupe. Le plan de soins doit tenir compte de la pathologie mentale et comportementale spécifique associée au patient, et en particulier de sa capacité habituelle de coopération. * En cas de difficultés à suivre des consignes, l’isolement infectieux doit être envisagé. Tout élément permettant d’améliorer la coopération et l’expérience de l’isolement doit être évaluer. Par exemple, la réévaluation de la liste des articles à usage restreint généralement utilisée par l'unité. Certains articles utiles pour occuper utilement le temps peuvent être affectés à l'usage individuel du patient, mais ne doivent pas être réintroduits dans l'usage général de l'unité avant d'avoir été nettoyés ou éliminés conformément aux recommandations de contrôle des infections.   **Médicaments pour les troubles aigus :**   * Si un patient chez qui on soupçonne ou on a diagnostiqué une infection par COVID-19 présente une décompensation psychiatrique nécessitant un traitement médicamenteux et qu'il ne présente aucun signe d'atteinte respiratoire, de maladie cardiovasculaire ou de trouble de la conscience, les psychotropes peuvent être utilisés avec prudence car l’ensemble des effets du COVID-19 restent encore inconnu. * Il faut envisager l'utilisation de médicaments à courte durée d'action, car l'état de santé physique d'un patient peut se détériorer rapidement. Il faut s’assurer que le médicament pour les troubles aigus soit reçu à une dose efficace, car une dose inefficace peut entraîner un besoin accru d'injections supplémentaires. * Dans la mesure du possible, il est préférable d'utiliser un médicament par voie orale, qui doit être proposé en premier lieu. Les médicaments parentéraux sont également plus susceptibles de provoquer des effets secondaires liés à la dose, tels que dépression respiratoire, hypotension orthostatique, allongement de l'intervalle QTc et effets secondaires extra-pyramidaux. * Le COVID-19 affecte la fonction respiratoire des patients. Les médicaments psychotropes, en particulier les benzodiazépines, peuvent provoquer une dépression respiratoire et leur usage doit être accompagnée de précautions plus importantes (surveillance régulière de la fréquence respiratoire, de confusion, etc) * Le lorazépam serait la benzodiazépine à choisir car sa demi-vie est plus courte. Des injections simultanées d'olanzapine et de benzodiazépines peuvent entraîner une sédation excessive et une dépression cardiorespiratoire, elles doivent donc être administrées à au moins une heure d'intervalle. Il faut veiller à ce que du flumazénil soit immédiatement disponible si des benzodiazépines sont administrées. * S'il existe des signes de trouble cardiovasculaire, y compris un intervalle QTc prolongé, ou si aucun électrocardiogramme (ECG) récent n'a été effectué, il est souhaitable d’éviter l'administration intramusculaire d'halopéridol combiné à de la prométhazine intramusculaire. En cas de nécessité d’utiliser un traitement injectable, on préfèrera l'olanzapine intramusculaire ou le diazépam intramusculaire. * Les personnes fébriles ayant des antécédents de convulsions peuvent voir leur seuil convulsif modifié par certains médicaments. * Tous les antipsychotiques peuvent provoquer le syndrome malin des neuroleptiques. S’il survient, il faut immédiatement cesser de prendre les antipsychotiques et les autres médicaments qui peuvent contribuer au trouble sous-jacent, surveiller et traiter les symptômes, et traiter tout problème médical grave concomitant. * La loxapine inhalée est contre-indiquée chez les patients souffrant de détresse respiratoire aiguë ou d'une maladie active des voies respiratoires et en association de médicaments pour traiter les maladies des voies respiratoires. Par conséquent, la loxapine inhalée doit être évitée. * La surveillance des constantes, en particulier la fréquence respiratoire et du niveau de conscience, doit être effectuée lors d'une sédation rapide par voie orale ou parentérale. |
| **Y a-t-il des considérations juridiques/éthiques à prendre en compte ?**  [[link5](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/NAPICU-Guidance_rev1_26_Mar.pdf)]  [[lien supp 4]](https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/NAPICU-Guidance_rev4_11_May.pdf) | * Les options les moins restrictives doivent être utilisées dans la mesure du possible. * Les lois régissant le recours aux interventions restrictives doivent être respectées. |
