# **Conduite à tenir pour la gestion des troubles psycho-comportementaux en situation de crise Covid-19**

en **Unité de Vie Protégée en EHPAD, en Unité cognitivo-comportementale (UCC) ou Unité d’hébergement renforcée (UHR)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pas de cas de Covid + dans l’unité** | **Découverte ou suspicion de cas covid + dans l’unité** |
| * **Dépister systématiquement** les patients entrants (PCR, scanner etc), * **Pas « d’entrées »** de patients Covid+, * Respecter les **gestes barrières,** * **Pas de confinement en chambre** ni de **contentions** pour les patients qui déambulent (*sauf exception avis médical au cas par cas)*, * **Privilégier toutes activités individuelles** avec nettoyage régulier du matériel (*matériel lavable uniquement*). | Transfert possible : patients Covid+ transférés en court séjour de proximité (*en cas d’impossibilité : l’unité devient Covid avec isolement des patients en chambre, faire sortir rapidement les patients non covid*) + surveillance des patients (constantes etc),  Transfert impossible : *(A partir de 2 cas = unité Covid*)  -***Regrouper les patients +******isoler*** *au maximum en chambre,* ***proposer le port du masque*** *aux patients*.  *-****Renforcer les équipes médicales*** *et paramédicales,*  ***-Les entrées****: réservées Covid +,* ***les sorties :*** *isolement gouttelettes,*  *-Privilégier* ***les espaces de déambulations fermés.*** *La* ***contention chimique et physique est le dernier recours en cas d’agitation****. Il devra être suivi et réévaluer quotidiennement :* ***une procédure dégradée est rédigée*** *en fonction des ressources humaines \*\*.*  *-Toutes* ***les décisions sont tracées*** *dans le dossier médical patient.* |

*\*\* (1) mise en place contention chimique, (2) sangle abdomino-pelvienne (prescription à réévaluer toutes les heures). Dès que (1) est efficace, alléger (2). Si patients déambulants : poubelles DARSI à l’extérieur des chambres.*

**Points importants**

* En cas de **troubles du comportement et de l’humeur** (analyse du trouble et évaluation en équipe) toujours privilégier **les approches non médicamenteuses,**
* Diminuer **les posologies des psychotropes** (moins bonne tolérance, effet iatrogène des coprescription + caractère thrombogène et pro-arythmogène de la Covid19).
* Réviser **quotidiennement les bénéfices-risques** de tous mes psychotropes,
* Alimentation **hypercalorique et hyperprotidique** + ou – **compléments nutritionnels** oraux +adapter **la respiration** (pertes par perspiration).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psychotropes à utiliser en cas de besoin (si échec traitement non médicamenteux)**   * Benzodiazépines per os à résorption rapide et demi-vie courte (Oxazépam, Lorazépam ou Alprazolam). | **En cas d’agitation et d’anxiété :**  ISRS en tenant compte des effets secondaires (ex : escitalopram, citalopram et QTc 🡪 alternative Prégabaline).  **En cas d’hallucinations :**  Utiliser les thérapeutiques habituelles. | **Crise en « aigu »**   1. Approches non médicamenteuses, 2. Sinon benzodiazépines à demi-vie courte, 3. Sinon antipsychotique de dernière génération per os, sinon parentéral. |

**Prendre soin des patients et de l’unité par les approches non médicamenteuses**

*Objectif : Limiter les effets délétères de l’isolement – la connexion avec les autres est un besoin fondamental de l’être humain.*

* Programmer **des levées d’isolement dans la journée** (visite de soignants en chambre, marche dans l’unité ou le jardin, programme non médicamenteux en chambre (atelier musique, réminiscences ou relaxation),
* **Prendre du temps pour l’aide aux repas en privilégiant l’approche relationnelle et les techniques de communication** (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues et rééducateurs) : **l’unité doit avant tout rester une unité de vie,**
* Privilégier la mise en en place **de repères temporaux** pour les résidents confinés (utilisation de musiques le matin et le soir, annonce des activités proposées en chambre et informations sur le rythme de la journée etc.),
* Disposer de moyens **de communication téléphonique** et/ou visio (skype, zoom, etc) **toujours respecter le choix du patient et écouter les besoins des familles,**
* Mettre en place avec psychologue/ ergothérapeute /psychomotricien + service animation **un chariot itinérant sur roulette pour gérer les troubles du comportement (**une activité flash à la fois 10 minutes environ) **en désinfectant le matériel après chaque utilisation** (lecture, jeux sensoriels etc) Attention le matériel devra être impérativement lavable !

**Prendre soin des soignants**

*Objectif : prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres*

* Implication active **des responsables de l’unité**,
* Mobilisations des **psychologues** (évaluation thymique + entretiens),
* Mettre en place des groupes de parole en très petit nombre et à distance (extérieur lorsque cela est possible) et une pratique **de la relaxation** ou de **la méditation de pleine conscience**,
* Informer sur les possibilités **d’obtenir du soutien** (hotline, psychologues sur site etc),
* **Documenter les unités** (salles de repos, salle de soins) avec **des fiches pratiques à destination des soignants** (exemple : « comment gérer mes émotions ? »)
* Créer un **espace de repos** pour **privilégier les pauses reposantes** (fauteuils confortables ; lumières tamisées, musiques douces etc).

**Références HAS :**

(1) Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs (2009). Recommandations de

bonnes pratiques.

(2) Le diagnostic et la prise en charge de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées (2011).

(3) Guide parcours de soins de la maladie d’Alzheimer. (Mai 2018).

**Auteurs :** Olivier Drunat, Jean Roche, Florence Lebert, Vania Leclerc, Hermine Lenoir, Alexis Lepetit, Pascal Saidlitz, Maria Soto-Martin, Lisette Volpe-Gillot, Julien Vernaudon. Groupe UCC-UHR, SFGG.