



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19



Responsiveness and sustainability of psychiatric care in France during COVID-19 epidemic

R. Bocher^{a,*}, C. Jansen^{b,c}, P. Gayet^a, P. Gorwood^{d,e}, V. Laprévotte^{b,c,f}

^a Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie et d'addictologie, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France

^b Centre psychothérapique de Nancy, pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et d'addictologie, 54520 Laxou, France

^c Faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^d GHU Paris psychiatrie et neurosciences, CMME, hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris, France

^e Université de Paris, institut de psychiatrie and neuroscience of Paris (IPNP), Inserm U1266, 75014 Paris, France

^f Pôle de psychiatrie, fédération de médecine translationnelle de Strasbourg, institut national de la santé et de la recherche médicale U1114, université de Strasbourg, centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg, Strasbourg, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 avril 2020

Accepté le 7 mai 2020

Disponible sur Internet le 26 mai 2020

Mots clés :

COVID-19

SARS-COV-2

Psychiatrie

Organisation des soins

Hospitalisation

Keywords:

COVID-19

SARS-COV-2

Psychiatry

Health system

Hospitalization

RÉSUMÉ

Objectifs. – Les brusques remaniements du système de soins liés au COVID-19 touchent particulièrement l'organisation de la psychiatrie. Cette revue a pour objectif d'examiner les adaptations des soins psychiatriques en France pendant cette épidémie.

Méthode. – Cette revue narrative est basée sur l'observation des changements effectués dans les établissements français et sur une analyse de la littérature.

Résultats. – Sur le plan hospitalier, l'épidémie de COVID-19 a imposé des mesures modifiant profondément les conditions d'accueil des patients, obligeant les équipes médicosociales à adapter leurs méthodes de soins. Les auteurs notent la création d'au moins 89 unités spécifiquement dédiées aux patients avec COVID-19 ayant besoin de soins psychiatriques, permettant une double prise en charge de médecine générale et de psychiatrie. Concernant les soins ambulatoires, la priorité est de ne pas perdre de vue les patients ayant un suivi au long cours : des moyens de rappel des patients et de téléconsultation ont été un précieux recours mais ne peuvent entièrement remplacer les consultations présentes.

Discussion. – Dans une situation inédite de bouleversements de grande ampleur du système de soins et de la société, et malgré l'absence de recommandations sur le sujet, la psychiatrie en France a fait preuve d'une très grande adaptabilité. Certains changements initiés pourraient inspirer les soins de l'après COVID-19.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

ABSTRACT

Objectives. – The sudden changes of healthcare system due to COVID-19 particularly affect the organization of psychiatry. The objective of this review is to examine the adaptations of psychiatric care in France during this pandemic.

Method. – This narrative review is based on the observation of changes made in French psychiatric hospitals and on an analysis of the literature.

Results. – Regarding psychiatric hospitalization, the COVID-19 epidemic required rapid measures that profoundly modified the conditions of patients' reception, forcing the medical staffs to adapt their methods of care. The authors noted the creation of at least 89 wards specifically dedicated to patients with COVID-19 needing psychiatric hospitalization, allowing dual care of general medicine and psychiatry. Regarding ambulatory care, maintaining patients with long-term follow-up was a priority. Patients recalling and teleconsultation have been precious resources but cannot entirely replace face-to-face consultations.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rachel.bocher@chu-nantes.fr (R. Bocher).

Discussion. – COVID-19 epidemic created unprecedented situation of large-scale upheavals in the healthcare system and in society. Despite the absence of previous recommendations on the subject, French psychiatry has shown great adaptability. Some changes could inspire post-COVID-19 care.

© 2020 L'Encéphale, Paris.

Introduction

La survenue en France de l'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2, causant le syndrome COVID-19, a généré une rapide réorganisation de l'ensemble du système de soins pour faire face à l'afflux de patients porteurs de COVID-19 et pour maîtriser le risque épidémique [1]. La réorganisation des soins psychiatriques est un enjeu à part entière de cette réorganisation. En effet, les personnes souffrant de troubles psychiatriques présentent d'importantes vulnérabilités de santé du fait du risque augmenté de comorbidités générales [2] et d'un accès restreint aux soins médicaux généraux [3]. Parallèlement, de nombreux problèmes de santé mentale nécessitent une bonne continuité du suivi psychiatrique. Comme dans d'autres pays touchés par la pandémie, les établissements français ont donc dû mettre en place des modifications importantes des conditions d'accueil de manière à maintenir au maximum la continuité des soins hospitaliers ou ambulatoires engagés et tout en contrôlant le risque épidémique.

