A vertical blue-tinted image on the left side of the page shows a microscopic view of a virus particle, likely COVID-19, with a spherical core and a textured, spiky outer layer. The background is a lighter blue with some bokeh light effects.

Gestion de la **COVID-19** avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés : **Une réponse rapide.**

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'île-de-Montréal*

Québec 



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel

UNIVERSITÉ
Université 
de Montréal

Cette réponse rapide a été réalisée sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice, et sécurité de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Analyse et rédaction

Ashley J. Lemieux, Ph.D.

Agente de planification, de programmation et de recherche
Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention
en santé mentale, justice, et sécurité
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Jean Damasse, M.A.

Agent de planification, de programmation et de recherche
Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Julie-Katia Morin-Major, M.D.

Agente de planification, de programmation et de recherche
Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Recherche documentaire

Hongyue Pan, M.S.I.

Agente d'information
Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention
en santé mentale, justice, sécurité
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Marie Désilets, M.S.I.

Bibliothécaire
Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Édition et mise en page

Marie-Josée Guilbault

Chef de service - Communications internes et information à la population
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Marylou Bossé

Conseillère-cadre en communication
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Responsables de la réalisation du mandat

Anne Crocker, Ph.D

Directrice

Recherche et enseignement universitaire
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Professeure Titulaire

Département de Psychiatrie et d'addictologie & École de criminologie
Université de Montréal

Présidente

International Association of Forensic Mental Health Services

To Nhu Nguyen

Directrice adjointe

Bureau de la mission universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale
de Montréal et des programmes surspécialisés – Programmes santé mentale,
dépendance et itinérance

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Demandeurs

Manon Boily

Présidente-directrice générale

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Jonathan Brière

Directeur

Programmes santé mentale, dépendance et itinérance
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Conseillers scientifiques

Anne Crocker, Ph.D

Directrice

Recherche et enseignement universitaire
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Professeure Titulaire

Département de Psychiatrie et d'addictologie & École de criminologie
Université de Montréal

Présidente

International Association of Forensic Mental Health Services

Alain Lesage, M.D., Mphil.

Chercheur

Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Institut universitaire en santé
mentale de Montréal

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Professeur Titulaire

Département de Psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal

Pour citer ce document :

Lemieux, A.J., Damasse, J., & Morin-Major, J.-K. (2020). *Gestion de la COVID-19 avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés: Une réponse rapide*. Montréal, Québec (Canada) : Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Pour des renseignements sur l'UETMI-SMJS et pour consulter nos publications :

Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS)

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

10905, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec) H1C 1H1

uetmi.smjs.pinel@ssss.gouv.qc.ca

<https://pinel.qc.ca/unite-devaluation-des-technologies-et-modes-dintervention/>

Pour des renseignements sur l'UETMISM-IUSMM, et consulter ses produits et activités :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale

Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

7401, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3M5

Courriel : uetmism.dspmdi.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

<https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/ressources/documentation/qualite-des-services>

Déclaration d'intérêts

Les auteurs et établissements participants ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de ce projet.

Remerciements :

Ce document s'inspire de la méthode et du gabarit méthodologique fournis par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pour les réponses rapides dans le contexte de la COVID-19.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2020

ISBN : 978-2-921483-50-6

Tous droits réservés

©Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2020

Table des matières

Table des matières	5
Mandat	7
Principaux constats	8
Vulnérabilité accrue des patients	8
Composition et gestion du personnel des services de santé mentale	8
Libération conditionnelle, délestage des lits et retour en communauté	9
Gestion de la contagion et des espaces en milieu fermé	9
Hygiène, salubrité et protection	9
Services : continuité, arrêt ou diminution	10
Technologies : des contacts à distance	10
Droits des patients : de la perte de pouvoir à l' <i>empowerment</i>	10
1. Mise en contexte de la demande	11
2. Méthodologie	12
2.1. Repérage des documents	12
2.2. Sélection des documents	12
2.3. Extraction des données, codification, analyse et synthèse	12
3. Sommaire des résultats	13
3.1. Vulnérabilité accrue des personnes	13
Milieus de vie	13
Enjeux cliniques	14
Comorbidités	14
Rechutes	14
3.2. Composition et gestion du personnel des services de santé mentale	15
Formation du personnel	17
3.3. Libération de la prison, retour dans la communauté	18
3.4. Gestion de la contagion est des espaces en milieu fermé	20
Admission	20
Détection des cas positifs	20
Cas positifs et espaces physiques	21

3.5. Hygiène, salubrité et protection	22
Enjeux de salubrité et d’approvisionnement	22
Équipement de protection individuelle	22
Mesures d’hygiène rehaussées	23
3.6. Services : continuité, arrêt ou diminution	24
Diminution du nombre de lits en psychiatrie	24
Suspension des activités de groupe	25
Activités ou interventions individuelles	25
Diminution des services de santé mentale dans les prisons	26
3.7. Technologies : des contacts à distance	27
La technologie à l’interface des rencontres patients-familles	27
L’intervention à distance	27
3.8. Droits des patients : de la perte de pouvoir à l’<i>empowerment</i>	29
Perte de droits et confinement	29
Télécomparution et téléexpertise : une « fausse bonne idée » ?	29
Perte de droit et isolement	29
Favoriser la reprise de pouvoir et les approches sensibles au trauma	30
<hr/>	
4. Discussion	32
<hr/>	
Limites de la revue rapide	33
Conclusion	34
<hr/>	
Références	35
<hr/>	
Annexes	39
<hr/>	
Annexe 1. Tableau de références complémentaires	39
Annexe 2. Plan des concepts	40
Annexe 3. Diagramme de flux prisma	41

Mandat

Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire sur le territoire en raison de la pandémie de la COVID-19. Dès cet instant, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) se mobilise pour adresser cette crise sanitaire. Une cellule de crise COVID-19 quotidienne, composée des gestionnaires de l'INPLPP, est mise sur pied afin de répondre rapidement et efficacement aux enjeux de la pandémie. De plus, un comité interconseil spécial COVID-19 est constitué de professionnels des directions cliniques afin de formuler des recommandations au comité de direction de l'INPLPP. Parallèlement, une initiative internationale est lancée par la *International Association of Forensic Mental Health Services* et menée par l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) de l'INPLPP, afin de documenter les changements en cours dans le milieu de la psychiatrie légale en réponse à la COVID-19. L'UETMI-SMJS est invitée à participer au comité interconseil afin d'orienter la prise de décision à la lumière de la recension en cours.

En réponse aux questions soulevées en cellule de crise et en comité interconseil, le 9 avril 2020, l'UETMI-SMJS lance une invitation dans le réseau des unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux par l'entremise de la communauté de pratique, à participer à un projet de recherche documentaire en lien avec la COVID-19 en psychiatrie légale. Le 20 avril 2020, l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, signale officiellement son intérêt à collaborer sur ce projet. Une réflexion conjointe est entamée par l'INPLPP

et l'IUSMM et une demande formelle est adressée à l'UETMI-SMJS, qui travaille en étroite collaboration avec l'UETMISM. Cette demande est issue d'un besoin de soutenir les directions cliniques de l'IUSMM et de l'INPLPP dans la gestion de cette pandémie. Suite à des discussions avec les demandeurs pour cibler les besoins spécifiques, un projet de réponse rapide est officiellement approuvé et entamé le 13 mai, avec une date de dépôt prévue le 12 juin 2020.

Les objectifs de cette revue rapide visent à :

- Repérer dans la littérature scientifique et la littérature grise des informations sur les stratégies mises en place dans les milieux clinique et légal, en réponse à la pandémie de la COVID-19;
- Identifier les changements de pratique (professionnelles, organisationnelles) qu'entraînent ces stratégies en réponse à la crise sanitaire actuelle et leurs répercussions suivant leur implantation dans le milieu de la psychiatrie légale.

Par définition, les constats issus de cette réponse rapide ne s'appuient ni sur un repérage exhaustif de la littérature ni sur une évaluation de la qualité méthodologique de celle-ci telle qu'exigée pour une revue systématique.

Principaux constats

Il est possible de dégager certains constats et thèmes centraux selon les enjeux et les recommandations soulevés dans la littérature, et ce en tenant compte de la nature changeante des informations recensées, et des limites méthodologiques de la démarche.

Vulnérabilité accrue des patients

- Les milieux de vie fermés favorisent la contagion, notamment parce qu'ils sont densément peuplés et pauvrement ventilés.
- Les particularités de la clientèle psychiatrique (troubles cognitifs, comportements désorganisés, symptômes psychotiques, usage de substances) peuvent rendre difficile le respect des consignes de distanciation physique.
- Les comorbidités physiques multiples (hypertension, trouble respiratoire, diabète, obésité), les habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, usage de substance) ainsi qu'une interaction potentielle entre la médication psychotrope et les symptômes de la COVID-19 augmentent les risques de morbidité et de mortalité chez les patients en psychiatrie.
- Pour contrer l'impact psychologique négatif (détresse psychologique, sentiments négatifs, etc.) causé par les contacts sociaux restreints, la participation (à distance) des membres du réseau social au traitement du patient peut être favorisée.

Composition et gestion du personnel des services de santé mentale

- Il est préférable de former une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmières, intervenants psychosociaux...) incluant au moins un membre de la famille ou un proche, de manière à assurer un soutien diversifié.
- Le personnel devra accepter de nouvelles responsabilités et de nouvelles tâches afin de répondre rapidement aux urgences.
- La réduction de la taille des équipes de professionnels permet de créer des équipes volantes et de favoriser le repos, notamment pour le personnel à risque (personnes âgées ou enceintes, etc.).
- Il est recommandé de créer un groupe tactique dédié au volet opérationnel visant à protéger le personnel et les clients de l'infection à la COVID-19 et à assurer les traitements.
- Le personnel médical ne devrait pas être déplacé dans d'autres services, puisque ceci pourrait mener à une diminution des soins apportés aux patients qui pourraient voir leur santé mentale et physique se détériorer davantage.
- Il importe de former le personnel sur : 1) les risques et les stratégies de prévention à l'égard de la COVID-19, 2) la protection, 3) le repérage des signes et symptômes, 4) l'évitement de la transmission, et 5) les soins adéquats à administrer.
- Le personnel et les patients devraient être informés régulièrement et adéquatement de la situation actuelle et des motifs des nouvelles mesures implantées.

Libération conditionnelle, délestage des lits et retour en communauté

- Pour limiter la propagation dans les milieux fermés, on recommande de favoriser les services en communauté.
 - Milieu de la psychiatrie :
 - Planifier le déplacement des patients qui n'ont pas la COVID-19 vers des établissements de soins de santé dans la communauté.
 - Milieu de la justice :
 - Suspendre provisoirement les arrestations policières et les jugements en cour pour des délits mineurs.
 - Limiter le transfert des détenus et recourir à la technologie de communication à distance en remplacement des visites aux détenus pour des fins personnelles ou légales.
 - Éviter les allers-retours des détenus entre la communauté et la prison.
 - Permettre la libération conditionnelle des détenus les moins susceptibles de récidiver, les plus âgés et ceux ayant des problèmes de santé.
- Pour ces populations, un suivi en communauté est de mise.

Gestion de la contagion et des espaces en milieu fermé

- Afin de diminuer les risques d'éclosion, les patients admis devraient être mis en isolement pour une période de 14 jours et systématiquement faire l'objet d'un contrôle (dépistage des symptômes de la COVID-19, historique des contacts ou de voyages à risque) avant d'accéder à une unité de soins.
- Afin de diminuer le risque de contagion à l'intérieur de l'établissement, il est essentiel de créer des unités distinctes avec du personnel désigné et formé : 1) pour les patients COVID positifs (zone chaude), où ils pourront recevoir un traitement approprié; 2) pour les cas suspectés/symptomatiques (zone tiède), en isolement dans l'attente de résultats du test de dépistage; et 3) pour les unités non touchées (zone froide).
- Les patients peuvent avoir de la difficulté à identifier leurs propres symptômes. Il importe donc de procéder systématiquement à des tests de dépistage auprès des patients qui ont été exposés au virus.

Hygiène, salubrité et protection

- Les gestionnaires ont la responsabilité de s'assurer de l'approvisionnement et de la bonne utilisation du matériel de protection individuelle, et ce, malgré le fait que les établissements de psychiatrie/correctionnel sont souvent à l'extérieur des chaînes d'approvisionnement habituelles.
- Les employés doivent être formés à l'utilisation de l'équipement de protection individuelle. Des protocoles clairs (avec équipement adapté) doivent être mis en place selon le type d'unité (zones chaude, tiède et froide). Un vestiaire désigné à l'entrée des unités chaudes peut être installé.
- Dans une perspective d'*empowerment*, les patients devraient avoir le choix de porter ou non le couvre-visage/masque, bien qu'il importe de considérer leur capacité à le faire en raison des symptômes psychiatriques et le niveau de risque.
- Des distributeurs de solution hydro-alcoolique pour le lavage des mains devraient être disponibles sur les unités de soins (quand il n'y a pas de risque pour les patients).
- L'établissement doit faire la promotion des meilleures pratiques d'hygiène (ex. : désinfection régulière des surfaces et objets) auprès du personnel et des patients.

Services : continuité, arrêt ou diminution

- La gestion de la pandémie et les mesures qui en découlent ont un impact sur les services aux patients : on note une diminution des admissions ainsi que des services en raison du manque de personnel ou afin de diminuer le risque de contagion.
- On recommande la suspension d'activités de groupe qui utilisent les pièces communes afin de diminuer les risques de contagion et faciliter la distanciation physique des patients. Cette recommandation est d'autant plus importante s'il est question de patients plus âgés ou avec de multiples problèmes de santé.
- La décision de réduire les activités individuelles devrait être prise en fonction du risque que pose le service, les besoins du patient et les services alternatifs existants, puisque la diminution des soins et services pourrait provoquer une détérioration de l'état mental et physique. Une augmentation des soins individuels pourrait même être envisagée.
- Pour les personnes isolées en chambre ou en cellule, une gamme d'activités distrayantes, physiques et de développement personnel devrait être offerte.

