

DEAMBULATION ET NECESSITE DE CONFINEMENT : PROPOSITIONS DE REFLEXE

M. Soto, T. Voisin, P. Saidlitz, S. Hermabessière, AB. Abdeljalil, C. Cransac, M. Baziard, A. de Mauléon.

POURQUOI ?

Dans le contexte COVID-19 où l'intérêt collectif prime sur l'intérêt individuel, il peut être nécessaire de limiter la déambulation d'un patient ayant un trouble neurocognitif majeur en EHPAD, USLD ou secteur de soins devant les risques pour l'environnement (résident/patient, soignant).

Dans ce cadre-là, il pourra malheureusement être nécessaire de confiner le résident/patient dans sa chambre. En fonction de la tolérance de ce confinement, des moyens de contention chimique et/ou physique supplémentaires pourront être envisagés.

L'évaluation de la balance bénéfices-risques de nos actions : confinement dans la chambre, contention chimique, contention physique ou leur association, doit bien sûr être conduite au cas par cas en fonction de l'évaluation des risques après discussion collégiale. L'objectif étant bien sûr de choisir la moins mauvaise solution pour le patient et son environnement dans cette situation de crise non adaptée à une prise en charge non médicamenteuse.

POUR QUI ?

Patient déambulant avec ou sans autres symptômes psycho-comportementaux liés à un trouble neurocognitif majeur, COVID-19 ou mis en « confinement » (attente résultat PCR, retour ou entrée dans la structure après une hospitalisation, ...).

COMMENT ?

Après discussion collégiale, sur prescription médicale tracée dans le dossier du résident/patient, en associant une contention physique et une contention chimique :

1. Première étape : Evaluation de la tolérance du confinement/isolement dans un lieu dédié où une surveillance peut être réalisée de façon simple (chambre d'apaisement) et à défaut la chambre du résident/patient.
2. Deuxième étape : 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 (de préférence une benzodiazépine à évaluer en fonction de la situation générale)
3. Troisième étape : si l'étape deux n'est pas possible ou insuffisante pour contrôler la situation y associer une contention physique adaptée.

Nous vous rappelons la nécessité d'une surveillance et d'une réévaluation clinique régulière toutes les 30 minutes à 60 minutes de façon optimale selon les possibilités de l'équipe soignante (procédure dégradée en fonction des ressources humaines).

4. **Réévaluation de la tolérance** de la prise en charge de façon **pluriquotidienne** :
 - a. Si l'isolement est bien accepté par le patient/résident, poursuivre la même prise en charge ou l'alléger si possible pour permettre une contention minimale efficace.
 - b. En cas de mauvaise tolérance, réévaluation et modification de la contention physique et chimique.

5. Une fois la contention chimique efficace, alléger le mode de contention physique.

Choix de la contention physique et de la molécule pour la contention chimique :

- en cas d'agitation sans agressivité : contention ventrale et majoration du traitement par BENZODIAZEPINE
- en cas d'agitation avec agressivité physique : contention des membres et majoration du traitement par BENZODIAZEPINE et discuter l'introduction d'un NEUROLEPTIQUE.

Le choix des molécules dépendra de la situation (comorbidités, créatininémie, co prescriptions, tolérance du patient...) et des recommandations, des AMM ou des protocoles validés au sein des différentes structures.