Les soins hospitaliers à l'épreuve du COVID-19

Adaptation à l'épidémie

Lorsque le premier pic épidémique a débuté en France et lorsque les mesures de confinement ont été prononcées, les conditions générales d'accueil ont été brusquement modifiées dans les services d'hospitalisation en psychiatrie. Nombre d'établissements ont vu leur nombre de patients hospitalisés diminuer rapidement au début de cette période sous l'effet d'une baisse des admissions et de sorties d'hospitalisation plus rapides. Par exemple, le centre psychothérapique de Nancy a vu son nombre de patients hospitalisés à temps plein diminuer de 23 % en 13 jours, entre le 6 mars 2020 et le 18 mars 2020. Les établissements ont pris des décisions pour le respect des mesures barrières modifiant profondément les conditions d'accueil des patients, décisions confirmées par une fiche éditée par le ministère des Solidarités et de la Santé le 23 mars 2020 : fortes restrictions voire suppression des visites des proches, suppression des repas collectifs, suppression des autorisations de sortie temporaire, restrictions d'accès aux salles collectives destinées aux patients (télévision, détente...), suppression des activités en groupe [4]. Ces mesures étaient absolument indispensables pour freiner le développement de l'épidémie dans un contexte de vie collective comme l'est un service d'hospitalisation en psychiatrie. Avec la mise en place du confinement et la quasi-disparition des moyens de garde pour les enfants des professionnels, elles ont pu être accompagnées d'une diminution de la présence sur place de différents professionnels indispensables aux soins : comme les psychologues, les travailleurs sociaux ou les ergothérapeutes. Ces modifications inévitables ont fait courir le risque d'un appauvrissement des soins dans les unités psychiatriques. Les capacités d'adaptation et d'inventivité des équipes médico-soignantes ont alors été mises à l'épreuve.

Parallèlement, l'ensemble des établissements, publics, comme privés, a dû mettre en place des unités PSY/COVID destinées à recevoir des patients avec COVID-19 et ayant besoin de soins

psychiatriques. Ces unités se sont créées très rapidement et spontanément dès les premiers jours de la crise. Ce formidable effort d'adaptation a été consolidé par le contenu de la fiche ministérielle sur l'activité en psychiatrie [4]. Cette mise en place correspond aux initiatives prises dans certains pays exposés à l'épidémie avant la France, comme l'Italie [5]. L'objectif de telles unités est avant tout de contrôler les risques de surmortalité d'une telle épidémie dans des populations souffrant de troubles psychiatriques, alors que nombre de ces patients voient en temps normal leur espérance de vie réduite [6] et en premier lieu pour des causes naturelles [7]. Dans le contexte de promiscuité et de collectivité des services de psychiatrie, de telles unités ont également pour but de contrôler le risque épidémique, de concentrer les moyens de préventions et de soins dont il a fallu gérer la pénurie en début d'épidémie et d'homogénéiser les soins. Nous avons recensé les équipes ayant effectué cette transformation : sur une base déclarative, on retrouvait au moins 89 unités, programmées pendant la crise sur tout le territoire, dans des établissements publics ou privés, représentant environ 1080 lits. Dans 80 de ces unités, les soins sont assurés par des médecins psychiatres associés à des médecins généralistes. Quelques établissements de grande taille accueillent plusieurs unités PSY/COVID avec des spécialisations, comme le groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris/Saint-Anne, le centre hospitalier le Vinatier ou le CHRU de Lille. Le GHU Paris/Saint-Anne comprend une remarquable gradation des unités, avec la possibilité d'accueillir des patients en unité médicalisée et en unité de soins intensifs. Toutefois, la plupart des unités PSY/COVID reçoivent des patients stabilisés sur le plan respiratoire et ont prévu des protocoles de transfert dans des lits de médecine polyvalente ou de soins intensifs en cas d'aggravation. Il faut souligner que cette création de multiples unités est une première : jamais en France de tels services n'ont été mis en place dans les hôpitaux psychiatriques, et ce en un temps record. Une étude observationnelle a lieu actuellement pour mieux cerner le public accueilli par ces unités, en connaître les caractéristiques sociodémographiques, les comorbidités et l'évolution clinique.