Technologies : des contacts à distance

- Dans plusieurs pays touchés par la pandémie de la COVID-19, le recours aux technologies à distance (visioconférence, téléphone) a permis aux familles et aux proches d'entretenir le contact avec les patients afin de briser l'isolement de ces derniers en situation de confinement.
- L'utilisation d'ordinateurs, de téléphones cellulaires ou de tablettes électroniques pour des rencontres virtuelles entre les membres du personnel médical est de plus en plus courante, en remplacement des réunions d'équipe en présentiel.
- L'intervention à distance (consultations en ligne, gestion de la médication) est davantage appliquée dans la communauté qu'en milieu hospitalier : la non-disponibilité de cette technologie en milieu hospitalier expliquerait, en partie, cette situation.
- Dans le milieu de la justice, les pratiques à distance sont de plus en plus courantes (télécomparution, téléexpertise); elles permettraient d'accélérer certains éléments du processus judiciaire.

Droits des patients : de la perte de pouvoir à l'*empowerment*

- La question de l'isolement et de la privation de la liberté comme stratégie de gestion de la contagion est centrale en raison des facteurs de vulnérabilité des patients en psychiatrie et de l'enjeu de l'aptitude au consentement (difficultés cognitives, problèmes comportementaux, symptômes psychiatriques).
- Les mesures privatives de liberté doivent être appliquées avec prudence, puisqu'elles représentent une atteinte significative aux droits des patients.
- Les interventions restrictives sont perçues comme étant punitives, provoquent la peur, nient la dignité et peuvent traumatiser à nouveau des individus ayant déjà un historique de trauma important.
- Une approche sensible au trauma, qui met de l'avant la sécurité, l'*empowerment*, la transparence, la collaboration, le rôle des pairs et la sensibilité à l'appartenance culturelle devrait être favorisée.

1. Mise en contexte de la demande

Alors que la COVID-19 se propage dans le monde, de plus en plus de pays ont mis en œuvre des directives et des politiques afin d'aplanir la courbe d'infection et de ne pas surcharger les systèmes de santé. Ainsi, des mesures de distanciation physique et de confinement ont été appliquées dans la population générale. De nombreux pays ont dû également réaffecter le personnel médical et psychosocial vers des services de détection, de gestion et de traitement de la COVID-19 afin d'éviter les pires scénarios de propagation de ce virus.

Ces mesures et directives gouvernementales ont un impact direct sur les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sont institutionnalisées ou incarcérées. Outre la réorientation des ressources spécialisées en santé mentale vers les services hospitaliers de courte durée et les services de longue durée (par ex. les CHSLD), la mise en place de mesures supplémentaires pour encourager la distanciation physique a réduit l'accès des visiteurs dans leurs milieux. Ces personnes se sont également vues restreindre l'accès aux services jugés non essentiels et aux praticiens, limitant la prestation des soins. Bien que ces stratégies soient essentielles pour protéger ces personnes vulnérables de la pandémie, elles peuvent également avoir des conséquences non négligeables sur leur rétablissement et leur bien-être. D'autant plus que cette population vit déjà, sous une forme ou une autre, le confinement au quotidien en raison de leur problème de santé mentale.

Dans ce contexte, il importe d'examiner les changements de pratique et les impacts potentiels sur la population considérée, dans les milieux institutionnels, des pratiques mises en œuvre à différents niveaux (législatif, organisationnel, clinique, éthique) afin de répondre aux enjeux sanitaires soulevés par la pandémie du COVID-19 et mieux outiller les gestionnaires et cliniciens dans leurs interventions.

Cette demande issue de la cellule de crise COVID-19 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, en collaboration avec la Direction du programme santé mentale, dépendance et itinérance du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, a mené à la formulation d'une question d'évaluation qui est à l'origine de cette revue rapide :

Quelles sont les stratégies mises en place en réponse à l'écllosion de la pandémie de la COVID-19 dans les milieux cliniques et légaux (services de psychiatrie générale, services de psychiatrie légale, services correctionnels) où sont confinées les personnes sous contrainte légale et présentant un problème de santé mentale ?

Et comme question sous-jacente à celle-ci :

Considérant les impacts potentiels de ces stratégies sur ces milieux, devraient-elles être conservées après la pandémie ?

2. Méthodologie

2.1. Repérage des documents

Une recension non exhaustive de la littérature scientifique et de la littérature grise sur les milieux cliniques et légaux (services psychiatriques, services correctionnels où la population confinée présente un problème de santé mentale) a été réalisée entre le 10 et le 16 mai 2020. Les publications devaient être rédigées en anglais ou en français et publiées entre décembre 2019 - période où les autorités sanitaires chinoises ont identifié les premiers cas de la COVID-19 parmi la population de Wuhan (Chine) – et mai 2020. À cette fin, les bases de données bibliographiques indexées Medline, Pubmed, PsycInfo, CINAHL, EMBASE, EBM Reviews et HeinOnline ont été consultées par deux professionnelles en documentation. À cela s'ajoute la consultation de quelques sites Internet d'organismes internationaux dans le domaine de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, de sites Internet d'organisations nationales et internationales en santé, ainsi que de Google Scholar. Parmi les principaux mots clés utilisés pour la recherche bibliographique figurent ceux relatifs à la psychiatrie (ex. : *psychiatric, mental disorder, mental illness*), au milieu carcéral (ex. : *correctional, offender*), au milieu de la psychiatrie légal (ex. : *forensic*) et en lien avec le virus COVID-19 (ex. : *coronavirus, SARSCoV-2*)¹.

2.2. Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de repérer 679 références². De ce nombre, 561 proviennent des sept banques de données bibliographiques indexées et 118 références ont été repérées à l'aide de *Google Scholar* (n = 110) et d'une recherche manuelle dans les bibliographies de publications déjà repérées dans les banques de données indexées, ainsi que par l'en-

tremise d'infolettre de journaux scientifiques (n = 8). Après le retrait des doublons (n = 216), les titres et résumés de 463 références ont été examinés. Suivant le retrait de 368 références, 95 documents ont été lus et, une fois appliqués les critères d'inclusion/exclusion, 46 documents ont été exclus. Au total, 49 documents ont été inclus dans la recension.

L'ensemble des documents ont été sélectionnés, de façon indépendante, par deux professionnels en évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI). Une validation interjuge, basée sur 25 % des publications retenues pour la première étape de sélection et de 20 % pour la seconde étape de sélection, a été réalisée. En cas de divergence d'opinions, un troisième professionnel a tranché le désaccord.

2.3. Extraction des données, codification, analyse et synthèse

Les trois professionnels ETMI ont élaboré une grille d'extraction et procédé à l'extraction des données après avoir effectué un test de fidélité interjuge sur un échantillon correspondant à 20 % des documents retenus. Les principaux éléments extraits des articles étaient : description des mesures mises en place (et leurs impacts, si décrits ou mesurés) ; principaux enjeux cliniques, pratiques ou éthiques ; et recommandation sur les pratiques à mettre en place³. Les données extraites ont ensuite été regroupées en catégories thématiques suivant leur codification par les trois professionnels en ETMI. Aucune évaluation de la qualité des études avec des outils standardisés n'a été réalisée. Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative.

¹ L'ensemble des concepts et mots-clés figurent à l'annexe 1. La stratégie de recherche est disponible sur demande.

² Le diagramme de flux selon le modèle PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) figure à l'annexe 2.

³ La grille d'extraction est disponible sur demande.

3. Sommaire des résultats

Les 49 publications retenues datent de 2020. Ces publications proviennent principalement de la Chine (13 publications), des États-Unis (7 publications), de l'Italie (6 publications), de la France (4 publications) et de l'Irlande (3 publications). L'Allemagne, Singapour, le Royaume-Uni et l'Australie comptent chacun deux publications. L'Inde, le Brésil, le Canada, la Nouvelle-Zélande, la Corée, la Scandinavie, la Suisse, et l'Espagne comptent chacun une publication.

Ces publications sont principalement (n= 39) des textes d'opinions d'experts (éditorial, lettre à l'éditeur, correspondance). À ces publications s'ajoutent : une revue rapide de la littérature, cinq revues narratives (non systématiques) de la littérature et quatre études (deux enquêtes par sondage, deux études descriptives). Des documents de référence (lois, normes, guides sur les mesures sanitaires, etc.) ont également été consultés comme complément d'information⁴.

La prochaine section de ce document se veut une synthèse des informations recueillies dans la littérature consultée. Les auteurs des publications retenues, pour la plupart non empiriques, ont principalement soulevé des enjeux liés à la gestion de la pandémie en milieu psychiatrique et présenté des recommandations tirées de leurs expériences avec la COVID-19 ou d'études antérieures. Les thèmes abordés dans ces publications se déclinent en huit catégories : 1) les facteurs de vulnérabilité spécifiques à la population; 2) la gestion et la formation du personnel; 3) le délestage, la libération condition-

nelle et le retour en communauté; 4) la gestion de la contagion et des espaces fermés; 5) les mesures d'hygiène et l'équipement de protection individuelle; 6) la continuité des soins et services; 7) l'utilisation des technologies pour maintenir les liens sociaux et les services et 8) les mécanismes légaux et les droits des personnes.

3.1. Vulnérabilité accrue des personnes

Les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus vulnérables face à la COVID-19. La morbidité et la mortalité sont plus importantes chez cette population notamment en raison du milieu de vie, des comorbidités et de la médication. Le contexte actuel peut également accentuer le risque de rechutes. Dans cette section, nous aborderons les différents facteurs qui augmentent la vulnérabilité de cette population en période de pandémie afin de minimiser ses impacts délétères.

Milieus de vie

Les milieux fermés, tels les hôpitaux psychiatriques ou les centres de détention/prisons présentent un risque plus élevé de transmission de la maladie (de Girolamo et al., 2020; Liebrez, Bhugra, Buadze, & Schleifer, 2020). Cela est dû au fait que ces milieux sont densément peuplés (Kothari, Forrester, Greenberg, Sarkissian, & Tracy, 2020; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos, & Voineskos, 2020) ce qui rend plus difficile le respect de la distanciation sociale.

⁴ Le tableau des ressources complémentaires se retrouve à l'annexe 3.

De plus, afin de prévenir le suicide, les fenêtres sont souvent barrées, ce qui entraîne une mauvaise ventilation et devient ainsi un facteur de risque supplémentaire (Kozloff et al., 2020). Le milieu correctionnel, souvent la première victime des mesures d'austérité, est habituellement sous-financé et déjà en manque de moyens et d'espaces en temps normal; ces problèmes sont exacerbés en période de pandémie (Kothari et al., 2020).

Enjeux cliniques

En raison de leur maladie, certains patients ont des troubles cognitifs ou des comportements désorganisés qui font en sorte qu'il faille continuellement répéter les règles de distanciation (Chevance et al., 2020; Kozloff et al., 2020; Percudani, Corradin, Moreno, Indelicato, & Vita, 2020). Aussi, l'usage concomitant de substances affecte le jugement et la capacité de suivre ces règles (Kozloff et al., 2020). De plus, on note une motivation moins importante à se conformer aux règlements de contrôle des infections/distanciation sociales chez les patients psychotiques (E. Brown et al., 2020; Rajkumar, 2020). Les patients agités peuvent aussi cracher sur les employés ou sur d'autres patients, ce qui augmente le risque de transmission (Brown, Keene, Hooper, & O'Brien, 2020). Enfin, certains milieux restreignent l'utilisation du désinfectant pour les mains, par peur que certains patients l'ingèrent (Kozloff et al., 2020).

Comorbidités

La mortalité et la morbidité reliées aux maladies respiratoires sont plus importantes chez cette population, en raison de leurs multiples comorbidités physiques (C. Brown et al., 2020; Cui, Wang, & Wang, 2020; Garriga et al., 2020; Percudani et al., 2020; Tor, Phu, Koh, & Mok, 2020; Yao, Chen, & Xu, 2020). En effet,

souvent ces personnes présentent un trouble mental sévère qui s'accompagne de comorbidités tels l'hypertension, des problèmes respiratoires chroniques, le diabète et l'obésité. De plus, certaines habitudes de vie, tels le tabagisme, le manque d'activité physique et la consommation de substances, augmentent également les risques de complications liées à la COVID-19 (Kavoor, 2020; Kozloff et al., 2020).

Nous connaissons peu les impacts de la COVID-19 sur la médication et vice-versa, mais certains auteurs suggèrent qu'une attention particulière devrait être portée à leurs interactions potentielles. À ce jour, on ignore si la médication psychotrope peut augmenter le risque de développer des complications respiratoires sévères (Javelot et al., 2020). Il importe donc de surveiller de près les personnes atteintes par la COVID-19 qui prennent des médicaments psychotropes (Chevance et al., 2020). Une attention particulière devrait être portée sur la clozapine et le lithium, qui pourraient interagir avec les symptômes de la COVID-19 (Chevance et al., 2020; Javelot et al., 2020), ainsi que sur le sevrage du tabagisme qui nécessite souvent un ajustement de la posologie des médicaments psychotropes (Javelot et al., 2020). De plus, la sédation est parfois utilisée pour assurer le respect des mesures d'isolement en chambre, ce qui peut aggraver les symptômes respiratoires (Chevance et al., 2020).

Rechutes

Il importe tout autant de souligner l'impact des mesures de gestion de la COVID-19 sur les rechutes psychiatriques. Non seulement le niveau de stress engendré par les mesures de confinement peut entraîner des rechutes, mais les congés et le retour précoce dans la communauté en contexte de pandémie pourraient également accélérer de telles rechutes (Garriga et al., 2020). Les rechutes peuvent entraîner des difficultés

supplémentaires, dont une hygiène insuffisante, une incapacité à respecter les mesures de distanciation sociale et l'incapacité à suivre le plan de traitement (Kavoor, 2020).

La littérature souligne donc de nombreux facteurs de vulnérabilité face à la COVID-19 dans le milieu de la psychiatrie et dans les milieux correctionnels. Ces enjeux sont également soulevés par Thome, Coogan, Fischer, Tucha et Faltraco (2020) dans leur éditorial sur le milieu de la psychiatrie légale. À la lumière de ces faits, il est donc primordial de protéger cette population vulnérable, et surtout les plus à risques parmi eux, notamment les personnes âgées ou présentant des comorbidités. Or, les personnes de ces milieux éprouvent davantage de difficulté à accéder aux tests de dépistage ainsi qu'aux traitements appropriés (Cullen, Gulati, & Kelly, 2020).

