

Une unité de soins gériatrique dédiée aux patients âgés atteints de « COVID-19 »

Isabelle Gilard, Isabelle De Brauwer, Pascale Cornette

A geriatric care unit dedicated to COVID-19 elderly patients

This article describes the transformation of a geriatric care unit into a COVID-19 geriatric care unit. Besides ensuring proper treatment, the multidisciplinary team adapted its care practice and procedures with the objective of preserving the patients' functional capacities. Each dimension of health is taken into account and the adaptations are described in the light of this challenge. Along with the severity of our patients' medical and functional situations, infectious isolation is the parameter that most influences the adaptations and generates the most complexity.

KEY WORDS

Acute care for elders, functional abilities, interdisciplinarity

Le présent article décrit l'adaptation d'une unité de soins gériatrique en une unité de soins COVID-19 gériatrique. L'équipe pluridisciplinaire a adapté ses soins et procédures avec comme objectif, en plus du traitement, la préservation des capacités fonctionnelles des patients. Chaque dimension de la santé est prise en compte et les adaptations décrites à la lumière de ce challenge. L'isolement infectieux est le paramètre qui influence le plus les adaptations et génère, à côté de la lourdeur des situations médicales et fonctionnelles de nos patients, le plus de complexité.

Nous vivons une crise sanitaire sans précédent. Dès le début, il nous est apparu qu'un nombre significatif de personnes âgées étaient admises pour infection par SARS-CoV-2 (COVID-19) et que l'ouverture d'une unité adaptée à leur prise en charge spécifique devenait inéluctable. Rapidement, dès le 20/03/2020, soit 1 semaine après le déclenchement du Plan d'Urgences Hospitalier, nous avons donc transformé une de nos unités en unité G COVID.

Les patients admis en gériatrie pour COVID-19 étaient des personnes âgées, voire très âgées (âge médian de 88 ans), présentant une fragilité clinique (*clinical frailty score* ≥ 4) (1), un risque de déclin fonctionnel, une polyopathie et une polymédication. Bon nombre d'entre eux se présentaient avec des symptômes viraux « aspécifiques » par rapport à des patients plus jeunes (plus de signes digestifs comme les diarrhées, moins de plaintes de dyspnée), mais aussi avec des syndromes gériatriques (chutes, delirium) (2,3). Ces caractéristiques, associées à des problèmes de santé aigus, sont prédictives d'événements de santé négatifs et d'allongement des durées de séjour hospitalier, voire de mortalité. Elles justifient habituellement une admission dans une unité de gériatrie afin d'offrir à ces patients une prise en charge globale, par une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Pourquoi en serait-il autrement pour le COVID-19 ? En Belgique, les unités de soins gériatriques au sein des hôpitaux généraux appliquent les principes des *Acute Care for Elders -ACE- Unit* (4). Dans ces unités, une équipe pluridisciplinaire réalise pour chaque patient une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

et les procédures de soins sont adaptées pour prévenir les complications et limiter le déclin fonctionnel associé à celles-ci et à l'hospitalisation. Par exemple, mobilisation quotidienne, suivi des apports nutritionnels, revue médicamenteuse pour limiter les effets indésirables, etc. Les équipes sont particulièrement formées à prendre en charge des personnes âgées fragiles à risque de délirium, chutes, dénutrition mais aussi celles qui sont déjà dépendantes.

Nous avons donc tenté de maintenir cette prise en soins dans le contexte d'une unité COVID-19 nécessitant des mesures strictes d'isolement. Les défis auxquels nous avons été confrontés furent multiples.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Le premier défi fut la mise en place des nécessaires mesures d'isolement et d'hygiène. L'architecture de nos unités fut bouleversée et donc aussi la façon dont nous occupons l'espace. Cela a son importance en gériatrie quand on sait le rôle du couloir où les mobilisations des patients par les kinésithérapeutes ont lieu le plus souvent. De même, plus question d'utiliser la salle kiné contiguë à l'unité de soins ou la salle de séjour pour les activités menées par les ergothérapeutes.

COLLABORATION MÉDICALE

Les patients âgés que nous accueillons habituellement dans nos unités viennent en urgence dans 9 cas sur 10, avec un problème de santé aigu. Il en va de même lors de cette infection à SARS-CoV-2, durant laquelle bon nombre de patients admis en unité de gériatrie COVID-19 présentaient de plus d'autres problèmes de santé aigus (anémie, fracture, septicémie, ...). Pour combattre ce virus, nous avons, sur le plan médical, pu compter sur la collaboration de nos collègues urgentistes et infectiologues. Orientation dès la salle d'urgences, examens complémentaires et traitements ont été discutés entre spécialistes, quotidiennement, pour garder une cohérence dans la gestion de l'infection. Toutes les procédures propres à la gestion du COVID-19 étaient communes, que le patient ait été admis dans une unité de gériatrie ou de médecine interne.