| **Hospitalisations hors secteur**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)]  [[link2](https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/mental-health/covid-19-guidance)] | * La capacité d’accueil des services risque d'être affectée par la pandémie et, dans certains cas, cela peut entraîner le besoin de placements hors secteur. Les solutions envisageables sont le recours à des hôpitaux privés, à des hébergements temporaires hors secteur, ou à des hospitalisations sur des unités non sectorisées. * Les efforts visant à prendre soin de toutes les personnes au niveau de leur secteur doivent se poursuivre. Toutefois, il est toujours recommandé d'accorder la priorité à la sécurité des patients et, lorsqu'une personne gravement malade doit être hospitalisée, l’admission hors secteur peut être une solution à envisager. |
| **Faut-il créer des unites dédiées aux patients atteints du COVID-19?**  [[link6](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Managing-demand-and-capacity-across-MH-LDA-services_25-March-final.pdf)]  [[link7](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/20200317-NHS-COVID-letter-FINAL.pdf)] | **Les différentes options à prendre en compte sont :**   * Est-il possible de reconfigurer le service afin de créer une unité dédiée aux patients atteints de façon certaine du COVID-19 afin de réduire le risque de contagion chez les individus vulnérables? * Dans ces unités, la surveillance et les mesures de lutte contre les infections peuvent-elles être renforcées, telles que l'interdiction de visite ? * Est-il possible d’augmenter les capacités d’accueil dans un service ou d’y réaliser des soins habituellement non réalisés pour éviter que des patients vulnérables ne soient transférés d'un service à l'autre ? * Est-il possible d’assouplir les règles d’hospitalisation dans un service : par exemple, lorsqu’un service accueille habituellement ses patients sur des critères d’âge, de sexe ? * Des soins de santé mentale peuvent-ils être mis en place pour atténuer les effets de l'isolement, et l'utilisation de la technologie numérique pour maintenir les liens sociaux ?   Les services choisissant de créer une unité dédiée doivent envisager la meilleure façon de regrouper les patients tout en maintenant la sécurité et la sûreté des patients, du personnel et du public. Cela peut impliquer d'identifier dès le départ un service spécifique où les patients dont la maladie est confirmée peuvent être isolés et un autre secteur pour les personnes dont on soupçonne la maladie, ainsi que de mettre facilement et rapidement à disposition les dispositifs de protection individuelle adéquats.  Les soignants doivent prévoir la prise en charge des patients COVID-19 dans toutes les situations :   * Identifier les zones où les patients COVID-19 nécessitant une admission d'urgence pourraient être isolés et soignés le plus efficacement sur les sites de soins aigus * Une réflexion au cas par cas est nécessaire lorsqu'un patient n'est pas en mesure de suivre les conseils sur le confinement et l'isolement.   Le personnel soignant doit suivre une formation de remise à niveau sur la surveillance, les constantes et les signes de détérioration du patient, afin qu'il sache clairement quels sont les éléments déclencheurs d'un transfert vers les soins aigus en hospitalisation si cela est indiqué. |
| **Psychiatrie du sujet âgé**  [[link1](https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/inpatient-service)] | Un environnement de soins intensifs ou l’utilisation des dispositifs de protection individuelle peuvent être angoissant pour les personnes âgées ou leurs proches. Dans la mesure du possible, il est souhaitable de rendre l'environnement moins menaçant et plus familier et réduire le nombre d'investigations, si possible.  D’autre part, il est nécessaire de former le personnel soignant aux moyens non pharmacologiques de traiter les comportements de détresse.  Les personnes âgées sont souvent plus à risque de confusion. Le personnel doit être encouragé à envisager des stratégies de réduction des risques dès le début (nutrition, hydratation, constipation et douleur, etc.).   * Il est important d’évaluer les procédures existantes dans le service * Des bouteilles d'oxygène doivent être disponibles et le personnel soignant aussi à jour que possible concernant leur utilisation * Les plans de soins doivent prendre en compte toute mise à jour des directives anticipées.   Des activités en ligne (en anglais) pour les personne âgées se trouvent à cette adresse : <http://www.yhscn.nhs.uk/media/PDFs/mhdn/Dementia/Covid%2019/Maintaining_Activities_for_Older_Adults_during_COVID19.pdf>  Le Health Innovation Network et l'Academic Health Science Network for South London ont fourni une liste d'activités en ligne pour les personnes âgées (activités, media, streaming). |