3.2. Composition et gestion du personnel des services de santé mentale

Parmi les changements organisationnels engendrés par la crise de la pandémie COVID-19 figurent la composition et la gestion du personnel dans les milieux clinique et judiciaire. La gestion de la pandémie de la COVID-19 entraîne des changements importants dans l'organisation des soins. Un groupe tactique (task force), composé de représentants des différents corps professionnels (psychiatres, infirmières et intervenants psychosociaux) peut être mis en place pour prendre en charge le volet opérationnel des interventions. L. Li (2020), en Chine, rapporte la mise sur pied d'un groupe se réunissant plusieurs fois par jour pour échanger sur les informations à faire circuler et les décisions à prendre au niveau clinique. L'implantation d'une telle équipe - le *Disease Outbreak Task Force* (DOTF) - à l'Ins-

titut de santé mentale de Singapour, qui comprend 1 900 lits et où sont traités 80 % de la population psychiatisée à l'échelle nationale, est décrite par Tor et al. (2020). Cette équipe vise à protéger le personnel et les clients de l'infection à la COVID-19, ainsi qu'à assurer les traitements en psychiatrie, notamment l'électroconvulsivothérapie (ETC) dont deux des cinq services à Singapour ont cessé leurs activités en raison de la pandémie de la COVID-19. Le DOTF a adopté les lignes directrices nationales qui distinguent quatre niveaux de gravité associés à la COVID-19 selon la grille d'alerte Disease Outbreak Response System Condition (DORSCON). Illustrés à l'aide de différentes couleurs - verte (niveau 1), jaune (niveau 2), orange (niveau 3) et rouge (niveau 4) - ces niveaux d'intensité du risque sont utilisés pour définir les mesures de sécurité destinées aux patients et au personnel soignant afin d'éviter la contagion à la COVID-19 lors de l'ETC.

Par ailleurs, la réaffectation des hôpitaux psychiatriques pour accueillir et traiter les patients atteints de la COVID-19 a mené à l'assignation de nouveaux rôles et à de nouvelles tâches pour le personnel de la santé mentale. Plusieurs patients présentent un risque élevé d'intensification des problèmes de santé mentale dû au stress occasionné par cette pandémie (Yao et al., 2020). Les psychiatres doivent donc se familiariser avec le dépistage et le triage des patients et travailler étroitement avec les médecins et autres professionnels de la santé pour minimiser les risques de transmission du virus parmi ces patients (Zhu et al., 2020). Plutôt que de déplacer le personnel médical dans d'autres services, comme ce fut le cas à Wuhan où de nombreux psychiatres et psychologues ont délaissé leur clientèle au profit de la population hospitalisée et infectée par la COVID-19 (S. Li & Zhang, 2020), Cullen et al. (2020) prévient que cela nuirait aux soins apportés aux patients, dont la santé mentale et la santé physique risquent

de se détériorer encore davantage. Il propose plutôt que l'on dispense des interventions ciblées dans la communauté (par ex., les interventions à distance au moyen de technologies de communication) et de veiller au bien-être du personnel qui se retrouve au front en leur offrant le soutien des pairs et un service dédié au soutien de leur santé physique et de leur santé mentale, comme celui offert par les *Centers for Disease Control and Prevention* aux États-Unis.

Concernant la psychiatrie légale, en France, les responsables des services psychiatriques ont, de leur côté, opté pour l'aménagement de neuf unités hospitalières spécialement aménagées disposant chacune d'un secteur dédié afin de maintenir une offre de soins psychiatriques aux détenus dont l'état de santé exige une hospitalisation (Chevance et al., 2020).

À Madrid, la réduction des services offerts dans les urgences psychiatriques, conjuguée à la fermeture des unités psychiatriques dans les hôpitaux universitaires et les services de jour, a mené les responsables de l'unité psychiatrique de l'Hôpital Universitaire Gregorio Marañon à la mise sur pied d'un service de liaison psychiatrique (Arango, 2020). Composé à l'origine de trois psychiatres et de trois psychologues, le département de liaison psychiatrique est passé à 25 personnes assignées à trois programmes d'intervention offerts 24 heures par jour, sept jours par semaine et qui consiste à la : 1) prise en charge de la santé mentale du personnel (rencontres en petits groupes : 4-6 personnes); 2) prise en charge des familles des patients et qui ne peuvent les visiter (utilisation de la visioconférence à l'hôpital); 3) prise en charge des personnes décédées (contacts avec la famille du défunt).

Ce service de liaison psychiatrique sert aussi dans le cas où des patients désirent quitter l'hôpital ou refuse de prendre leur médication. Par ailleurs, si la plupart des consultations se donnent maintenant par l'entremise de la visioconférence ou par téléphone, des infirmières se rendent néanmoins à domicile pour la médication des patients (en Espagne, la plupart des patients avec des troubles mentaux sévères demeurent avec leurs parents).

Certains auteurs mentionnent qu'étant donné les comportements perturbés des patients hospitalisés et l'accès limité aux services dans le contexte de la pandémie, les psychiatres doivent travailler de concert avec les autres professionnels de la santé pour assurer l'accès au dépistage et au traitement adéquat des patients (Chevance et al., 2020; Shalev & Shapiro, 2020). Il en va de même dans le milieu correctionnel, où les équipes, les services et les fonctions professionnelles seront amenés à changer. Il importe donc de créer un consensus et un sentiment d'inclusion au sein du personnel (Kothari et al., 2020). Il est possible que certains corps professionnels soient amenés à effectuer de nouvelles tâches qui nécessiteront des formations et un soutien additionnel (Kothari et al., 2020). Qui plus est, il est proposé que les équipes d'intervention auprès de la clientèle qui présente un problème de santé mentale sévère ne se limitent pas aux psychiatres et aux psychologues, mais compte aussi des infirmières en psychiatrie, des travailleurs sociaux, des membres de la famille des patients et des proches (ou des bénévoles) de manière à assurer un soutien diversifié aux patients (S. Li & Zhang, 2020). Une autre stratégie recommandée est de réduire la taille des équipes de professionnels de la santé afin de créer des équipes volantes, auquel pourraient s'ajouter du personnel administratif ou des

professionnels d'autres secteurs de la santé. Cela permettrait au personnel qui court plus de risques en attrapant le virus (personnes âgées, enceintes, ou avec une santé fragile) d'éviter de s'exposer au risque inutilement, ainsi que d'offrir aux équipes de travail des périodes de repos (L. Li, 2020; Tor et al., 2020).

D'ailleurs, une des difficultés majeures à laquelle se heurtent la plupart des responsables des hôpitaux psychiatriques et les milieux de détention (Liebrenz et al., 2020) est de pourvoir les postes du personnel infecté par la COVID-19 qui doit s'absenter de son lieu de travail (Kavoor, 2020; Kothari et al., 2020). Cela exige une gestion étroite du personnel afin de remplacer le personnel absent (infecté ou ayant peur de l'être), de veiller à ne pas épuiser le personnel sur place en prolongeant les heures de travail et gérer les anxiétés du personnel quant à l'infection (Kothari et al., 2020). Le risque que les professionnels vivent de la détresse psychologique et morale est élevé en réponse à des demandes accrues couplées à des ressources diminuées et un sentiment d'inefficacité dans des nouveaux rôles changeants (Kothari et al., 2020). De plus, une réduction du personnel sera inévitablement synonyme de réduction des services, ce qui pourrait contribuer à une augmentation des tensions au sein des établissements comme les milieux correctionnels (Kothari et al., 2020). Selon Cullen et al. (2020), il faut plutôt offrir au personnel des arrêts de travail temporaires.

Selon plusieurs auteurs, la gestion du personnel qui travaille au front (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) devrait s'appuyer sur certaines directives soit : 1) définir un plan de gestion des effectifs (annulation et report des vacances, compensation financière); 2) assurer un traitement équitable du personnel et de son bien-être; 3) veiller à former et

à superviser adéquatement le personnel; 4) offrir un soutien psychologique aux équipes exposées quotidiennement à des situations délicates; 5) assurer une bonne communication et un bon climat de collaboration entre les professionnels et les équipes; 6) reconnaître le travail et les compétences des gens les plus exposés au risque (Kothari et al., 2020; Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020; Poremski et al., 2020). Un système de jumelage peut être mis en place entre les employés et les gestionnaires pour contribuer au sentiment d'appartenance et permettre un débriefing après chaque quart de travail (Kothari et al., 2020). Ces directives seraient justifiées étant donné que les professionnels de la santé doivent adopter de nouveaux rôles et responsabilités, mais aussi adapter rapidement leurs interventions dans un contexte de travail où les relations sont tendues et où règne l'incertitude associée à la propagation possible de la pandémie de la COVID-19 autour de soi (Muirhead, 2020).

Formation du personnel

On souligne dans la littérature le besoin de programmes de formation sur les risques et les stratégies de prévention face à la COVID-19 afin que les professionnels puissent offrir des soins adaptés qui minimisent le risque de contagion et qu'ils soient en mesure de repérer rapidement les signes et symptômes de la maladie (C. Brown et al., 2020; Druss, 2020).

La production et la diffusion de protocoles destinés à évaluer les symptômes des patients, de procédures de transfert des patients vers les unités de soins intensifs et des directives sur la liaison fonctionnelle des services psychiatriques sont recommandées (Thome et al., 2020).

En France, un système coordonné par les psychiatres et les psychologues a été mis en place, permettant aux cliniciens qui sont au front sur les unités psychiatriques d'obtenir du soutien lorsqu'ils doivent prendre des décisions difficiles tant sur le plan thérapeutique que sur le plan éthique (Chevance et al., 2020). Selon D'Agostino, Demartini, Cavallotti et Gambini (2020), les hôpitaux psychiatriques devraient favoriser le développement des compétences et dispenser des formations en gestion de crise afin d'éviter les mesures d'intervention inefficaces. Néanmoins, selon les résultats d'un sondage en ligne mené du 1er au 15 février 2020 par Shi et al. (2020), certains psychiatres et infirmières de la Chine font confiance à leurs expériences antérieures et aux connaissances acquises sur la COVID-19 sur Internet, à la télévision et par d'autres médias pour prendre soin des patients hospitalisés.

Par ailleurs, citant Banerjee (2020), Rajkumar (2020) mentionne que parmi les nouvelles responsabilités qui incombent aux psychiatres figure l'éducation du public aux effets psychologiques de la pandémie, aux mesures de prévention à adopter à cet effet ainsi qu'aux stratégies de gestion de cette crise. Mais encore faut-il que ces psychiatres soient informés régulièrement au sujet des symptômes de la COVID-19 en comparaison avec d'autres maladies infectieuses ainsi que des facteurs de risque d'infection et de propagation (par ex. âge avancé, comorbidité, maladies respiratoires chroniques, hypertension, etc.). Le partage de l'information est donc essentiel pour le personnel de la santé. Il en va de même dans le milieu correctionnel : on recommande de partager des informations régulièrement, à jour, grâce à des affiches et courriels destinés au personnel (Kothari et al., 2020). Le manque de connaissances du personnel sur la pandémie a été maintes fois souligné (Rajkumar, 2020; Zhu et al., 2020).

3.3. Libération de la prison, retour dans la communauté

En réponse au risque accru de contagion en raison de la surpopulation des milieux fermés, un retour en communauté des personnes incarcérées ou institutionnalisées est préconisé lorsque possible. La transition entre la communauté et la prison est propice à la propagation de la COVID-19, donnant lieu à diverses mesures et recommandations visant à libérer les détenus. Quant à la population qui relève de la psychiatrie générale, le retour dans la communauté résulte, notamment, de décisions de sorties précoces afin de libérer les unités hospitalières pour traiter des personnes infectées la COVID-19. Autant pour la population incarcérée que pour celle confinée dans les hôpitaux psychiatriques, un suivi est de mise.

La judiciarisation accrue de certains groupes sociaux (minorités ethniques, personnes en situation d'itinérance, personnes ayant un trouble de consommation de substance ou présentant un trouble mental) favoriserait une plus grande propagation de la COVID-19 en milieu carcéral (Akiyama, Spaulding, & Rich, 2020). En fait, les allers-retours de ces populations entre leur milieu de vie et la prison (i.e., le syndrome des portes tournantes de la justice) sont propices à la propagation de la COVID-19 autant dans la communauté qu'en milieu carcéral.

Pour remédier à ce problème, les autorités publiques américaines (états, municipalités, *Federal Bureau of Prison*) ont limité le transfert des détenus et implanté l'utilisation de la téléconférence en remplacement des visites aux détenus pour des fins personnelles ou légales. De plus, des recommandations spécifiques à ces populations sont proposées par Akiyama et al. (2020), notamment : 1) la libération de la

prison des individus les moins à risque de récurrence, des détenus les plus âgés, ainsi que des personnes avec des problèmes de santé; 2) la suspension provisoire des arrestations et des jugements en cour pour des délits mineurs; 3) l'isolement des individus infectés et des individus suspectés d'infection à la COVID-19; 4) la préparation de protocole pour le transfert et l'hospitalisation de détenus sévèrement atteints par la COVID-19; 5) l'identification de personnel infecté et rétabli qui pourrait potentiellement bénéficier d'une plus grande immunité et s'occuper de l'hygiène et des soins des détenus COVID positifs.

Toujours aux États-Unis, une directive issue du *Bazelon Center for Mental Health* recommande: 1) la libération immédiate des détenus qui présentent un problème de santé mentale, 2) l'interdiction de l'accès aux prisons par toute personne arrêtée par la police et qui présente un problème de santé mentale, et cela afin de contrer la propagation du virus dans les prisons (Canady, 2020a). Par ailleurs, en vertu de la nouvelle législation présentée par le gouvernement du Royaume-Uni, les *Mental Health Trusts* sont fortement incités à favoriser la transition des personnes sous mandats légaux et qui présentent des troubles de santé mentale à être traitées dans la communauté, modifiant ainsi les conditions d'admission et de délestage de ces personnes (C. Brown et al., 2020). Par contre, bien que la santé publique en Angleterre ait également recommandé une stratégie de libération anticipée en milieu correctionnel, l'opération a été menée partiellement et s'est avérée infructueuse à réduire les décès dus à la COVID-19 en prison (Kothari et al., 2020).