Certains établissements ont également mis en place des unités de quarantaine, afin de maîtriser le risque épidémique vis-à-vis de patients entrants, pour ne pas importer le virus dans des unités d'hospitalisations qui n'auraient pas été touchées. Les nouveaux entrants à l'hôpital reçoivent des soins dans ces services, le temps de diminuer le risque de contagion, avant de rejoindre l'unité de soins de destination, sur un modèle développé dans certains hôpitaux chinois [8]. Le centre hospitalier de Ville Evrard, comprenant plus de 800 lits d'hospitalisation, a ainsi ouvert temporairement plusieurs unités de quarantaine afin d'accueillir le flux constant de patients, dans un département de Seine-Saint-Denis particulièrement touché par l'épidémie. Cette démarche a été particulièrement justifiée dans les situations de pénurie importante de moyens de précaution vis-à-vis de la contamination virale (masques, surblouses, gants) et dans le contexte de faible disponibilité des tests PCR. Elle a pour inconvénient d'éclater les soins psychiatriques et d'augmenter la charge de travail en augmentant le nombre d'entrées et de sorties dans les services. L'accessibilité de plus en plus importante des moyens de dépistage résout en partie les difficultés qui ont généré ces unités.

Après le pic, au moment du déconfinement

Le premier pic épidémique passé, plusieurs évolutions sont nécessaires. Concernant les conditions d'accueil dans les services de psychiatrie, il paraît utile de rétablir un fonctionnement favorable au rétablissement. Ainsi, l'accès aux visites, dans des conditions de respect des mesures barrières, le rétablissement prudent d'autorisations de sortie ou encore la reprise des activités de groupe dans des conditions de distanciation physique correctes sont à privilégier, comme l'a souligné la conférence des présidents de CME de CHS [9].

Avec la décroissance du premier pic épidémique, certaines unités PSY/COVID se sont regroupées ou ont diminué leur capacité, permettant à certains établissements de retrouver une marge de lits disponibles.

Le maintien de solutions permettant d'accueillir spécifiquement les patients porteurs de COVID reste cependant nécessaire. En effet, la perspective d'une deuxième vague de contamination reste un scénario envisageable et impose de ne pas désarmer entièrement le dispositif d'accueil. Parallèlement, la question du dépistage systématique des patients hospitalisés se pose. Si celle-ci n'est pas retenue à l'échelle de la population générale, elle reste légitime concernant les personnes entrant en hospitalisation en psychiatrie, du fait de leur comorbidités mais aussi de l'augmentation du risque de contamination au sein d'un lieu collectif comme un service hospitalier. Certains observateurs ont remarqué que la courbe épidémique des populations hospitalisées en psychiatrie ne semblait pas suivre la même dynamique que dans la population générale. Ainsi, au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences (site Sainte-Anne), Plaze et al. [10] ont noté une incidence d'environ 4 % pour les formes symptomatiques de COVID-19 chez les patients contre 14 % chez les infirmiers et des médecins. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être formulées : exposition aux médicaments psychotropes dont certains pourraient avoir une vertu préventive [10], exposition à la nicotine [11] mais aussi diminution des contacts sociaux du fait des symptômes de diverses pathologies psychiatriques. Cette dernière explication pourrait suggérer la survenue d'un pic épidémique retardé chez les patients porteurs de pathologies psychiatriques avec une réexposition au moment du déconfinement. Cela justifierait alors de surveiller le risque épidémique par un dépistage systématique à l'entrée en hospitalisation. Ce dépistage peut être combiné aux moyens nécessaires à une unité PSY/COVID. Au centre psychothérapique de Nancy, le dépistage systématique a été organisé sur le mode d'un « Drive-in » : le transport de tout patient hospitalisé effectue une halte devant l'unité PSY/COVID où un infirmier vient effectuer un prélèvement nasopharyngé au patient dans un espace aménagé, assurant ainsi une expertise pour ce geste qui nécessite une maîtrise technique minimale.

Il est important de noter que la survenue de cette épidémie de COVID-19 a incontestablement démontré la forte capacité d'adaptation de nombreux établissements. De tous côtés, les équipes administratives et médicales se sont unies pour mettre en place des solutions inventives en un temps limité. La mise en place de collaborations entre médecins généralistes et psychiatres au sein des établissements a renforcé la conscience déjà bien présente d'une nécessité de renforcer l'accès à la médecine générale pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques. La dynamique de l'épidémie a achevé de sensibiliser les psychiatres à la prise en compte de l'ensemble des pathologies organiques. La vigilance reste de mise car le risque épidémique reste important mais il s'agit d'ores et déjà d'évaluer l'impact des mesures mises en place.

Les soins ambulatoires à l'épreuve du COVID-19

Dans le même temps, la fermeture quasi totale de l'extrahospitalier a été réalisée pour faire face aux risques de contagion et s'adapter aux mesures de confinement. En quelques jours, une nouvelle organisation des soins ambulatoires a donc été mise en place.