| **Prise en charge de la confusion chez les patients suspects/atteints de COVID 19**  [[link8](https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases)] | **Conseils généraux :**  La confusion est importante dans le contexte du COVID-19   * En tant que symptôme de l’infection * les changements de comportement couramment observés dans la confusion, en particulier l'agitation, peuvent rendre la prise en charge et la réduction du risque de contamination, plus difficile.   **Résumé des recommandations**   * Dans les groupes à risque, le dépistage de la confusion doit être évalué régulièrement (orientation, vigilance, etc) par exemple avec [l’échelle 4AT](https://static1.squarespace.com/static/543cac47e4b0388ca43554df/t/595faee0b11be10000160813/1499442913580/4AT+Fran%C3%A7ais+v1_1.pdf) * Le risqué de confusion doit être réduit en réduisant les facteurs de risque connus, par exemple en s'orientant régulièrement, en évitant la constipation, en traitant la douleur, en identifiant et en traitant précocement les surinfections, en maintenant l'oxygénation, en évitant la rétention urinaire et en réévaluant les traitement médicamenteux confusogènes. * Pour les troubles du comportement, rechercher et traiter les causes directes (par exemple, la douleur, la rétention urinaire, la constipation, etc.). Si le contrôle est inefficace ou si un contrôle plus rapide est nécessaire, un recours aux traitements pharmacologiques peut être envisagé. * En cas de sédation rapide, il est important de surveiller les effets secondaires, les constantes, le niveau d'hydratation et l'état de conscience au moins toutes les heures. L'utilisation de benzodiazépine en cas de dépression respiratoire n’est pas recommandée.   Chez les personnes âgées, la prudence habituelle est nécessaire en ce qui concerne l'utilisation de médicaments, et en particulier de certains chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy (par exemple, les médicaments antipsychotiques) |
| **Doit-on supplémenter les patients hospitalisés en vitamine D**  [**[link 9]**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310969/)  [**[link 10]**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121423/)  [**[link 11]**](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418305036)  [**[link 12]**](https://www.gov.scot/publications/vitamin-d-advice-for-all-age-groups/) | Prescrire de la vitamine D aux patients ambulatoires et hospitalisés  Plusieurs études observationnelles ont montré qu’une carence en vitamine D est associée à plusieurs maladies dont les troubles psychiques ou des maladies respiratoires. Les essais contrôlés randomisés n’ont en revanche jamais montré de bénéfice de la supplémentation sur ces pathologies ;  Plus récemment, des revues systématiques suggèrent que la supplémentation en vitamine D réduit le risque d’infection respiratoires (Nombre de patients nécessaires à traiter NNB=33). A ce jour il n’existe aucune donnée probante pour le COVID 19.  Les services de santé publique britannique et écossais ont récemment recommandé d’administrer 10 microgrammes de vitamine D par jour à la population générale. Cette recommendation s’applique particulièrement aux groupes à plus haut risque de carence :  -peau foncées (la mélatonine diminue l’absorption des UV qui converti la vitamine D en forme active)  -femmes enceintes et allaitantes  -enfants de moins de 5 ans  -personnes peu exposées au soleil (institutionnalisation, forte sédentarité, vêtements couvrants etc)  De plus hautes doses sont requises pour traiter une carence en vitamine D.  Les personnes qui ne prennent pas de supplémentation et qui sont restés confinés en intérieur devraient être supplémenté.  Lors de l’admission, les cliniciens peuvent demander une mesure de vitamine D plasmatique. Une carence doit être traitée.  <https://nutrition.bmj.com/content/3/1/106> |
