

Spécificités des soins au sein des Unités Alzheimer (court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP) dans le contexte Covid19

Version 14 mai 2020

L'évolution de la pandémie par SARS-COV-2 questionne l'organisation et les soins des unités dédiées aux personnes âgées présentant des troubles envahissants du comportement. Après une montée en charge liée aux soins des personnes infectées, une nouvelle étape s'ouvre suite à l'allègement du confinement.

Deux impératifs restent à concilier : ne pas augmenter le risque de contamination pour les patients et les soignants vis-à-vis de ce virus d'une part, et garder les objectifs de soins de ces unités tout en respectant la dignité des patients sans aggraver leur état de santé d'autre part.

ETAPES ORGANISATIONNELLES

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

Dans les unités ayant accueilli des patients Covid+ la mise en place de mesure de désinfection de l'ensemble des locaux est à prévoir selon les protocoles en vigueur, par chambre et par service.

Il est conseillé par territoire de santé de réfléchir à l'organisation d'une filière de soins avec l'individualisation d'unités type Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), Unité d'Hospitalisation Renforcée (UHR) voire unité de Vie Protégée (UVP) pouvant accueillir des patients Covid+ stables cliniquement en dehors du court séjour.

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

- Le statut Covid des patients asymptomatiques entrants doit être systématiquement recherché et connu avant l'entrée dans l'unité : RT-PCR datant de moins de 48h et idéalement aussi scanner thoracique et statut sérologique
- Surveillance clinique et des paramètres vitaux (Check-list infra) des entrants, une fois par poste, pour repérer un patient à risque de développer l'infection, car persiste un risque de faux négatifs en RT-PCR

Check-list à faire, avant l'admission et dans la semaine qui suit l'entrée en Unité Alzheimer

Symptômes cliniques évocateurs récents (<14j) ou actuels à rechercher :

- | | |
|---|---|
| - Dyspnée/Toux | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Anosmie /Ageusie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Symptomatologie ORL | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome confusionnel sans facteur déclenchant évident | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Altération de l'état général/Asthénie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Baisse d'appétit/Anorexie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Chutes inhabituelles ou augmentation de fréquence | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Apparition brutale de troubles du comportement sans facteur déclenchant évident | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Diarrhées/Nausées | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome grippal | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

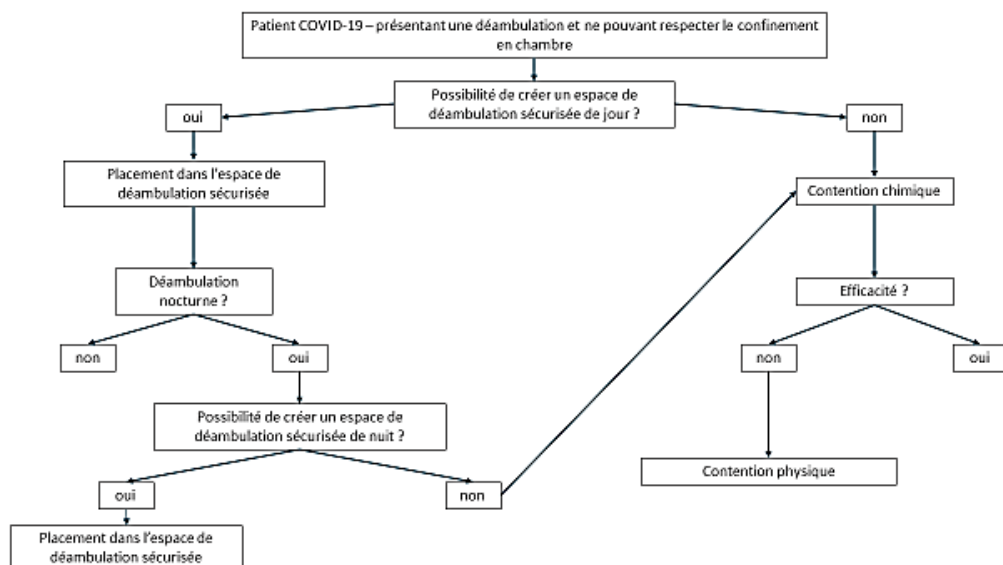
Sur le plan des paramètres vitaux :

- | | |
|--|---|
| - Saturation O2 < 92% | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Température > 37,8°C | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Fréquence Respiratoire > 22 par minute | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

