

La pandémie par SARS-COV-2 questionne l'organisation et les soins des unités dédiées aux personnes âgées présentant des troubles envahissant du comportement : UCC (Unités Cognitivo-Comportementales), UHR (Unités d'Hébergement Renforcées) et UVP (Unités de Vie Protégées) en milieu hospitalier ou au sein d'un EHPAD.

Deux impératifs sont à concilier : ne pas augmenter le risque de contamination pour les soignants et les patients par rapport à une situation « ordinaire », et d'autre part respecter la dignité des patients sans aggraver leur état de santé.

ETAPES ORGANISATIONNELLES

Le principe général de gestion de l'unité de soins est d'éviter de contaminer des patients Covid- et de rationaliser autant que possible la charge de travail du personnel soignant.

• Etape 0 : pas de cas Covid présent ou repéré au sein de l'unité de soins

- le statut Covid des patients entrants doit être connu avant l'entrée dans l'unité (PCR, scanner, passage par les urgences)
- ne pas accepter d'entrée de patient Covid+ dans l'unité tant qu'il existe un risque de contamination (minimum 24 jours après le début des symptômes car le port du masque est impossible pour ces patients)
- mettre en œuvre les gestes barrière ; l'isolement/confinement du patient en chambre est à analyser au cas par cas
- port du masque chirurgical par tous les soignants
- la contention du patient déambulant n'est pas conseillée en systématique à ce niveau de risque
- arrêt des activités de groupe, privilégier la prise en charge individuelle avec un soignant ; nettoyer les objets utilisés lors de ces activités à la fin de leur utilisation, éviter d'utiliser des objets difficilement lavables

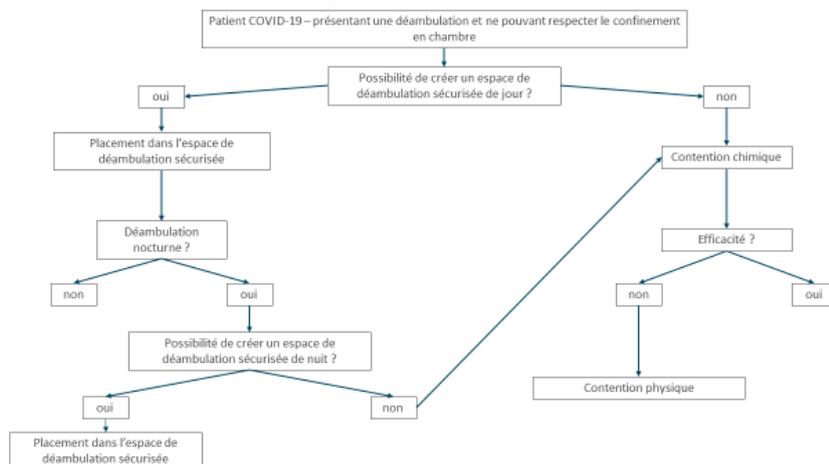
• Etape 1 : découverte ou suspicion d'un cas Covid dans l'unité

- transférer les cas émergents Covid+ autant que faire se peut sur les unités Covid de Court Séjour (de préférence localement)
- surveillance étroite des autres patients restants dans l'unité (constantes, clinique et explorations si nécessaire)
- faire rapidement sortir les patients non Covid

• Etape 2 : le transfert des patients Covid devient impossible

- à partir de deux cas avérés dans l'unité, cette entité devient Covid
- regrouper les patients Covid+ dans des chambres contiguës
- isoler les patients en chambre au maximum
- si possible isoler les patients déambulant Covid+ dans une sous unité fermée
- renforcer les équipes médicales et paramédicales avec sectorisation des professionnels PM/PNM suivant le statut Covid en essayant d'obtenir le ratio de personnel des unités Covid court séjour défini sur votre territoire
- à partir du moment où l'unité est considérée comme Covid, les nouveaux entrants sont Covid+ ou très probablement Covid et les sortants devront être en isolement gouttelette.
- les patients déambulants Covid+ ou suspects seront accueillis préférentiellement dans ce type d'unité où un contrôle de l'espace de déambulation et des sorties est possible
- préconiser le port du masque pour le patient si possible
- si le confinement/isolement du patient est mal toléré par le patient et génère de l'anxiété, accentue les comportements moteurs aberrants ou d'autres symptômes psycho-comportementaux, mise en place d'une contention chimique (*schéma*)
- si impossible, prescrire exceptionnellement une contention physique type sangle abdomino-pelvienne au fauteuil : prescription médicale à renouveler idéalement toutes les heures selon les possibilités de l'équipe soignante, sinon écrire une procédure dégradée en fonctions des ressources ; la tolérance de la contention est réévaluée de façon pluriquotidienne
- une fois la contention chimique efficace, alléger le mode de contention physique
- si patient déambulant dans l'unité ne pas mettre les poubelles DASRI à l'extérieur des chambres