Concernant les hôpitaux psychiatriques, le déplacement des patients qui n'ont pas la COVID-19 vers des établissements de soins de santé dans la communauté doit être planifié. Cette recommandation s'explique en raison des nombreuses admissions dans les hôpitaux psychiatriques de personnes ayant contracté la COVID-19. En conséquence, les établissements psychiatriques dans la communauté doivent s'attendre à un afflux de patients et se préparer en conséquence (Choi, Heilemann, Fauer, & Mead, 2020).

Évidemment, cette situation varie selon les pays touchés par la COVID-19. Selon Clerici et al. (2020), la durée prolongée des hospitalisations en psychiatrie dans certaines régions de l'Italie, en mars 2020, en comparaison avec mars 2019, serait due à la difficulté d'assurer à ces patients un retour à domicile sécuritaire. Parfois, le déplacement des patients hospitalisés vers des établissements dans la communauté se fait très rapidement, sans période de transition (Muirhead, 2020). Par exemple, en France, c'est dans le but de libérer des unités psychiatriques pour faire face à la pandémie qu'un certain nombre de patients ont vécu une sortie précoce des hôpitaux psychiatriques. La sortie de ces patients était conditionnelle à leur mise en quarantaine (14 jours), à la stabilité de leur état psychiatrique et à leur capacité de respecter les mesures de confinement. Ces patients ont alors fait l'objet d'un suivi (gestion de cas de transition à distance) visant à les accompagner dans cette sortie précoce de l'hôpital et au confinement à domicile. Un suivi téléphonique leur a été offert ainsi que l'accès à une unité d'interventions à domicile (par ex. l'unité Psymobile) en cas d'urgence (état de décompensation, évaluation du risque suicidaire, etc.) (Chevance et al., 2020).

3.4. Gestion de la contagion et des espaces en milieu fermé

Malgré plusieurs mesures mises en place afin d'empêcher le virus de pénétrer dans les établissements et les unités fermés, cette éventualité est souvent inévitable. Il importe donc de mettre en place des procédures afin de minimiser la propagation au sein des établissements, par l'entremise d'une gestion plus serrée des admissions, des cas positifs ou suspects ainsi que des espaces physiques.

Admission


Plusieurs auteurs font état de la mise en isolement des nouveaux patients pour une période de 14 jours avant d'être admis sur les unités de soin (Cheung, Fong, & Bressington, 2020; Ji, Li, Huang, & Zhu, 2020; W. Li et al., 2020; Starace & Ferrara, 2020; Zhu et al., 2020). De plus, il est proposé de réviser les mécanismes par lesquels les patients obtiennent leur congé afin de minimiser le risque de contact avec des patients nouvellement admis et assurer un retour en communauté en toute sécurité (D'Agostino et al., 2020). Avant d'accéder à une unité de soins, les patients admis à l'urgence devraient systématiquement faire l'objet d'un contrôle, qui inclut le dépistage des symptômes de la COVID-19, un historique de voyage dans des régions à risque ainsi qu'un historique des contacts avec des personnes ayant la COVID-19 ou présentant des symptômes (D'Agostino et al., 2020; Ji et al., 2020; W. Li et al., 2020; Starace & Ferrara, 2020; Zhu et al., 2020). Dans plusieurs cas, l'admission des patients a été suspendue (D'Agostino et al., 2020) ou bien les patients sont admis sur la base de critères plus stricts (Muirhead, 2020; Starace & Ferrara, 2020; Xiang et al., 2020). L'évaluation des patients nouvellement admis peut être faite par une unité de soins spécialisée dans la détection de maladies infectieuses. Disponible en

tout temps, cette unité de soins pourrait également offrir un suivi aux patients positifs et des consultations aux équipes sur place (Percudani et al., 2020).

Détection des cas positifs

Il est recommandé d'être constamment et activement vigilant des symptômes de la COVID-19 afin d'éviter une éclosion sur les unités de soins (D'Agostino et al., 2020). Dans un article portant sur l'expérience d'une institution psychiatrique à Wuhan en Chine, Ji et al. (2020) font état des problèmes rencontrés dans la gestion des cas positifs de COVID-19 chez les patients. Notamment, ces derniers n'étaient pas en mesure d'identifier eux-mêmes correctement et rapidement leurs symptômes; ils présentaient souvent des symptômes atypiques. Conséquemment, il était difficile pour ces patients de recevoir un traitement adéquat dans les délais prescrits. Qui plus est, on note dans les milieux correctionnels une réticence des détenus à déclarer des symptômes, par crainte de subir des mesures d'isolement supplémentaires dans une période où ils se sentent déjà particulièrement vulnérables et seuls (Kothari et al., 2020). Ji et al. (2020) recommandent donc une amélioration des procédures d'examen des patients symptomatiques ou qui ont potentiellement été en contact avec des personnes évaluées comme des cas positifs, des contrôles sanguins ainsi que des tomodensitogrammes de la poitrine. Ceci sous-tend donc la disponibilité de personnel formé à ces examens.

Lorsqu'un cas positif est identifié chez l'un d'eux, tous les patients de l'unité devraient être testés pour la COVID-19 et un protocole devrait être mis en place pour le transfert vers un département de médecine pulmonaire si l'état du patient en question se détériore. Les unités de patients COVID positifs devraient disposer d'un protocole de surveillance et d'évaluation clinique et paraclinique ainsi que de monitoring



des symptômes, étant donné les risques additionnels de problèmes de santé liés à l'infection (Percudani et al., 2020). Les patients symptomatiques placés en isolement devraient également être surveillés de près en cas de comportements suicidaires ou violents (L. Li, 2020). Des procédures d'isolement sur l'unité doivent être développées et révisées régulièrement afin d'assurer la continuité des soins psychiatriques aux patients COVID positifs n'ayant peu ou pas de symptômes somatiques (D'Agostino et al., 2020). Le transfert dans des hôpitaux désignés devrait se faire en fonction du niveau de risque et des besoins du patient selon une procédure établie par le gouvernement local (Zhu et al., 2020). Akiyama et al. (2020) recommandent aux responsables des prisons et des services correctionnels aux États-Unis de se préparer à un fardeau important de morbidité en raison des facteurs de vulnérabilité multiples des personnes incarcérées.

Cas positifs et espaces physiques

Plusieurs auteurs rapportent la création d'unités distinctes : 1) pour les patients COVID positifs (zone chaude), où ils pourront recevoir un traitement approprié ; 2) pour les cas suspectés/symptomatiques (zone tiède) et isolés pendant 14 jours dans l'attente des résultats du test de dépistage ; et pour les unités non touchées (zone froide) (Arango, 2020 ; Cui et al., 2020 ; L. Li, 2020 ; Percudani et al., 2020). Certains établissements en France disposent de personnel désigné et formé pour ces unités afin d'éviter la propagation entre les unités. Des corridors distincts peuvent être aménagés à même ces unités pour les soignants ainsi que pour les patients, afin de limiter les risques de transmission (Chevance et al., 2020). Cette répartition de patients dans différentes unités en fonction du niveau de risque de contagion devrait être priorisée lorsque possible afin de permettre aux patients de continuer librement leurs activités sur

les unités désignées et d'éviter les mesures plus privatives de liberté, tel l'isolement en chambre (C. Brown et al., 2020). Si nécessaire, il importe d'isoler les patients atteints dans des chambres individuelles désignées pendant une période de deux semaines, ce qui pourrait nécessiter la fermeture de lits dans le cas de chambres doubles (de Girolamo et al., 2020 ; L. Li, 2020 ; Starace & Ferrara, 2020 ; Xiang et al., 2020). À défaut d'avoir accès à une unité dédiée pour les patients COVID positifs, une unité médicale soutenue par du personnel en psychiatrie peut également être aménagée (Percudani et al., 2020).

Dans une lettre à l'éditeur, C. Li et al. (2020) recommandent de placer du personnel de sécurité dans chaque zone en raison des comportements violents que peuvent avoir certains patients. Fagiolini, Cuomo et Frank (2020) rapportent que les hôpitaux psychiatriques ont agi chacun de leur côté (localement) en Italie. À Sienne, les patients pré-COVID ont été déménagés dans les zones non COVID et les nouvelles admissions dans la zone COVID spécialement aménagée. Au Nord de l'Italie, les hôpitaux admettent de nouveaux patients avec des troubles sévères et ayant la COVID-19 dans des zones spécifiques. Les patients ne pouvant être isolés ou aux comportements violents sont admis dans une chambre réservée à cette fin et les chambres plus grandes sont assignées aux patients COVID positifs. Pour le milieu correctionnel américain, Akiyama et al. (2020) recommandent également l'isolement et la séparation de la population générale de détenus des cas positifs ou suspectés.

3.5. Hygiène, salubrité et protection

Enjeux de salubrité et d'approvisionnement

Il existe plusieurs obstacles à la mise en place de mesures d'hygiène rehaussées et au port de l'équipement de protection individuelle (ex. : masques, visières et combinaisons complètes), notamment des enjeux d'approvisionnement, de sécurité, de formation et d'application. Arango (2020) rapporte que la plupart des infections du personnel et des patients en Espagne résultent de l'absence d'espaces désinfectés. Parmi les intervenants d'un hôpital psychiatrique de Madrid, 18 % d'entre eux ont été infectés par la COVID-19 en comparaison avec 14 % des professionnels de la santé pour toute l'Espagne. Les espaces communs, tels les ascenseurs et escaliers empruntés par le personnel, peuvent avoir contribué à la transmission du virus. Plusieurs auteurs soulignent également une quantité insuffisante de vêtements et d'équipements de protection individuelle ainsi qu'un manque de formation à l'utilisation de tels équipements (Arango, 2020; Enos, 2020; Ji et al., 2020; Xiang et al., 2020). La difficulté d'approvisionnement peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les établissements en psychiatrie se situent à l'extérieur des chaînes de distribution traditionnelles et disposent de très peu de matériel de protection en réserve (Enos, 2020). La difficulté d'approvisionnement du matériel de protection individuelle est évidemment un enjeu important dans les prisons également (Kothari et al., 2020).

Qui plus est, il importe de considérer la dangerosité de certaines situations lorsqu'il est question de protection et d'hygiène, étant donné la nature de la population, le risque de ligature avec des masques de tissus (Enos, 2020) ainsi que l'interdiction de solutions hydro-alcooliques sur les unités en raison du risque de consommation (L. Li, 2020). Plusieurs auteurs

notent la difficulté pour les patients de respecter les consignes d'hygiène standardisées - tel le lavage de mains fréquent, tousser ou éternuer dans son coude ou respecter une distance de deux mètres - en raison de leurs symptômes ou de leurs problèmes cognitifs (Kavoor, 2020; L. Li, 2020; Xiang et al., 2020).

Équipement de protection individuelle

La protection du personnel permet d'assurer une continuité dans les soins aux patients (Choi et al., 2020). Les gestionnaires doivent donc démontrer qu'ils mettent tout en œuvre afin d'assurer un approvisionnement adéquat de matériel de protection et une réserve de matériel pour les urgences futures (Enos, 2020).

Dans la littérature, il n'est pas fait mention d'un protocole uniforme et standardisé s'appliquant au port du matériel de protection. Plusieurs auteurs recommandent le port du masque en général pour tout le personnel afin de diminuer le risque d'infection sur les unités psychiatriques (Cheung et al., 2020; Enos, 2020; C. Li et al., 2020). Certains recommandent spécifiquement le port du masque N-95 ainsi que le port de la combinaison isolante (Ji et al., 2020). D'autres précisent qu'en l'absence de masques chirurgicaux, des masques en tissus ou couvre-visage peuvent être utilisés (Enos, 2020). D'autres encore recommandent, dans le cas d'une insuffisance de matériel de protection, l'utilisation de l'équipement de protection par le personnel seulement lorsque les patients ont une fièvre et des symptômes respiratoires (L. Li, 2020). Le port de vêtement désigné par tout le personnel pendant le quart de travail (tenue médicale) afin de minimiser la contagion de la communauté vers le milieu institutionnel (ou vice-versa) peut également être considéré (L. Li, 2020). Dans certains cas, des vestiaires désignés ont été aménagés pour que le

personnel puisse se changer (masques chirurgicaux, combinaisons jetables) avant d'entrer dans les unités de patients infectés (Chevance et al., 2020; Percudani et al., 2020). Lorsqu'un intervenant doit entrer dans la chambre d'un patient infecté, il doit porter un couvre-chef, une robe chirurgicale, une lunette protectrice, des couvre-chaussures et des gants couvrant la combinaison (Chevance et al., 2020). En milieu correctionnel, on recommande d'assurer la distribution de masques, d'équipement de protection individuelle et de désinfectant en quantité suffisante pour le personnel qui assure le suivi psychosocial des personnes en détention (Liebrenz et al., 2020).

Certains auteurs recommandent le port du masque pour tous les patients lorsqu'ils sont éveillés, tant sur les unités psychiatriques (Cheung et al., 2020) que dans les résidences intermédiaires (Enos, 2020). D'autres recommandent seulement le port du masque et de la combinaison jetable pour les patients infectés (L. Li, 2020). Dans une optique d'empowerment, les patients pourraient se voir offrir le choix de porter ou non le masque afin qu'ils puissent sentir qu'ils ont un certain contrôle sur la situation (Canady, 2020b). Si un patient est incapable de porter un masque en raison de ses symptômes psychiatriques ou pour des raisons de sécurité, les personnes à proximité devraient porter un masque ou un couvre-visage afin de réduire le risque de transmission (Enos, 2020).

Enfin, on souligne que le port du masque peut prévenir les infections, mais ne devrait en aucun cas devenir un frein à la bienveillance et à la compassion (Kim & Su, 2020). De plus, le personnel devrait être formé à l'utilisation du matériel de protection (Percudani et al., 2020; Shalev & Shapiro, 2020).

Mesures d'hygiène rehaussées

Dans le contexte actuel, il est essentiel d'augmenter la disponibilité de solutions hydro-alcooliques pour le lavage des mains à travers les unités (Enos, 2020) ainsi que de faire la promotion des meilleures pratiques d'hygiène dans les établissements, tel le lavage des mains, tant chez le personnel que chez les patients (Enos, 2020; Muirhead, 2020; Xiang et al., 2020).