- Ne pas accepter d'entrée de patient Covid+ dans l'unité de soins tant qu'il existe un risque de contamination : le patient doit être asymptomatique et avoir une RT-PCR négative dans les 48 heures précédentes, ou patient post-Covid asymptomatique et minimum 24 jours entre le début de ses symptômes et son entrée dans l'unité (avis HCSP du 16 mars 2020), car le port du masque pour ces patients est le plus souvent impossible
- Eviter l'utilisation de chambres doubles
- Garder la mise en œuvre des gestes barrières
- Pas de reprise des activités de groupe s'il est impossible de respecter les gestes barrières, le port du masque et une distanciation suffisante entre les malades. Privilégier la prise en charge individuelle avec un soignant. Désinfecter ou laver selon les protocoles en vigueur les objets utilisés lors de ces activités dès la fin de leur utilisation. Eviter l'emploi d'objets difficilement désinfectables ou lavables.
- Eviter les ateliers cuisine même individuels
- Port du masque chirurgical par tous les soignants en contact avec les patients

- Port de masque chirurgical pour le patient présentant un symptôme respiratoire ou digestif, en plus des gestes barrières, en attendant les résultats du bilan étiologique demandé
 - L'isolement/confinement de patient en chambre est à analyser au cas par cas
 - La contention de patient déambulant n'est pas conseillée en systématique à ce niveau de risque
 - Dépistage RT-PCR à prévoir juste avant la sortie d'un patient vers une structure médico-sociale. Indication à discuter dans le cas d'un retour au domicile
- **Etape 1 : découverte ou suspicion d'un cas Covid+ dans une unité non-Covid**
 - Transférer les cas émergents Covid+ autant que faire se peut en fonction de leur état clinique vers des unités Covid+ court séjour (de préférence localement) ou une unité type court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP organisée pour accueillir des patients Covid+
 - Faire un dépistage PCR des autres patients de l'unité et des soignants ayant été en contact avec ce patient, avec prise de décision ensuite en fonction des résultats obtenus. Isolement au maximum des patients en chambre conseillé en attendant les résultats de ces prélèvements
 - Vigilance étroite des autres patients asymptomatiques présents dans l'unité dans l'attente des résultats (surveillance des constantes, de la clinique et si nécessaire d'autres bilans)
- **Etape 2 : le transfert des patients Covid+ vers une unité spécifique devient impossible**
 - A partir de deux cas avérés dans l'unité, cette entité devient alors une unité Covid
 - Tester les autres patients et faire sortir les patients testés Covid négatif dans une autre unité non-Covid du territoire
 - Regrouper les patients Covid+ dans des chambres contiguës
 - Isoler au maximum les patients en chambre
 - 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+ / Covid- en essayant d'obtenir le ratio de personnel des unités Covid court séjour défini sur votre territoire
 - A 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 déambulant Covid+ ou suspects** seront accueillis préférentiellement dans ce type d'unité où un contrôle de l'espace de déambulation et des sorties est possible
 - **il est impératif d'argumenter et de tracer dans le dossier médical toutes les décisions relatives à la limitation d'aller et venir, avec la nécessité de réévaluer régulièrement cette décision.**
 - préconiser le port du masque pour le patient si possible
 - si confinement/isolement du patient 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 (Cf schéma infra)
 - si confinement/isolement impossible, exceptionnellement prescrire une contention physique type sangle abdomino-pelvienne au fauteuil (prescription médicale à renouveler de façon optimale toutes les heures selon les possibilités de l'équipe soignante, sinon écrire une procédure dégradée en fonction des ressources humaines)
 - la tolérance de la contention est réévaluée de façon pluriquotidienne
 - une fois la contention chimique efficace, alléger le mode de contention physique
 - si présence de patients 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



- **Etape 3 : Sortie progressive de la période de confinement. Cas particuliers des unités qui sont actuellement des unités Covid+ suite à la première vague épidémique**

Cas des UCC et court séjour Alzheimer Covid+

- Une décroissance d'activité est observée dans ces unités du fait d'une baisse du nombre de nouveaux malades
- Lors du déconfinement, il convient de réfléchir à une organisation de territoire de ces filières de soins. Dans l'idéal il serait intéressant qu'au moins une unité soit fléchée Covid+ pour parer à une éventuelle ré-augmentation des cas. Si cela s'avère impossible, il faut définir un lieu d'accueil des patients Covid+ nécessitant une prise en charge comportementale
- Ces unités Covid+ auront vocation à regrouper les cas Covid+ d'un même territoire. Il y aura un double flux Covid+ à côté d'une filière Covid-
- Les critères d'entrée dans ces unités comportementales Covid+ sont ceux habituellement retenus : patients stables sur le plan somatique et répondant aux critères d'entrée habituels (troubles du comportement majeurs)