Schéma : patient déambulant ne pouvant pas respecter le confinement ou l'isolement



MESURES THERAPEUTIQUES - PARTICULARITES

Il n'existe pas encore de consensus thérapeutique sur l'utilisation des psychotropes dans le contexte de la pandémie Covid. Les tableaux cliniques chez les personnes âgées sont souvent atypiques : syndrome confusionnel, ralentissement psychomoteur, chutes de novo ou majoration des chutes. Il convient donc de limiter au maximum les psychotropes, notamment ceux à effet sédatif. Pour les patients Covid +, il apparaît nécessaire de :

- privilégier une approche non médicamenteuse basée sur l'aspect clinique (confusion, anxiété, dépression, délire...)
- prescrire une alimentation hypercalorique et hyperprotidique +/- compléments nutritionnels oraux
- adapter l'hydratation aux pertes notamment par perspiration et éventuelle diarrhée
- prescrire une prophylaxie pour la maladie thrombo-embolique veineuse

Si des psychotropes doivent cependant être utilisés :

- diminuer les posologies : moins bonne tolérance, risque iatrogénique majoré du fait des co-prescriptions et du caractère thrombogène et pro arythmogène de l'infection Covid
- réviser quotidiennement le bénéfice-risque de tous les psychotropes

Sur l'agitation aiguë : privilégier en première ligne les benzodiazépines per os à résorption rapide et demi-vie courte (oxazépam, lorazépam voire alprazolam).

Sur les agitation/anxiété chroniques : l'utilisation d'IRS est possible en tenant compte de leur effet secondaire notamment pour l'escitalopram et le citalopram sur l'allongement du QTc. Une alternative dans cette indication peut également être l'utilisation de la Prégabaline.

Si délire/hallucinations : privilégier les pratiques thérapeutiques habituelles

Cas particulier de la non disponibilité de certaines molécules en pénurie :

Pénurie de midazolam utilisé par certains per os ou SC, hors AMM, pour la gestion de certains épisodes comportementaux aigus ou avant certains soins. En alternative, privilégier l'utilisation d'autres BZD injectables, mais en ayant conscience que leur demi-vie est très longue avec un risque d'accumulation si utilisés quotidiennement. Sont disponibles sous forme injectable notamment le diazépam (Valium*), le clonazépam (Rivotril*).

Pour information, chez un sujet jeune les équivalences théoriques posologiques per os sont les suivantes : 1mg de lorazépam (Témesta®) = 20 mg d'oxazépam (Séresta®) = 10 mg de diazépam (Valium®) = 0,5 mg de clonazépam (Rivotril®) = 15 mg de clorazépate (Tranxène®) = 0,5 mg d'alprazolam (Xanax®)

AUTRES ACTIONS

• Limiter les effets de l'isolement

- programmer des levées d'isolement dans la journée (visite de soignant en chambre, marche dans l'unité et/ou jardin, activité physique, programme musical en chambre, ...)
- prendre du temps pour l'aide au repas (participation des rééducateurs, psychologues et médecins)
- disposer de moyens de communication téléphonique et/ou visio pour maintenir un lien avec l'entourage
- diversifier les matériaux pour un usage personnel (exemple : peluche)
- organiser la gestion du linge si possible avec les familles pour garder les effets personnels

• Soutenir les équipes soignantes

- implication active des responsables d'unité
- mobiliser les psychologues et mettre en place des groupes de parole
- informer sur les hotlines de soutien psychologique

• Il impératif d'argumenter et de tracer dans le dossier médical toutes les décisions relatives à la limitation d'aller et venir.

REFERENCES

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Recommandations de bonne pratique - HAS juin 2012 www.has-sante.fr

Coordonnateur et rédaction : Olivier Drunat, Jean Roche

Contributeurs : Florence Lebert, Vania Leclercq, Hermine Lenoir, Alexis Lepetit, Pascal Saidlitz, Maria Soto-Martin, Julien Vernaudon, Lisette Volpe-Gillot