On souligne également l'importance de la désinfection des surfaces et des lieux utilisés fréquemment, tels les salles à manger, les portes, les ordinateurs communs, les cartes d'identité, ainsi que toute surface en métal ou en plastique qui facilite la transmission du virus (L. Li, 2020). La mise en place de mesures d'hygiène supplémentaires dans les unités de patients COVID positifs (zones chaudes), dont la désinfection régulière de tous les équipements médicaux et non médicaux (par exemple, clefs, téléphones) est également de mise (Chevance et al., 2020). Certains auteurs font également état de pratiques comme celle de vider les pièces de tout matériel non essentiel et d'attribuer du matériel spécifique à chaque patient dans les unités chaudes. Lorsque cette procédure n'est pas possible, les équipements doivent être désinfectés entre chaque consultation de patients. L'utilisation de vaisselle et de coutellerie jetables est de mise et la literie des patients devrait être considérée comme étant contaminée, donc manipulée et lavée en conséquence (Chevance et al., 2020). On recommande également l'inspection et la désinfection par le personnel de la nourriture et des items qui sont temporairement entreposés dans l'établissement avant leur distribution (C. Li et al., 2020). Il importe également de surveiller les symptômes du personnel (L. Li, 2020) et même de prendre

leur température en entrant et en sortant des unités hospitalières (Starace & Ferrara, 2020; Xiang et al., 2020; Zhu et al., 2020).

Certains auteurs recommandent de placer des affiches à la vue des patients pour leur rappeler de protéger leur système respiratoire et de fréquemment se laver les mains (C. Li et al., 2020; Starace & Ferrara, 2020). Ces affiches peuvent également inclure des informations sur la COVID-19, ses moyens de transmission et une explication des protocoles de sécurité qui diffèrent entre le personnel et les patients (Canady, 2020a).

3.6. Services : Continuité, arrêt ou diminution

La gestion de la pandémie et les mesures qui en découlent ont un impact sur les services dispensés aux patients. Plusieurs auteurs notent une diminution des services en raison du manque de personnel ou afin de diminuer le risque de contagion.

Diminution du nombre de lits en psychiatrie

Dans une lettre à l'éditeur, Cui et al. (2020) soulignent les difficultés à maintenir les services aux personnes avec des problèmes de santé mentale à Hubei, en Chine. Cette réduction des services a lieu en partie parce que les hôpitaux généraux ont pour la plupart cessé de prendre en charge des patients de psychiatrie afin de libérer des lits pour gérer les cas de la COVID-19 et de réduire les risques de transmission. Dans les hôpitaux psychiatriques, le nombre d'hospitalisations a diminué afin d'aménager des unités pour les cas symptomatiques ou positifs de la COVID-19. La continuité des services pour les patients à l'externe est devenue plus difficile avec la

suspension des transports en commun. Développer un plan de continuité des soins est ainsi suggéré en réponse à la diminution de la disponibilité de lits en psychiatrie (Choi et al., 2020). Aussi, toute réduction des admissions dans les unités de psychiatrie devrait être accompagnée d'une augmentation de la capacité d'accueil dans les milieux de psychiatrie qui offrent des services moins intensifs dans la communauté (Choi et al., 2020; Cui et al., 2020). Ces milieux doivent donc également se préparer à assurer un service continu et accueillir des patients en crise.

Arango (2020) et Garriga et al. (2020) font état de situations similaires en Espagne. À Madrid, le nombre de lits en psychiatrie a diminué de plus de 60 % (Arango, 2020). Les hôpitaux universitaires n'ont plus d'unités psychiatriques : les lits sont destinés aux personnes ayant la COVID-19. Tous les services de jour en psychiatrie sont fermés. L'urgence psychiatrique est réduite de 75 % et 70 lits ont été aménagés dans un gymnase pour les patients âgés infectés et non admissibles ailleurs en psychiatrie. En raison de ces enjeux, un hôpital a adapté ses services en psychiatrie afin de continuer à offrir ses services, notamment grâce à un département de liaison psychiatrique qui assure un suivi auprès de patients qui désirent quitter l'hôpital ou refusent la prise de médication. La situation est similaire en Italie où D'Agostino et al. (2020) soulignent la conversion de deux unités psychiatriques fermées (29 lits) de l'ASST *Santi Paolo e Carlo* (département de santé mentale, à San Paolo) en unités de soins intensifs pour les patients atteints par la COVID-19. Cette fermeture et la suspension des nouvelles admissions ont eu lieu en raison d'un décret par l'autorité régionale de santé publique afin de traiter les patients COVID positifs.

Au-delà de la fermeture des lits, la fermeture de services cliniques et psychosociaux dans la communauté influence la capacité des hôpitaux à octroyer

un congé aux patients hospitalisés (L. Li, 2020). Le processus d'admission de nouveaux patients fonctionne au ralenti et cela contribue à surcharger les services d'urgences psychiatriques. La fermeture ou le ralentissement des tribunaux pourrait également ralentir le processus pour les admissions involontaires ainsi que les ordonnances de traitement, ce qui pourrait potentiellement exacerber des troubles psychiatriques existants. Enfin, bien que l'effet de cette réduction temporaire de services cliniques n'ait pas encore été constaté, il est probable que cette réduction nuise au rétablissement des personnes aux prises avec un trouble mental sévère qui nécessitent des services réguliers et soutenus (Cheung et al., 2020).

Suspension des activités de groupe

Plusieurs auteurs recommandent la diminution, voire même la suspension, des activités de groupe ou des activités se déroulant dans des espaces communs. Il est aussi recommandé de limiter le nombre de participants dans les activités de groupe, surtout pour les patients plus âgés ayant de multiples comorbidités (L. Li, 2020; Xiang et al., 2020). Or, limiter les activités de groupe pourrait mener à une plus grande solitude chez des patients déjà isolés et exacerber les symptômes psychiatriques (Xiang et al., 2020).

La réduction du nombre de participants afin de faciliter la distanciation physique entre eux ou bien la suspension des activités de groupe dans les pièces communes a été observée par certains auteurs (D'Agostino et al., 2020; Muirhead, 2020) - incluant le milieu de la psychiatrie légale (Tomlin, 2020). Par contre, le support des professionnels paramédicaux ainsi que des services culturels sont maintenus. Qui plus est, les patients ont été impliqués dans la planification et la création de nouvelles activités sur l'unité.

Activités ou interventions individuelles

A Lombardie (Italie), les activités des patients qui sont COVID négatifs sont maintenues comme d'habitude (Percudani et al., 2020). Poremski et al. (2020), quant à eux, soutiennent que la décision de réduire les activités individuelles devait être prise en fonction du risque que pose le service, les besoins du patient et les services alternatifs existants. Pour leur part, Cullen et al. (2020) craignent une détérioration de l'état mental et physique des patients avec la diminution des services. Ils recommandent plutôt une augmentation des soins pendant cette période de crise.

Par ailleurs, les résultats d'une enquête nationale menée en ligne auprès des centres pratiquant des activités d'ECT révèlent une diminution de ce service dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Les répondants ont souligné l'impact potentiel de cette diminution de service, en particulier une aggravation majeure de la symptomatologie, des complications de décubitus (liée à l'immobilisation), un risque accru d'isolement voire des contentions quasi chroniques pour des patients présentant des catatonies agitées ne répondant à aucun traitement médicamenteux, l'allongement des durées d'hospitalisation et des hospitalisations sans consentement (Amad et al., 2020). Les auteurs de cette enquête suggèrent de mesurer l'impact de la réduction des activités d'ECT et de rester vigilant quant aux conséquences spécifiques neuropsychiatriques qui feront suite à la pandémie. Selon ces auteurs, il existe une diminution de l'efficacité potentielle du traitement, puisque plus le délai d'accès est long, moins l'ECT est efficace. Dans cette foulée, Chevance et al. (2020) et Tor et al. (2020) identifient l'ECT comme un service essentiel et recommandent de maintenir les sessions d'ECT dans la mesure où l'anesthésie n'est pas utilisée, de s'assurer de la désinfection de l'équipement entre chaque patient, d'assurer le port de l'équipement de

protection individuelle chez le personnel et d'identifier une équipe désignée pour l'administration (ainsi qu'une équipe alternative dans le cas d'une quarantaine).

Tomlin (2020), en parlant des patients du milieu de la psychiatrie légale, recommande que les sorties à l'extérieur et les périodes d'exercices soient programmées afin d'assurer que les patients reçoivent le minimum de temps à l'extérieur recommandé par les Règles Nelson Mandela de l'Organisation des Nations Unies (au minimum une heure par jour d'activité physique à l'extérieur si la température le permet). Kothari et al. (2020) recommandent, pour les prisonniers en cellule, de fournir du matériel distrayant, tels des casse-têtes et des cartes à jouer ainsi que du matériel de développement personnel comme des instructions pour des exercices de yoga ou d'entraînement physique. L'offre devrait être variée, avec des activités pour débutants et experts, et certains aménagements locaux pourraient être faits pour faciliter l'accès. Kothari et al. (2020) rapportent que ces interventions de bases sont très appréciées des détenus.

Diminution des services de santé mentale dans les prisons

Liebrez et al. (2020) soulignent qu'il existe une quantité disproportionnée de personnes aux prises avec un problème de santé mentale qui sont incarcérées. Or, même en temps normal, la prise en charge psychiatrique dans ce milieu est déficitaire. En temps de crise, les besoins psychiatriques et psychologiques sont plus grands, en raison d'un sentiment de peur accru, une augmentation de l'incertitude et des effets délétères des mesures d'isolement. Malgré un besoin plus élevé de soutien psychologique, il est recommandé de réduire l'offre de service psychosociale (psychologues, travailleurs sociaux, etc.) afin de réduire le risque de propagation du virus.

Selon certains auteurs, il importe d'assurer la continuité des services psychiatriques et psychologiques, même en temps de COVID-19. Pour ce faire, ils recommandent : 1) la coordination régionale des services en psychiatrie et des services correctionnels; 2) la liaison avec les tribunaux et les agents de probation pour dépister les problèmes de santé mentale et assurer un suivi. Selon eux, il importe de faire un triage des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves en identifiant les facteurs de risques tels un trouble mental préexistant, un risque de danger pour soi ou autrui, des comportements violents ou agressifs, un refus de se nourrir et de considérer les recommandations du personnel ayant évalué le patient/détenu en amont. Ces détenus devraient être priorités pour des soins (Kothari et al., 2020). De plus, le personnel qui fournit les soins psychosociaux devrait être informé régulièrement de l'évolution des symptômes (Liebrez et al., 2020). Enfin, dans le but d'assurer un suivi adapté à la situation en constante évolution, les nouvelles pratiques devraient être régulièrement réévaluées et redéveloppées, et tout changement devrait être clairement expliqué au personnel ainsi qu'aux détenus (Kothari et al., 2020).

3.7. Technologies : des contacts à distance

Afin de prévenir la propagation de la COVID-19 en milieu hospitalier et en milieu correctionnel, l'utilisation de la technologie permet les contacts à distance entre les patients et leurs familles ainsi qu'avec les membres du personnel.

La technologie à l'interface des rencontres patients-familles

Divers pays ont promu le recours à la technologie à distance pour assurer les contacts entre les patients hospitalisés et leurs familles. En l'absence de visi-

teurs, la visioconférence (lorsque disponible) ou le téléphone sont devenus les principaux moyens de contacts entre ces personnes (Garriga et al., 2020). À Hong Kong, en raison de la fermeture des unités psychiatriques aux visiteurs, c'est par l'entremise de la visioconférence que les familles ont pu maintenir le contact avec les patients afin de briser l'isolement de ces derniers en situation de confinement (Cheung et al., 2020).

À Madrid, l'unité psychiatrique de l'Hôpital Universitaire Gregorio Maranon est l'une des rares qui sont restées ouvertes depuis l'éclosion de la pandémie. Étant donné que les familles des patients ne peuvent plus les visiter en raison de l'adoption des nouvelles mesures de prévention, elles sont prises en charge par le personnel du département de liaison psychiatrique qui offre à ces familles de recourir, ici aussi, à la visioconférence pour entrer en contact avec les patients (Arango, 2020). En Italie, plus précisément à Lombardi, d'importantes mesures ont été adoptées en réaction à la pandémie de la COVID-19 au cours des quatre semaines suivant l'apparition des premiers cas confirmés. Ainsi la présence des visiteurs a été passablement réduite dans les hôpitaux psychiatriques. Certains hôpitaux psychiatriques disposent de la technologie à distance pour offrir des télérencontres avec les proches des patients et pour fournir un soutien psychologique aux familles endeuillées (de Girolamo et al., 2020). Aux États-Unis, la visioconférence (Muirhead, 2020) ou les rencontres

virtuelles par l'entremise de *FaceTime* ou de *Skype* comme moyens de communication à distance entre les patients et leurs familles est recommandée par le *National Association of State Mental Health Program Directors* (Canady, 2020a)⁵. Aussi, la *National Alliance on Mental Illness* (NAMI) a publié un guide qui explique, notamment, comment contacter un proche présentant un problème de santé mentale et qui est incarcéré⁶.

L'intervention à distance

En réaction à la pandémie de la COVID-19, certaines autorités publiques se sont rapidement tournées vers une offre de services à distance pour leur clientèle. Le milieu de la justice n'y fait pas exception. Les efforts entrepris en ce sens ont été bénéfiques en Irlande (Kennedy, Mohan, & Davoren, 2020). Ainsi, pour ce qui est de la télécomparution, les rencontres suivent davantage l'agenda, le triage des cas est plus rigoureux et efficace, et il existe moins de possibilités pour le détenu d'éviter sa comparution qu'en présentiel. Concernant la télémédecine, les interventions sont offertes en visioconférence par des équipes de soins comme celles soutenues par la *National Forensic Mental Health Service* et le *Irish Prison Service*. La télécomparution et la télémédecine permettraient d'accélérer certains éléments du processus judiciaire, selon Kennedy et al. (2020), qui proposent leur implantation permanente une fois passée la crise du COVID-19.

⁵ NASMHPD. « Peer-Led Recommendations for Supporting Individuals Receiving Care in State Psychiatric Facilities During the COVID-19 Crisis ». [Disponible à l'adresse Internet] : <https://www.nasmhpd.org/content/peer-led-recommendations-supporting-individuals-receiving-care-state-psychiatric-facilities>.