|  |  |
| **Préention de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV)**  [[link13](https://www.nice.org.uk/guidance/ng89)]  [[link15](https://pdfs.semanticscholar.org/06b2/7d419ca40fce89e6467414d433b189bf1036.pdf)]  [[link16](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0077-Specialty-guide_Anticoagulant-services-and-coronavirus-v1-31-March.pdf)]  [[link17](https://www.brit-thoracic.org.uk/about-us/covid-19-information-for-the-respiratory-community/)]  [[link18](https://thrombosisuk.org/downloads/T&H%20and%20COVID.pdf)]  [[link19](https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-and-vte-anticoagulation)]  [**[reco française]**](https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2019_mtev_recos_multi-societes_sfmv.pdf) | Il n’existe aucune recommandation spécifique sur la prévention de la MTEV en psychiatrie dans le contexte de la COVID-19.  Cependant, il existe un surrisque de MTEV chez les patients atteints de COVID-19, et plus particulièrement chez ceux qui sont atteints d’une forme sévère. Par les patients qui ont un plus fort risque de MTEV ont une évolution défavorable par rapport à ceux à ceux qui ont un risque faible de MTV. [(lien)](https://www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026(20)30109-5/fulltext)  A noter que les antipsychotiques peuvent avoir comme effets secondaires les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires, et que le tabagisme, l’obésité et l’hospitalisation sont aussi des facteurs de risque de MTEV.  De plus le [NICE](https://www.nice.org.uk/guidance/ng89/chapter/Recommendations#interventions-for-people-with-psychiatric-illness) propose des recommandations générales sur la prévention de la MTEV en psychiatrie :  Les cliniciens doivent d’assurer que tous les patients hospitalisés doivent avoir eu une évaluation de leur risque thrombo-embolique et du risque de saignement.  -rapidement après leur admission  -en utilisant un outil validé  -à chaque fois que le contexte clinique change  Si les patients développent une symptomatologie évocatrice de COVID-19 il faut réévaluer le risque en prenant en compte la sévérité du trouble, la déshydratation, et la réduction de la mobilité.  A ce jour, il existe des recommandations de plusieurs sociétés savantes ([British Thoracic Society,](https://brit-thoracic.org.uk/about-us/covid-19-information-for-the-respiratory-community/) [Thrombosis UK](https://thrombosisuk.org/downloads/T&H%20and%20COVID.pdf), [American Society of Hematology](https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-and-vte-anticoagulation)) qui sont amenées à évoluer en fonction des études en cours et à venir.   * + Se conformer aux protocoles nationaux et locaux de stratification des risques et de prise en charge   + Les facteurs de risque de MTEV sont : l’âge, le sexe masculin, l’obésité, le cancer, l’antécédent de MTEV, l’hospitalisation en soins intensifs.   + Devant toute symptomatologie respiratoire qui s’aggrave (augmentation des besoins en oxygène, détresse respiratoire, baisse de la pression artérielle) évoquer une embolie pulmonaire.   + Tout patient hospitalisé pour COVID 19 devrait recevoir une prophylaxie de la MTEV avec en première ligne les héparines de bas poids moléculaire ou la fondaparinux notamment si le risque de saignement excède le risque de thrombose.   + En cas d’antécédent de thrombocytophénie induite par l’héparine, les [recommandations françaises](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3167435/fr/orgaran) préconisent la danaparoïde sodique (orgaran).   + En cas de contre-indication formelle des anticoagulants, prescrire une prévention mécanique (bas de contention). La combinaison de prévention mécanique et pharmacologique est contre-indiquée.   + Il faut ajuster la dose au poids (obésité)   + Prendre l’avis d’un spécialiste pour les patients sous anticoagulants oraux ou antagonistes de la vitamine K.   + Concernant l’arrêt de la prévention, classiquement, la prévention est poursuivi 3 mois après la sortie d’une hospitalisation pour une maladie aigue. En l’absence de preuve pour la COVID 19, la société américaine d’hématologie recommande de prendre la même précaution. |
|  |  |

Sources françaises mises à jour : https://www.ajpja.fr/actualites/covid-19-sante-mentale-psychiatrie-toutes-les-ressources-et-informations-pratiques