TRAITEMENT

En plus des réflexions éthiques faisant parties de notre quotidien en gériatrie, mais rendues encore plus prégnantes et plus complexes par la situation, et des aspects fonctionnels détaillés plus bas, nous avons été confrontés à une maladie nouvelle ; ses symptômes étaient parfois encore méconnus, particulièrement dans notre population de patients, et les prises en charge, notamment

médicamenteuses, évoluaient constamment. Nos procédures habituelles de **réconciliation médicamenteuse** ont, elles aussi, été mises à mal durant cette crise, même si nous avons essayé de rester systématiques (5).

MOBILITÉ

Le maintien des capacités de mobilisation est au cœur des procédures gériatriques et un maillon essentiel de prévention du déclin fonctionnel, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire y contribue dans sa sphère d'activités et de compétences : les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes mais aussi l'équipe soignante qui encourage les toilettes au lavabo et les repas à table. La mobilisation dans les Activités de Base de la Vie Journalière (AVJ) fut clairement impactée par l'infection à SARS-CoV-2. Les patients étaient plus fatigables, dyspnéiques. Cela implique des temps de mobilisation plus courts mais répétés, des transferts plus fréquents entre le fauteuil et le lit. Pour pallier le risque de déconditionnement, majeur dans cette pathologie chez les patients âgés mais aussi les plus jeunes, les kinésithérapeutes ont mis en place des procédures de mobilisation et renforcement musculaire au lit du patient et dans un espace restreint comme la chambre d'hôpital. De tels programmes en gériatrie nécessitent la présence du thérapeute, la répétition des consignes. Nous ne développerons pas ici les spécificités de la kinésithérapie respiratoire et de l'oxygénothérapie propres à l'infection par SARS-CoV-2, les principes sont les mêmes que ceux développés pour les patients plus jeunes.

NUTRITION

Plus de la moitié des patients âgés hospitalisés en gériatrie sont dénutris ou à risque de dénutrition, et l'infection à SARS-CoV-2 aggrave ce risque de façon majeure. Par ses symptômes (dyspnée, anorexie, troubles du goût et de l'odorat, diarrhées) d'une part, par les contraintes logistiques qu'elle impose, d'autre part. En isolement, les repas sont fournis dans de la vaisselle jetable, avec des couverts en plastique, ce qui limite l'attractivité du plat. L'aspect social du repas n'existe plus. Il nous est rapidement apparu nécessaire de leur fournir encore plus d'aide et d'encouragements, et de temps pour manger. Enfin, l'absence des diététiciennes au lit du patient nous a obligés à systématiser les supports nutritionnels (potages enrichis en protéines et calories, réserve de suppléments nutritionnels oraux). Pour optimiser cette approche, nous avons pu également compter sur le soutien des logopèdes, qui ont continué à évaluer les patients sujets à des troubles de la déglutition, et à proposer des adaptations de textures.

COGNITION

Un patient sur deux admis en gériatrie présente des troubles cognitifs en lien le plus souvent avec une démence et/ou associés au delirium (6). Le delirium est prédictif de complications médicales et associé à l'allongement des durées de séjour. Les premières données de la littérature confirme qu'il est associé à l'infection par COVID-19 dans la population âgée [7]. Les équipes gériatriques savent comment prendre en soins ces patients, comment les réorienter, soutenir leurs capacités, éviter de générer des troubles du comportement comme l'anxiété. Cette prise en soins non pharmacologique des symptômes du delirium reste prioritaire mais rendue plus complexe par les mesures d'isolement. Les aspects relationnels sont essentiels - notamment l'implication des proches - mais aussi la communication avec les soignants. Ceux-ci, masqués, avec un équipement individuel de protection, se ressemblent encore plus qu'auparavant. Le masque ne permet plus l'aide du langage non verbal, essentiel. Il a fallu rappeler à chacun les notions élémentaires de la communication avec une personne présentant des troubles cognitifs et des déficits sensoriels. Se présenter à chaque entrée dans la chambre, lors de chaque soin, inscrire son nom sur un tableau avec son métier comme rappel. Les ergothérapeutes ont joué un rôle essentiel dans l'adaptation de nos prises en soins habituelles à ces facteurs. Leurs initiatives, créativité et leur sensibilisation de toute l'équipe aux spécificités de chaque patient ont été essentielles.