⁶ NAMI. « COVID-19. Resource and Information Guide ». [Disponible à l'adresse Internet] : <https://www.nami.org/Support-Education/NAMI-HelpLine/COVID-19-Information-and-Resources>

Dans le milieu de la psychiatrie, les technologies de communication dédiées à l'intervention n'étaient pas toujours disponibles ou utilisées à cette fin avant la pandémie de la COVID-19 (Shalev & Shapiro, 2020). De surcroît, même lorsqu'elles sont disponibles, elles ne sont pas toujours utilisées. C'est la conclusion de l'enquête menée par Simpson, Dumas, McDowell et Westmoreland (2020) en mars 2020 auprès de 101 psychiatres de 29 états américains appelés à se prononcer sur la qualité et l'accès des services de santé mentale. Les résultats obtenus indiquent une utilisation plus grande de la télémédecine par ces psychiatres pour les patients à l'externe que pour ceux hospitalisés et dont l'état de santé les expose davantage à l'infection à la COVID-19 (Simpson et al., 2020). Une certaine appréhension des professionnels de la santé face à l'utilisation de ces technologies en guise d'alternative aux rencontres en présence des clients peut expliquer cette situation. Néanmoins, cette appréhension cède de plus en plus le pas à une adhésion plus grande du recours aux technologies de communication une fois leur pertinence reconnue en milieu hospitalier. Par exemple, la mise sur pied d'une ligne téléphonique d'urgences (*hotline*) en télépsychiatrie par une équipe de psychiatres d'un hôpital à Paris (France) a été bien reçue autant par le personnel médical que par les patients une fois ceux-ci relocalisés à l'extérieur de l'hôpital (Corruble, 2020).

Une approche similaire pour la prise en charge des personnes en crise suicidaire a été implantée dans d'autres hôpitaux de Paris (Chevance et al., 2020). Bien que les contacts virtuels puissent être utilisés dans les milieux fermés, en chambre ou en cellule, pour faire des interventions ou bien des vérifications de l'état mental, ils peuvent également poser certains défis dans les espaces partagés, comme les cellules

de prison ou les chambres doubles, qui rendent la confidentialité difficile et peuvent augmenter la stigmatisation et le sentiment de honte (Kothari et al., 2020).

Qu'il s'agisse de consultations par visioconférence, par téléphone (Arango, 2020) ou d'échanges entre intervenants au moyen de logiciels comme *FaceTime* ou *Skype*, cela exige de former le personnel à cette technologie (Canady, 2020a). Et encore faut-il que les hôpitaux psychiatriques puissent disposer de cette technologie de communication à distance non seulement pour offrir des consultations en ligne aux patients, mais aussi pour la gestion de la médication et la consultation de leurs proches (de Girolamo et al., 2020). En fait, l'utilité de ces technologies est de plus en plus reconnue : les consultations offertes à distance aux patients se sont généralisées en réponse aux mesures de distanciation physique entre patients et personnel de soins (S. Li & Zhang, 2020; Muirhead, 2020). Aussi, l'utilisation d'ordinateurs, de téléphones cellulaires ou de tablettes pour des rencontres virtuelles entre les membres du personnel est de plus en plus courante, suivant en cela les recommandations émises par les autorités institutionnelles en remplacement des réunions interéquipes en présentiel (Corruble, 2020; Shalev & Shapiro, 2020; Shao & Fei, 2020).

3.8. Droits des patients : de la perte de pouvoir à l'empowerment

Perte de droits et confinement

La perte de droits et de libertés est un enjeu fondamental lorsqu'il est question de mesures d'isolement avec une population déjà confinée. En effet, les mesures de prévention des infections ont forcé plusieurs établissements de soins psychiatriques, ainsi

que de traitement résidentiel, à confiner sur leurs unités des patients qui étaient normalement libres d'aller et venir, comme en font état des auteurs de divers pays : l'Italie (de Girolamo et al., 2020; Starace & Ferrara, 2020), l'Écosse (C. Brown et al., 2020), la Nouvelle-Zélande (Muirhead, 2020) et la Chine (Zhu et al., 2020). Il en est ainsi dans les milieux de psychiatrie légale de façon générale (Tomlin, 2020). Un des enjeux soulignés est la difficulté à faire respecter les consignes d'isolement en chambre sans devoir faire usage de sédatifs pouvant potentiellement aggraver les symptômes respiratoires (Chevance et al., 2020).

Télécomparution et téléexpertise : une « fausse bonne idée » ?

Kelly (2020) fait état des changements législatifs qui ont été mis en place en réponse à la COVID-19 pour la prise en charge, l'évaluation et le traitement juridique des personnes aux prises avec un trouble mental dans la République d'Irlande. Ainsi, le *Emergency Measures in the Public Interest (Covid-19) Act, 2020* (l'équivalent du Décret 177-2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois, au Québec) apporte des changements significatifs, mais temporaires au *Mental Health Act 2001* (l'équivalent au Québec de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, communément appelée la loi P-38). Ces changements ont notamment trait aux mécanismes d'évaluation des personnes (possibilité de procéder à distance plutôt qu'en personne), à la composition des membres de la commission d'examen de troubles mentaux (le tribunal peut maintenant être composé d'une seule personne plutôt que trois) et au fonctionnement du tribunal (par télécomparution plutôt qu'en présentiel).

Ces changements provisoires de la loi ont été appliqués de façon à répondre à un besoin accru de main-d'œuvre dans d'autres secteurs, mais Kelly (2020) souligne que ces changements ont des impacts importants sur les droits des patients. Notamment, bien que les patients ne sont pas tenus d'être présents aux audiences, certains patients choisissent d'y être puisqu'il s'agit pour eux d'une opportunité d'être entendus. De plus, étant donné les capacités limitées de certains patients à lire et à écrire, la télécomparution peut causer des barrières additionnelles à l'accès et mettre une charge supplémentaire sur le représentant légal du patient, qui doit s'assurer de la compréhension et de la participation de son client. Aussi, la réduction du nombre de personnes qui composent le tribunal et son pouvoir accru pose des risques au déroulement juste et équitable du processus. Les auteurs proposent que de tels changements doivent être évités et soumis à un réexamen advenant des changements apportés à la législation sur la santé mentale dans le futur.

Perte de droit et isolement

Le Royaume-Uni a également proposé des changements législatifs par l'entremise du *Coronavirus Act* qui modifie certaines provisions du *Mental Health Act* (C. Brown et al., 2020). Les changements sur le fonctionnement des tribunaux administratifs et sur les évaluations psychiatriques sont similaires à ceux opérés en Irlande (Kelly, 2020). Encore ici, les modifications à la loi faciliteraient également les mesures d'isolement et de détention des personnes aux prises avec un trouble mental dans le but de prévenir la transmission. Ces changements s'ajoutent aux provisions légales existantes au Royaume-Uni qui privent un individu de sa liberté pour sa sécurité

ou celle d'autrui, notamment l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme, le *Mental Capacity Act* ('MCA 2005'), et le *Mental Health Act* ('MHA 1983').


La question de l'isolement et de la privation de la liberté qu'il entraîne est centrale en raison des facteurs de vulnérabilité des patients en psychiatrie ainsi que des enjeux d'aptitude à consentir (en raison de difficultés cognitives, de problèmes comportementaux et de symptômes psychiatriques). Par contre, ces mesures doivent être appliquées avec prudence, puisqu'elles représentent une atteinte significative à leur liberté. Afin d'éviter la propagation de la COVID-19 dans la communauté ou dans ces établissements, il importe de mettre en place des protocoles afin d'assurer le respect des consignes d'isolement. Cette mesure devrait être entreprise après que des mesures moins privatives de liberté aient échoué (par ex., la libération conditionnelle et la répartition des patients en fonction du niveau de risque de contagion). Les auteurs illustrent différentes situations où il serait nécessaire d'isoler des patients pour éviter la propagation du virus à l'aide de vignettes cliniques qui peuvent aider les cliniciens dans la prise de décision quant à l'application des mesures appropriées.

C. Brown et al. (2020) stipulent que les lois en place sont déficientes lorsqu'il est question du confinement de patients en psychiatrie qui sont suspectés ou confirmés COVID-19. Qui plus est, l'isolement dans le but de prévenir la contagion est un enjeu de sécurité et de gestion du risque et non un enjeu de traitement ou de santé mentale. Il importe donc que les mécanismes légaux utilisés pour appliquer l'isolement reflètent cette réalité et que la loi sur la santé publique

soit adaptée aux contextes des personnes ayant des troubles mentaux. En raison du flou juridique, les auteurs recommandent que le gouvernement émette des lignes directrices claires et concrètes en matière de mesures d'isolement sur les unités de psychiatrie en contexte de COVID-19 et recommandent que le pouvoir de mettre en œuvre les mesures d'isolement en vertu de la loi sur la santé publique soit délégué aux prestataires de soins. À défaut d'avoir des recommandations formelles, chaque établissement devrait développer des politiques claires sur l'isolement des patients et qui favorisent les options les moins privatives de libertés lorsque possible.

Favoriser la reprise de pouvoir et les approches sensibles au trauma

Dans un bulletin du *Mental Health Weekly*, Canady (2020a) mentionne que dans les hôpitaux et les prisons, les mesures supplémentaires qui sont en place peuvent faire ressurgir des souvenirs pénibles de traumas passés chez plusieurs individus. En réponse, le *National Association of State Mental Health Program Directors* a partagé des recommandations impliquant des pairs et mettant de l'avant la sécurité, l'*empowerment*, la transparence, la collaboration, les pairs aidants et la sensibilité culturelle. Cette reprise de pouvoir peut aussi se faire par une communication en continu des décisions prises qui concernent les patients à partir d'informations basées sur des sources fiables, et cela, sans pour autant surcharger le personnel et les patients. De plus, la participation des patients à l'aménagement de leurs espaces de vie devrait être encouragée (Muirhead, 2020). À cet égard, informer adéquatement et régulièrement les patients de la situation actuelle et des



motifs des mesures prises pour protéger leur santé est essentiel (L. Li, 2020; Zhu et al., 2020). Dans une optique de transparence des décisions prises, les patients devraient donc être informés des changements de procédures et des mesures qui sont en cours en milieu hospitalier (Canady, 2020a). À cet effet, ils doivent pouvoir échanger avec le personnel et obtenir des informations faciles à comprendre (Tomlin, 2020).

À la suite d'une recension sur l'impact des mesures restrictives sur l'autonomie perçue des patients en psychiatrie légale, Tomlin (2020) mentionne que

les mesures restrictives sont perçues comme étant punitives, provoquent la peur et nient la dignité des patients. Ces derniers, à qui l'on impose ces mesures, se sentent diminués dans leurs compétences, ennuyés, frustrés et déshumanisés. Faisant écho aux propos rapportés par Canady (2020a), Tomlin (2020) signale que les mesures qui sont perçues comme étant justes, moins restrictives et contextuelles (adaptées au contexte et non appliquées de façon générale, sans justification) étaient considérées comme plus légitimes par les patients et donc plus à même d'être respectées.

4. Discussion

L'objectif de cette réponse rapide était d'identifier les stratégies mises en place en réponse à l'écllosion de la pandémie de la COVID-19 dans les milieux clinique et légal où sont confinées les personnes sous contrainte légale et présentant un problème de santé mentale. Plus précisément, l'intention de ce projet était d'identifier l'impact de ces mesures afin de mettre en relief les meilleures pratiques à promouvoir, maintenant et dans le futur. La littérature actuellement disponible fait état des transformations qui ont eu lieu dans le monde, dans le milieu de la psychiatrie principalement, et dans une moindre mesure, dans le milieu correctionnel et celui de la psychiatrie légale. Les auteurs des documents recensés décrivent des situations vécues dans les établissements auxquels ils sont affiliés, identifient des enjeux à considérer dans la prise en charge des patients ou des détenus et émettent des recommandations à cet effet.

Six grands constats peuvent être dressés, suite à cette synthèse de la littérature. Premièrement, les personnes confinées dans les milieux de la psychiatrie ou en milieu correctionnel sont plus vulnérables face à la COVID-19 en raison de leurs multiples comorbidités physiques et psychiatriques, ainsi qu'en raison de la particularité des milieux où ils sont pris en charge. Il importe donc d'être soucieux de ces enjeux lors de la prise en charge en période de crise sanitaire où les facteurs de vulnérabilités sont accentués. Bien que certaines activités de groupe devraient être suspendues pour minimiser le risque de contagion, il est probable que les patients/détenus nécessitent davantage des interventions individuelles. Deuxièmement, une communication fréquente et transparente entre le personnel soignant, les équipes de gestion et les patients/détenus est essentielle afin d'assurer des changements efficaces et acceptables dans l'organisation des services en réponse à la pandémie. Impliquer les patients/détenus dans ces communications et ces changements contribuerait à diminuer les

impacts négatifs des perturbations en leur permettant un sentiment de contrôle et pourrait aider au respect des mesures. Troisièmement, les changements dans les trajectoires de soins en raison de libération anticipée ou d'admissions restreintes doivent être compensés par des services intensifs en communauté et un suivi continu. Quatrièmement, lorsqu'il est question de gestion de la contagion, les mesures les moins restrictives en ce qui a trait à la liberté des individus doivent être favorisées. Lorsque l'isolement en chambre ou en cellule est nécessaire, elle devrait être compensée par des services psychosociaux plus soutenus. Cinquièmement, les gestionnaires des établissements doivent s'assurer de l'approvisionnement et de la formation du personnel à l'utilisation de l'équipement de protection individuelle et du matériel pour assurer des mesures d'hygiène rehaussée. Des protocoles clairs doivent être mis en place en fonction du niveau de risque de contagion tout en gardant le personnel et les patients/détenus informés des procédures. Enfin, l'utilisation des technologies de communication à distance (visioconférence, ordinateurs, tablettes électroniques, téléphones, etc.) semble être une stratégie importante pour maintenir les contacts entre les patients et leurs familles, entre les patients et leurs intervenants (télémédecine), entre les intervenants pour des échanges professionnels, ainsi que pour maintenir la continuité des activités essentielles (télécomparution, téléexpertise). Bien que cette utilisation semble prometteuse, il importe de considérer les impacts sur la confidentialité, sur la difficulté d'accès à ces technologies pour les personnes avec des problèmes d'alphabétisation ou avec des déficits cognitifs, et sur le sentiment d'être moins compris qu'en présentiel.