À l'heure actuelle, peu de données de la littérature ont été collectées sur les conséquences des situations de confinement, l'infection COVID-19 et la santé mentale en population générale ; de plus la triple vulnérabilité — psychiatrique, médicale et psychosociale — de nos patients a fait craindre et a généré un bouleversement de leur équilibre psychique à l'origine de nouvelles décompensations psychiatriques majeures.

Devant ces enjeux, la priorité a été de garantir l'offre de soins ambulatoires en privilégiant le recours aux prises en charge à distance et en maintenant les consultations présentes et les visites à domicile qu'en cas d'absolue nécessité.

Principes de cette réorganisation de l'ambulatoire

Dans ce contexte inédit de contrainte sanitaire, il s'agit de réinventer — vite — le soin psychique relationnel. Le maintien d'un soin psychiatrique de qualité rend nécessaire l'accompagnement individualisé permettant la permanence de repères pour assurer ainsi la contenance et la réassurance de la relation. La vulnérabilité du tissu relationnel des patients souligne l'importance des familles qui a été systématiquement recherchée en accompagnement du réaménagement de l'offre de soins.

Le monde de la santé encore hostile à la transformation numérique a dû s'adapter rapidement, à l'instar des modifications opérées dans d'autres pays touchés par l'épidémie [5], et laisser la place à la création des dispositifs tels « Stop Blues », « Pacifica » ou de plates formes numériques tels « Covid-Blues », « Covidcoute.org ». Ils ont facilité l'inclusion dans le processus de soins. C'est essentiel pour la continuité des soins. La transformation digitale de nos pratiques ambulatoires a de ce fait conféré le nouveau souffle attendu.

« *Primum non nocere* » du serment d'Hippocrate est là pour garantir l'irremplaçable cadre éthique. Par conséquent et dans tous les cas, la lutte contre la perte de chance d'accéder aux soins qu'ils soient psychiatriques ou médicaux est une absolue priorité contre la double stigmatisation : psychiatrie + COVID-19. Plus de 2,5 millions de personnes sont prises en charge en psychiatrie publique ou libérale : la responsabilité et l'urgence doivent être revisitées.

C'est pourquoi la coopération de tous les acteurs de la psychiatrie a été privilégiée tant avec les médecins traitants, que les pharmaciens ou les autres professionnels libéraux (tels que les infirmiers, psychologues, assistantes sociales) le tout en raison de la forte intrication des problématiques médicales et psychiatriques. Nos collègues libéraux et paramédicaux ont pu être sécurisés par la permanence de chaque parcours de soins. Cela reste fondamental.

Organisation de l'offre de soins ambulatoire

Assurer la proximité et la régularité des soins par les soignants référents habituels, en maintenant la relation de qualité dans ce contexte difficile, ont été et restent des priorités. Les équipements vidéo-transmissions ne sont pas toujours performants faisant préférer aux équipes médocosoinnantes les téléconsultations. Ces équipements numériques devront dès à présent être mis à un haut niveau de performance.

Les premières consultations avec les patients adressés par les urgences médicopsychologiques ou les SAU sont vues en consultations présentielle avant le recours au télésoin ; ces consultations se déroulent dans des conditions évidemment de protection sanitaire. L'enjeu majeur durant cette période est celui d'éviter la rechute psychiatrique au domicile liée à un retour précoce d'hospitalisation ou à la fermeture de tous ces centres de jour (hôpital de jour, CATTP, centre de réhabilitation). Chaque patient a bénéficié d'un projet de soins personnalisé avec des objectifs de soins ciblés déterminés lors de réunions cliniques hebdomadaires. Des temps de fonctionnement hebdomadaires « pour penser le soin psychique » ont pu avoir lieu en visio-conférences entre les différentes équipes de l'extra hospitalier. Les entretiens familiaux ont été encouragés. Plus de 80 % des entretiens et des consultations ont été effectués en télésoins. Les équipes médico-soignantes se sont transformées, d'une part, en équipe de « téléconseillers » soit en équipes de soins intensifs à domicile. Ces soignants mobiles au cœur de cette épidémie sont venus renforcer les équipes d'hospitalisation à domicile (par exemple CHU de Nantes, l'équipe EQUIPAD) ou des équipes mobiles (telles l'équipe Psymobile au centre hospitalier du Vinatier) afin d'éviter les rechutes et prévenir les risques suicidaires.

La recherche d'alliances thérapeutiques et de soutiens aux aidants ainsi que l'identification précoce des problématiques psychiatriques initient utilement la question de la prévention notamment secondaire à développer. L'accès aux traitements médicamenteux est largement facilité par la coopération avec nos collègues pharmaciens (l'arrêté du 15 mars 2020) en limitant les interruptions de traitements.