Pour les UHR ou UVP

- Pour celles qui avaient pu transférer ou faire sortir tous leurs cas positifs vers des unités Covid+, possibilité de reprendre ces patients lorsqu'ils sont Covid- sur la RT-PCR (selon protocole en vigueur sur la levée d'isolement)
- Pour celles qui ont gardé des patients Covid+ (unités Post-Covid), possibilité de récupérer des patients Covid+ stables sur le plan somatique à J14, avec levée de l'isolement dans un second temps selon les protocoles en vigueur (HCSP)

Organisation des visites de famille dans les unités Alzheimer, lorsque celles-ci seront à nouveau autorisées :

- Il est conseillé de se baser sur le protocole actuel proposé aux EHPAD :
 - organisation d'un lieu de visite en dehors de l'unité, où les patients et leurs familles peuvent se voir en respectant les mesures de distanciation
 - disponibilité d'un soignant pendant la durée de la visite familiale
 - organisation d'un planning de visite sur rendez vous
 - création d'un registre des visites
 - s'assurer que le visiteur n'a pas de température ou de symptômes compatibles avec une infection Covid
 - prévoir désinfection de ce lieu entre chaque visite
- Maintenir en parallèle les contacts téléphoniques et les visio
- Sur avis médical, en cas de grandes souffrances morales et/ou de situation de fin de vie, possibilité d'organiser des visites de proches

Activités non-médicamenteuses collectives

- En l'état actuel des connaissances sur ce virus et de sa diffusion sur le territoire, elles ne pourront être reprises que lorsque la situation sanitaire le permettra (vaccins, traitements médicamenteux, protection de groupe...)
- S'il est impossible de respecter les gestes barrières, le port du masque par les patients et les soignants et une distanciation suffisante.
- Eviter les ateliers cuisine même individuels

UTILISATION DES PSYCHOTROPES POUR DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Dans le cadre de la pandémie, la prise en soins de certains patients âgés atteints de troubles neurocognitifs agités, Covid+ ou Covid-, est problématique. Il n'existe pas encore de consensus thérapeutique sur l'utilisation des psychotropes dans ce contexte. Toutefois, pour les patients Covid +, il apparaît nécessaire de :

- Maintenir la priorité sur les approches non médicamenteuses
- Privilégier une approche médicamenteuse selon l'aspect clinique de la situation (confusion, anxiété, dépression, délire...)
- Diminuer les posologies des psychotropes (moins bonne tolérance, iatrogénie du fait des coprescriptions, du caractère thrombogène et pro-arythmogène de l'infection par SARS-COV-2)
- Réviser quotidiennement le bénéfice risque de tous les psychotropes
- Alimentation hypercalorique et hyperprotidique +/- compléments nutritionnels oraux
- Stimulation activité physique dont la marche dès que possible
- Adapter l'hydratation aux pertes notamment par perspiration

Si des psychotropes doivent être utilisés :

- Pour les patients Covid +, il paraît nécessaire d'alléger les psychotropes notamment ceux à effet sédatif. En effet, la fièvre majore les effets indésirables des psychotropes, notamment le risque de chutes, mais surtout de troubles de déglutition.
- Pour l'agitation aiguë : privilégier en première ligne les benzodiazépines per os à résorption rapide et demi-vie courte (oxazépam, lorazépam voire alprazolam).
- Sur les agitations/anxiétés chroniques : utilisation possible d'IRS en tenant compte des effets secondaires, notamment pour l'escitalopram et le citalopram sur le QTc. Une alternative dans cette indication peut également être la prégabaline.
- Si délire/hallucinations : privilégier les pratiques thérapeutiques habituelles

Cas particulier de la non disponibilité de certaines molécules mises en tension du fait de l'épisode COVID :

Certaines équipes utilisaient hors AMM le midazolam per os ou SC pour la gestion de certains épisodes comportementaux aigus ou avant certains soins. Si la voie injectable est nécessaire, il conviendra alors de privilégier l'utilisation de molécules type benzodiazépine à posologie adaptée, mais en ayant conscience de leur demi-vie très longue avec un risque d'accumulation si ces traitements venaient à être utilisés quotidiennement. Sont disponibles sous forme injectable notamment le diazépam (Valium*), le clorazépate (Tranxène*), le clonazépam (Rivotril*).

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

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

REFERENCES

- HAS : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - 2009 - Recommandations de bonnes pratiques
- HAS : Guide Parcours de soins de la maladie d'Alzheimer – Mai 2018
- Avis du Haut Conseil de Santé Publique du 16 mars 2020 relatif aux critères de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2

Coordonnateurs et rédaction : Olivier Drunat, Jean Roche

Contributeurs : Eric Dumas, Florence Lebert, Vania Leclercq, Hermine Lenoir, Alexis Lepetit, Jean-Marc Michel, Pascal Saidlitz, Maria Soto-Martin, Julien Vernaudo, Thierry Voisin, Lisette Volpe-Gillot