Il importe de noter la faible quantité de littérature recensée en lien avec la pandémie de la COVID-19 dans le champ de la psychiatrie légale. Or, les services destinés à cette population soulèvent des

enjeux particuliers, tels le risque de violence ainsi qu'un niveau plus élevé de déficits fonctionnels (Beach et al., 2013; Nijdam-Jones, Nicholls, Crocker, Roy, & Somers, 2017). La littérature grise consultée comble, quelque peu, cette lacune. Mentionnons, à titre d'exemples, l'ouvrage intitulé « *COVID-19: Secure hospital and criminal justice settings* »⁷ du *Royal College of Psychiatrists* au Royaume-Uni, ainsi que les « Recommandations en psychiatrie légale - épidémie Covid-19 »⁸ de l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues, en France. En plus des facteurs mentionnés dans ce rapport, ces publications soulignent l'importance de considérer lors de l'admission, la détention ou l'hospitalisation, le transfert et le suivi des personnes, son statut légal, ses facteurs de risques particuliers (par exemple, la violence familiale, la violence sexuelle, la pédophilie), ainsi que le recours aux mesures d'isolement et de contention dans le cas de problèmes comportementaux.

On note également très peu de littérature s'adressant spécifiquement aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale dans les milieux correctionnels. Notre synthèse de la littérature a mis en relief que les troubles mentaux représentent un défi supplémentaire à prendre en considération dans la prise en charge de ces personnes. Par contre, nous n'avons pas procédé à une analyse en profondeur du milieu correctionnel en tant que tel, qui présente des défis particuliers relatifs au milieu de la psychia-

trie, par exemple des soins psychosociaux déficients ainsi qu'une population plus diversifiée (Mulvey & Schubert, 2017). Pour des recommandations propres au milieu correctionnel, le lecteur est invité à consulter l'ouvrage « Organisation de la prise en charge sanitaire des patients détenus nécessitant des soins psychiatriques »⁹ de l'Association des établissements du service public de santé mentale, en France. Pour des recommandations ou des enjeux avec le milieu correctionnel en général, le lecteur peut consulter la veille informationnelle en lien avec la COVID-19 de l'organisme *Fair Trials*¹⁰. De plus, le lecteur est invité à consulter le recueil de la *International Association of Forensic Mental Health Services*, intitulé « *Addressing the COVID-19 pandemic among justice involved persons with mental illness* »¹¹ pour obtenir une liste à jour des pratiques et recommandations dans la communauté internationale en psychiatrie légale.

Limites de la revue rapide

Cette revue rapide présente quelques limites qui doivent être considérées lors de l'interprétation des résultats de cette synthèse. La principale limite réside dans le type de littérature analysée. Étant donné la nouveauté de la pandémie de la COVID-19, nous n'avons pas limité la recension des écrits aux études empiriques. Les publications retenues sont en fait majoritairement des textes d'opinions d'experts (éditorial, lettre à l'éditeur, correspondance). De plus, les auteurs des rares recensions (non systématiques) de


⁷ Disponible à l'adresse Internet: <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/secure-hospital-and-criminal-justice-settings>

⁸ Disponible à l'adresse Internet: https://www.ajpja.fr/uploads/file/5e853089ec30b_EUHPsvPWAAE6au1.jpeg

⁹ Disponible à l'adresse Internet: <http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-Fiche-établissements-pénitentiaires.pdf>

¹⁰ Disponible à l'adresse Internet: https://www.fairtrials.org/newsmag?field_country_tid=58

¹¹ Disponible à l'adresse Internet: <http://www.iafmhs.org/COVID-19-Resources>



la littérature et des études descriptives incluses dans cette revue rapide n'ont pas un peu décrit la méthodologie utilisée, de manière à pouvoir en apprécier la qualité.

La période sur laquelle s'appuie cette recension de la littérature (décembre 2019-mai 2020) correspond à celle où on assiste à une éclosion marquée de la pandémie de la COVID-19 à l'échelle mondiale. Le contenu des publications analysées témoigne de l'urgence de la situation vécue en milieu hospitalier et en milieu carcéral dans divers pays. La majorité des ouvrages identifiés font état de recommandations émises par les praticiens et par les autorités en place en vue de modifier les pratiques professionnelles et l'organisation des services offerts à la population qui présentent un problème de santé mentale sévère et qui est confinée dans l'un ou l'autre de ces milieux. Bien que ces recommandations s'appuient sur un savoir clinique ou bien des recherches antérieures, il importe de souligner qu'elles ne s'appuient pas systématiquement sur des connaissances empiriques des impacts de la COVID-19 et des mesures en place. Une prochaine étape, pour répondre à notre question d'évaluation, serait donc de relancer cette recherche lorsque suffisamment de temps se sera écoulé pour permettre des recherches empiriques dans les milieux. Cette seconde recension pourrait permettre de contraster les recommandations initiales avec des

études empiriques et permettra le développement des lignes directrices pour les prochaines crises sanitaires du genre. Aussi, étant donné la nature des publications, la qualité méthodologique de celles-ci n'a pas été évaluée. Le lecteur doit donc faire preuve de réserve dans l'interprétation de la synthèse et des recommandations qui y sont mentionnées.

Conclusion

Cette réponse rapide visait à identifier les meilleures pratiques à adopter en période de pandémie avec des personnes aux prises avec un trouble mental sévère et qui sont confinées dans des milieux fermés. Bien que la synthèse de la littérature et les constats qui en ressortent découlent, pour la plupart, de textes d'opinion, et non d'études empiriques, ce rapport aidera à orienter les responsables d'institutions psychiatriques, du milieu de la psychiatrie légale et du milieu correctionnel, dans la prise de décisions en lien avec la COVID-19. Ce rapport permettra de susciter une réflexion sur la prise en charge des patients et des détenus en toute sécurité, tout en minimisant les effets délétères sur le rétablissement de leur santé mentale.

Références

- Akiyama, M. J., Spaulding, A. C., & Rich, J. D. (2020). Flattening the curve for incarcerated populations—Covid-19 in jails and prisons. *New England Journal of Medicine*. Retrieved from <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005687>
- Amad, A., Magnat, M., Quilès, C., Yroni, A., Sauvaget, A., Bulteau, S., ... Thomas, P. (2020). [Evolution of electro-convulsive therapy activity in France since the beginning of the COVID-19 pandemic]. *Encephale*. doi:10.1016/j.encep.2020.04.004
- Arango, C. (2020). Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. *Biological Psychiatry*. Retrieved from files/16839/abstract.html
- Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 102014.
- Beach, C., Dykema, L.-R., Appelbaum, P. S., Deng, L., Leckman-Westin, E., Manuel, J. I., ... Finnerty, M. T. (2013). Forensic and nonforensic clients in assertive community treatment: A longitudinal study. *Psychiatric Services*, 64(5), 437-444.
- Brown, C., Keene, A. R., Hooper, C. R., & O'Brien, A. (2020). Isolation of patients in psychiatric hospitals in the context of the COVID-19 pandemic: An ethical, legal, and practical challenge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 101572.
- Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., ... McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res*. doi:10.1016/j.schres.2020.05.005
- Canady, V. A. (2020a). Bazelon Center urges reduction of jail population with MI. *Mental Health Weekly*, 30(15), 7-7. doi:10.1002/mhw.32318
- Canady, V. A. (2020b). NASMHPD issues guidance to maintain hospital patients' health in crisis. *Mental Health Weekly*, 30(18), 1-3. doi:10.1002/mhw.32343
- Cheung, T., Fong, T. K. H., & Bressington, D. (2020). COVID-19 under the SARS Cloud: Mental Health Nursing during the Pandemic in Hong Kong. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12639>
- Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R., ... Gaillard, R. (2020). [Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review]. *Encephale*. doi:10.1016/j.encep.2020.03.001
- Choi, K. R., Heilemann, M. V., Fauer, A., & Mead, M. (2020). A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 1078390320919803. doi:10.1177/1078390320919803
- Clerici, M., Durbano, F., Spinogatti, F., Vita, A., de Girolamo, G., & Micciolo, R. (2020). Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med*, 1-8. doi:10.1017/ipm.2020.29

- Corruble, E. (2020). A Viewpoint From Paris on the COVID-19 Pandemic: A Necessary Turn to Telepsychiatry. *J Clin Psychiatry*, 81(3). doi:10.4088/JCP.20com13361
- Cui, L. B., Wang, X. H., & Wang, H. N. (2020). Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. doi:10.1111/pcn.13003
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. Retrieved from files/16949/PMC7184387.htmlfiles/16951/5813733.html
- D'Agostino, A., Demartini, B., Cavallotti, S., & Gambini, O. (2020). Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 385-387. doi:10.1016/s2215-0366(20)30133-4
- de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., ... Vita, A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
- Druss, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0894
- Enos, G. (2020). Few organizations immune to perils of securing PPE for staff, patients. *Mental Health Weekly*, 30(19), 1-8. doi:10.1002/mhw.32355
- Fagiolini, A., Cuomo, A., & Frank, E. (2020). COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. *J Clin Psychiatry*, 81(3). doi:10.4088/JCP.20com13357
- Garriga, M., Agasi, I., Fedida, E., Pinzón-Espinosa, J., Vazquez, M., Pacchiarotti, I., & Vieta, E. (2020). The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. doi:10.1111/acps.13173
- Javelot, H., Llorca, P.-M., Drapier, D., Fakra, E., Hingray, C., Meyer, G., ... Roser, M. (2020). Informations relatives aux psychotropes et à leurs adaptations éventuelles pour les patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encéphale*.
- Ji, H., Li, L., Huang, T., & Zhu, Y. (2020). Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the new coronavirus pneumonia outbreak. *Eur J Psychiatry*. doi:10.1016/j.ejpsy.2020.04.001
- Kavoor, A. R. (2020). COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102051. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102051>
- Kelly, B. D. (2020). Emergency mental health legislation in response to the Covid-19 (Coronavirus) pandemic in Ireland: Urgency, necessity and proportionality. *International Journal of Law and Psychiatry*, 101564.
- Kennedy, H. G., Mohan, D., & Davoren, M. (2020). Forensic Psychiatry and Covid-19: Accelerating Transformation in Forensic Psychiatry. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-26.

- Kim, S. W., & Su, K. P. (2020). Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain Behav Immun*. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.025
- Kothari, R., Forrester, A., Greenberg, N., Sarkissian, N., & Tracy, D. K. (2020). COVID-19 and prisons: Providing mental health care for people in prison, minimising moral injury and psychological distress in mental health staff. In: SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. doi:10.1093/schbul/sbaa051
- Li, C., Zhao, W., He, C., Wu, D., Yue, Y., & Chen, Y. (2020). COVID-19 prevention and control strategies for psychiatric hospitals. *Psychiatry Res*, 289, 112935. doi:10.1016/j.psychres.2020.112935
- Li, L. (2020). Challenges and Priorities in Responding to COVID-19 in Inpatient Psychiatry. *Psychiatr Serv*, appips202000166. doi:10.1176/appi.ps.202000166
- Li, S., & Zhang, Y. (2020). Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *Gen Psychiatr*, 33(2), e100216. doi:10.1136/gpsych-2020-100216
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci*, 16(10), 1732-1738. doi:10.7150/ijbs.45120
- Liebrenz, M., Bhugra, D., Buadze, A., & Schleifer, R. (2020). Caring for persons in detention suffering with mental illness during the Covid-19 outbreak. *Forensic science international. Mind and law*, 1.
- Muirhead, C. (2020). A pandemic within our borders, but what about the impact for our people in acute inpatients? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. doi:10.1111/jpm.12650
- Mulvey, E. P., & Schubert, C. A. (2017). Mentally ill individuals in jails and prisons. *Crime and justice*, 46(1), 231-277.
- Nijdam-Jones, A., Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Roy, L., & Somers, J. M. (2017). History of forensic mental health service use among homeless adults with mental illness. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(1), 69-82. doi:10.1080/14999013.2016.1255281
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry(AHEAD)*. Retrieved from files/16878/scielo.html
- Percudani, M., Corradin, M., Moreno, M., Indelicato, A., & Vita, A. (2020). Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*, 288, 112980. doi:10.1016/j.psychres.2020.112980
- Poremski, D., Subner, S., Lam, G., Kin, F., Dev, R., Mok, Y. M., ... Fung, D. S. S. (2020). Effective infection prevention and control strategies in a large accredited psychiatric facility in Singapore. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/ice.2020.163>