La fermeture des structures extrahospitalières a entraîné la disparition de référentiels traditionnels du soin psychique telle que la dynamique de groupe institutionnelle contenante, ou telles que les médiations thérapeutiques ou bien encore les temps de régulation soignant/soigné. De nouvelles méthodes pour de nouvelles pratiques ont été rendues nécessaires conduisant à la transformation de la rencontre singulière patient/professionnel ainsi que l'intensification des entretiens notamment dans le domaine du rétablissement et du renforcement du lien social. La psychoéducation et la réhabilitation ont pu être pérennisées grâce à des applications numériques et à des suivis type « *case management* » à distance. Par ailleurs, des initiatives artistiques (concerts vidéo, Youtube) participent aux mouvements de déstigmatisation par des projections positives. À titre d'exemple le collectif COV'ART, plateforme d'artistes et d'écrivains dépendants du centre national de ressource et de résilience (CN2R), a non seulement tissé les solidarités mais a également réinventé les liens sociaux et culturels participant à l'inclusion citoyenne.

Maintien du bien-être du personnel soignant

Le maintien du bien-être du personnel soignant doit être recherché par :

- les rencontres régulières de synthèse et les supervisions, elles sont liées à la mise en place de nouvelles équipes ont un rôle essentiel pour reconnaître l'engagement de chacun et conforter le sentiment d'appartenance ;
- les recommandations « extraordinaires », elles ont été prioritairement la limitation de l'exposition aux médias et de revenir sans cesse sur la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire indispensables ;
- la différenciation entre les patients, il convient de faciliter cette différenciation des patients à hauts risques pour une meilleure orientation entre vidéotransmissions et consultations présentielles ;

- l'information et l'accès permanent à une éducation sur les réactions de stress et le traitement des comportements à risques : cela a permis de réfléchir sur les stratégies adaptatives.

Discussion

Différents enjeux au cœur de cette crise sanitaire d'ampleur exceptionnelle. Le premier enjeu est lié aux personnels : ils ont su faire preuve dans un contexte social déjà compliqué, de flexibilité exceptionnelle, de réactivité, et de rapidité de décision, laissant augurer d'un réel potentiel de transformation aussi bien dans le contenu du métier (IPA ou le numérique) que lors de nouvelles pratiques ambulatoires intensives. Le deuxième enjeu concerne l'indispensable travail de prévention : dans ce contexte de pandémie il nous recentre sur la priorité de nos métiers qui est et demeure la totale et fluide accessibilité aux soins, alors qu'en cette période plus de 50 % de nos patients ont « disparu » La nécessité de veille épidémiologique et d'observatoire pharmacologique en cours de réalisation devra nous aider à faire face aux prochaines et inévitables crises sanitaires mondiales et faciliter les réaménagements de l'offre de soins sans lesquels nous n'aurions rien appris. Le troisième et dernier enjeu révèle cette révolution à tripe volets que sont le numérique, le virage ambulatoire et l'inscription territoriale.

De cette révolution, surgira une nouvelle relation patient/professionnel, dans un parcours de soins coordonné, cloisonné et consolidé ainsi qu'un nouveau rapport au corps réhabilité du sujet souffrant. Ces changements en marche peuvent impressionner par leur ampleur, mais apparaissent aujourd'hui comme une évidente urgence. L'après COVID sera psychiatrique, forcément psychiatrique. Ainsi, va le constat unanime des professionnels de santé mentale, qu'ils soient publics ou libéraux.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Peiffer-Smadja N, Lucet J-C, Bendjelloul G, et al. Challenges and issues about organising a hospital to respond to the COVID-19 outbreak: experience from a French reference centre. *Clin Microbiol Infect* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.002>.
- [2] Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9, <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n0401>.
- [3] Ross LE, Vigod S, Wishart J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:135, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>.
- [4] Ministère des Solidarités et de la Santé. Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie; 2020.
- [5] Percudani M, Corradin M, Moreno M, et al. Mental health services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res* 2020;288:112980, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112980>.
- [6] Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21:10, <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>.
- [7] Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>.
- [8] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. [Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review]. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001>.
- [9] Groupe ressource PSY/COVID-19 Conférence nationale des présidents de CME/CHS. Les secteurs de psychiatrie à l'heure de la sortie du confinement; 2020.
- [10] Plaze M, Attali D, Petit A-C, et al. Repositionnement de la chlorpromazine dans le traitement du COVID-19 : étude reCoVery. *Encéphale* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.010>.
- [11] Farsalinos K, Niaura R, Le Houezec J, et al. Editorial: Nicotine and SARS-CoV-2: COVID-19 may be a disease of the nicotinic cholinergic system. *Toxicol Rep* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.toxrep.2020.04.012>.