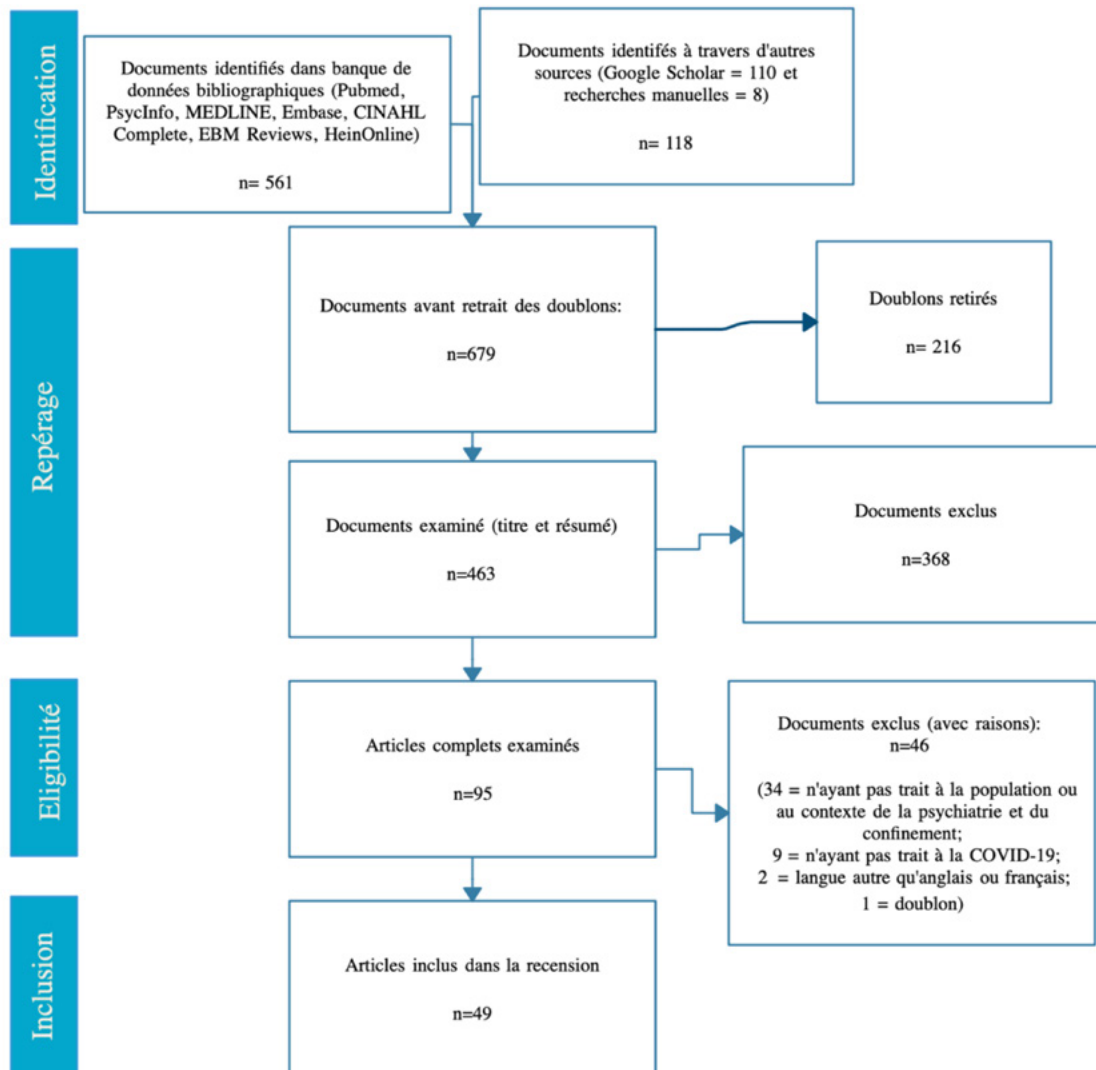
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health : A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*, 52, 102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
- Shalev, D., & Shapiro, P. A. (2020). Epidemic psychiatry : The opportunities and challenges of COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry*, 64, 68-71. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.03.009
- Shao, Y., & Fei, J. M. (2020). Psychiatry hospital management facing COVID-19 : From medical staff to patients. *Brain Behav Immun*. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.018
- Shi, Y., Wang, J., Yang, Y., Wang, Z., Wang, G., Hashimoto, K., ... Liu, H. (2020). Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain Behav Immun Health*, 4, 100064. doi:10.1016/j.bbih.2020.100064
- Simpson, S. A., Dumas, A., McDowell, A. K., & Westmoreland, P. (2020). Novel Coronavirus and Related Public Health Interventions Are Negatively Impacting Mental Health Services. *Psychosomatics*. doi:10.1016/j.psym.2020.04.004
- Starace, F., & Ferrara, M. (2020). COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29, e116. doi:10.1017/s2045796020000372
- Thome, J., Coogan, A., Fischer, M., Tucha, O., & Faltraco, F. (2020). Challenges for mental health services during the 2020 Covid-19 outbreak in Germany. *Psychiatry Clin Neurosci*. doi:10.1111/pcn.13019
- Tomlin, J. (2020). What does social distancing mean for patients in forensic mental health settings? *Forensic Science International : Mind and Law*.
- Tor, P. C., Phu, A. H. H., Koh, D. S. H., & Mok, Y. M. (2020). ECT in a time of COVID-19. *The Journal of Ect*. Retrieved from files/16893/PMC7188094.html
- Xiang, Y. T., Zhao, Y. J., Liu, Z. H., Li, X. H., Zhao, N., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China : managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci*, 16(10), 1741-1744. doi:10.7150/ijbs.45072
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. doi:10.1016/s2215-0366(20)30090-0
- Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., & Li, Y. (2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*, 36(3), 299-302. doi:10.1007/s12264-020-00476-9

Annexes

Annexe 1. Plan des concepts

COVID – 19	Psychiatrie (générale, légale)	Établissements (hôpitaux, milieu carcéral)
<p>Descripteurs (MeSH)</p> <p>« COVID-19 » [Supplementary Concept] « severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 » [Supplementary Concept] « Coronavirus Infections » [Mesh: oExp] « Betacoronavirus » [Mesh: oExp]</p> <p>Vocabulaire libre</p> <p>Coronavirus coronaviruses coronavirus coronaviruses coronavirinae Wuhan Hubei Huanan « 2019-nCoV » 2019nCoV NCoV2019 « nCoV-2019 » « COVID-19 » COVID19 « CORVID-19 » CORVID19 WN-CoV » WNCov « HCoV-19 » HCoV19 CoV « 2019 novel » Ncov « n-cov » « SARS-CoV-2 » « SARSCoV-2 » « SARSCoV2 » « SARS-CoV2 » SARSCov19 « SARS-Cov19 » « SARSCov-19 » « SARS-Cov-19 » Ncover Ncoronavirus Ncoronavirus NcovWuhan NcovHubei NcovChina NcovChinese</p>	<p>Descripteurs (MeSH)</p> <p>« Mental Disorders » [Mesh] « Psychiatry » [Mesh] « Mental Health » [Mesh] « Mentally Ill Persons » [Mesh] « Commitment of Mentally Ill » [Mesh]</p> <p>Vocabulaire libre</p> <p>Psychiatry Psychiatric Mental disorder(s) Mental illness(es) Mentally ill Mental disease(s) Personality disorder(s) Psychotic Psychosis Psychoses Schizophrenia Bipolar manic depression manic-depression positive symptom(s) negative symptom(s) Telepsychiatry tele-mental health mental health mental healthcare Forensic Secure(d) Security Not guilty by reason of sanity Not criminally responsible Diminished responsibility Competency to Stand Trial Insanity Defense expert testimony Criminal Responsibility Diminished Capacity Legal Competence Legal Witness Commitment of mentally ill ((Involuntary OR compulsory OR mandatory) AND (commitment OR confinement OR hospitalisation OR treatment)) Review Board Hearing Treatment Order(s)</p>	<p>Descripteurs (MeSH)</p> <p>« Hospitals, Psychiatric » [Mesh] « Psychiatric Department, Hospital » [Mesh] « Delivery of Health Care » [Mesh] « Mental Health Services » [Mesh: oExp] « Emergency Services, Psychiatric » [Mesh] « Inpatients » [Mesh] « Hospitalization » [Mesh] « Prisons » [Mesh: oExp] « Prisoners » [Mesh: oExp] « Criminals » [Mesh]</p> <p>Vocabulaire libre</p> <p>Hospital(s) Hospitalization Hospitalisation Hospitalized Hospitalised Facility(ies) Unit(s) Ward(s) Department(s) Service(s) Setting(s) Inpatient(s) Correctional Offender(s) Criminal(s) Crime(s) criminality Prison(s) Prisoner(s) Custodial Imprisonment Incarceration incarcerated Inmate(s) Jail(s) Detention(s) Detained Penitentiary(ies)</p>

Annexe 2. Diagramme de flux PRISMA¹²



¹² Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M.,... Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1.

Annexe 3. Tableau des références complémentaires

Organisme	Pays	Titre	Lien
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	Canada	Infection Prevention and Control Measures in Mental Health Facilities: Guidelines	https://covid.cadth.ca/infection-control/infection-prevention-and-control-measures-in-mental-health-facilities-guidelines/
Institut national d'excellence en santé et services sociaux	Canada (Québec)	COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes avec des problèmes ou des troubles de santé mentale	https://www.inesss.qc.ca/covid-19/retablissement-et-reprise-des-activites/phase-de-retablissement-a-la-pandemie-pour-les-personnes-avec-des-problemes-ou-troubles-de-sante-mentale.html
Institut national de santé publique du Québec	Canada (Québec)	COVID-19 Mesures de prévention et contrôle des infections pour les installations et les unités de soins psychiatriques	https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2991-soins-psychiatriques-covid19.pdf
American Psychiatric Association	Etats-Unis	Practice Guidance for COVID-19	https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus/practice-guidance-for-covid-19
American Psychological Association	Etats-Unis	Ethical guidance for the COVID-19 era	https://www.apa.org/ethics/covid-19-guidance
Center for the Study of Traumatic Stress	Etats-Unis	Taking Care of Patients During the Coronavirus Outbreak: A Guide for Psychiatrists	https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Taking_Care_of_Patients_During_Coronavirus_Outbreak_A_Guide_for_Psychiatrists_03_03_2020.pdf
National Alliance on Mental Illness	Etats-Unis	Covid-19. Resource and information guide	https://www.nami.org/Support-Education/NAMI-HelpLine/COVID-19-Information-and-Resources
National Council of Behavioral Health	Etats-Unis	COVID-19 Guidance for Behavioral Health Residential Facilities	https://www.thenationalcouncil.org/covid-19-guidance-for-behavioral-health-residential-facilities/
Substance Abuse and Mental Health Services Administration	Etats-Unis	Covid19 interim considerations for State Psychiatric Hospitals	https://www.samhsa.gov/coronavirus
The National Association of State Mental Health Program Directors	Etats-Unis	Peer-Led Recommendations for Supporting Individuals Receiving Care in State Psychiatric Facilities During the COVID-19 Crisis	https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TIC_Recommendations_for_Hospitals_regarding_COVID-19.pdf
European Psychiatric Association	Europe	Management of psychiatric patients with suspected covid-19	https://www.europsy.net/app/uploads/2020/04/ALGORITHM-Hospitalisation-COVID_EPA.pdf

Organisme	Pays	Titre	Lien
Association des établissements du service public de santé mentale	France	Organisation de la prise en charge sanitaire des patients détenus nécessitant des soins psychiatriques	http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-Fiche-etablissements-penitentiaires.pdf
Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues	France	Recommandation en psychiatrie légale - épidémie Covid-19	https://www.ajpja.fr/uploads/file/5e853089ec30b_EUhPsvPWAAE6au1.jpeg
Association française de psychiatrie biologique et de europsychopharmacologie	France	Prendre soin des patients pendant l'épidémie de coronavirus : un guide à destination des psychiatres, psychologues et soignants en santé mentale	https://www.afpbn.org/prendre-soin-des-patients-pendant-lepidemie-de-coronavirus-un-guide-a-destination-des-psychiatres-psychologues-et-soignants-en-sante-mentale/
Centre de ressources en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive	France	Critères de fragilité face au covid-19 chez les usagers en santé mentale	https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/vulnerabilite_face_au_covid-19-1.pdf
Centre de ressources en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive	France	Recommandations pour la prévention des contaminations associées au COVID-19 et pour la prise en charge des personnes infectées souffrant d'un handicap psychique sévère ou d'un trouble du spectre de l'autisme	https://centre-ressource-rehabilitation.org/recommandations-pour-la-prevention-des-contaminations-associees-au-covid-19-et?var_mode=calcul
Ministère des solidarités et de la santé	France	Recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en addictologie	https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_consignes_services_psychiatrie.pdf
Mental Health Commission of Ireland	Irlande	Mental Health Commission welcomes safeguards for involuntary patients during Covid-19 crisis	https://www.mhcirl.ie/File/PR_300320.pdf
Inter-Agency Standing Committee	Mondial (ONU)	Addressing mental Health and Psychological Aspects of COVID-19 Outbreak	https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf

Organisme	Pays	Titre	Lien
Organisation des Nations Unies	Mondial (ONU)	Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic (adopted on 25th March 2020)	https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/OPCAT/AdviceStateParties CoronavirusPandemic2020.pdf
Mental Welfare Commission for Scotland	Royaume-Uni	Covid-19 faqs for practitioners (version 8, 7 May 2020)	https://www.mwscot.org.uk/sites/default/files/2020-05/Covid-19%20advice%20note%20v8%207%20May%202020_0.pdf
National Association of Psychiatric Intensive Care Units	Royaume-Uni	Managing acute disturbance in the context of COVID-19	https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_guidance_appendix.pdf
National Health Service England	Royaume-Uni	Legal guidance for mental health, learning disability and autism, and specialised commissioning services supporting people of all ages during the coronavirus pandemic	https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0454-mhlda-spec-comm-legal-guidance-v2-19-may.pdf
National Health Service England	Royaume-Uni	Supporting patients of all ages who are unwell with coronavirus (COVID-19) in mental health, learning disability, autism, dementia and specialist inpatient facilities	https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/letter-responding-to-covid-19-mental-health-learning-disabilities-and-autism/
National Health Service England	Royaume-Uni	Workforce guidance for mental health, learning disabilities and autism, and specialized commissioning services during the coronavirus pandemic	https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/letter-responding-to-covid-19-mental-health-learning-disabilities-and-autism/
Parliament of the United Kingdom	Royaume-Uni	Coronavirus act	http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/pdfs/ukpga_20200007_en.pdf
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	COVID-19: Ethical considerations	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/covid-19-ethical-considerations
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	Covid-19: personal protective equipment (ppe)	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/personal-protective-equipment-ppe

Organisme	Pays	Titre	Lien
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	COVID-19: Secure hospital and criminal justice settings	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/secure-hospital-and-criminal-justice-settings
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	Legal matters - COVID-19 guidance for clinicians	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/legal-covid-19-guidance-for-clinicians
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	COVID-19: Guidance for community and inpatient services	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services
Royal College of Psychiatrists	Royaume-Uni	Prison transfers and remissions to and from mental health inpatient hospitals in relation to COVID-19	https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/community-and-inpatient-services/secure-hospital-and-criminal-justice-settings
Scottish Government	Royaume-Uni	Restricted patients and covid-19	https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/Restricted-Patients-and-Covid-19-guidance-legislative-25-March-2020.pdf?x82981
Social Care Institute for Excellence	Royaume-Uni	Mental Capacity Act (MCA) and the COVID-19 crisis	https://www.scie.org.uk/care-providers/coronavirus-covid-19/mca