THYMIE

Les psychologues ont vu leurs activités bouleversées par le COVID-19 et les mesures d'isolement. Avec les ergothérapeutes, elles ont joué un rôle essentiel dans le maintien d'une communication avec l'extérieur. Elles ont obtenu des codes téléphoniques pour tous les patients, ce qui a permis une communication quotidienne avec leurs proches, et une tablette nous permettant des appels vidéo ou téléphoniques a rapidement été utilisée, mais il a fallu gérer cette nouvelle organisation. Les psychologues assument également un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches. En plus de ce rôle, les psychologues ont coordonné et organisé les visites de familles, en mettant sur pied une procédure claire qui permette le respect des règles d'hygiène dans ce soin éminemment relationnel.

FIN DE VIE ET PROJET DE SOINS

Les soins de fin de vie font partie des soins pouvant être offerts au patient en gériatrie mais le COVID-19 a amplifié ceux-ci de manière dramatique. Habituellement, dans notre service de gériatrie, le taux de décès annuel est de 10% environ. Lors

des premières semaines de cette infection, nous avons déploré le décès de plus de 5 patients sur 10. De plus, en cas de progression du COVID-19, leur déstabilisation médicale fut rapide, le plus souvent après quelques jours, ce qui bouleversait l'accompagnement que l'équipe apporte habituellement aux personnes en fin de vie dans l'unité. Nous avons été amenés à assurer beaucoup de soins palliatifs, de gestion de la dyspnée et de l'anxiété, voire de la détresse respiratoire. Nous avons pu pour ce point spécifique compter sur l'expérience et le soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs, avec qui nous avons poursuivi la collaboration déjà instaurée.

La réflexion sur le projet de soins le plus adapté au patient fait partie de nos procédures habituelles. Dans les 48h de l'admission d'un patient, en connaissant ses pathologies, ses capacités fonctionnelles, en intégrant les désirs du patient et en concertation avec l'équipe infirmière, les gériatres remplissent un document indiquant le niveau de soins le plus adéquat pour ce patient : quelle attitude en cas d'arrêt cardiaque, de nécessité d'intubation, d'admission dans une unité de soins intensifs. L'infection à SARS-CoV-2 a rendu cette réflexion indispensable dans toutes les unités COVID-19, qu'elles accueillent des patients âgés ou non. Le point de l'admission aux USI pour une intubation est particulièrement crucial quand on sait la lourdeur et longueur d'une intubation liée à l'infection à SARS-CoV-2, avec son cortège de complications. Cette question est évidemment aussi éthique.

SOCIAL

Les assistantes sociales ont dû, comme les autres membres de l'équipe, modifier leur façon de travailler. N'ayant plus la possibilité d'exercer leur métier au chevet des patients, de rencontrer les proches, elles ont assuré leur suivi par téléphone afin de trouver des solutions adaptées à la situation propre de chaque patient : organiser de l'aide au domicile, trouver un lieu d'accueil pour un court séjour en MRS ou un séjour hospitalier de revalidation, retour en MRS. Des démarches rendues difficiles par le contexte de pandémie bousculant l'ensemble du réseau de soins aux personnes âgées, avec des critères d'admission ou de retour en institution qui n'ont cessé de changer durant toute la crise.

INTERDISCIPLINARITÉ

Le dernier défi auquel nous avons été confrontés, et non le moindre, a été la mobilité des équipes soignantes. Afin de renforcer les équipes infirmières, paramédicales, médicales, et de permettre à chaque métier de s'accorder des moments de pause, beaucoup de membres extérieurs au service sont venus nous proposer leur aide. Cela nous a apporté

de l'air frais, et un vrai dynamisme. Mais cela a aussi montré toute l'importance de la communication, d'avoir des procédures claires, communes et partagées. Et cela a encore renforcé l'importance des transmissions quotidiennes, formelles et informelles, entre les métiers. Le rapport médico-infirmier du matin auquel participent finalement tous les membres de l'équipe, les échanges informels, et la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, dont nous avons essayé qu'elle dépasse les aspects « COVID-19 » pour développer de réels plans de soins, ont été des moments essentiels dans le suivi de nos patients et dans la construction de notre travail. La communication vers l'extérieur a également été renforcée, tant avec nos collègues médecins généralistes, avec lesquels nous avons beaucoup échangé via la hotline du service, qu'avec le personnel des maisons de repos.

En conclusion, dans l'orage de cette crise sanitaire, nous avons, convaincus du bien-fondé de l'approche gériatrique chez nos patients fragiles, tenté de réinventer les procédures gériatriques, en les adaptant aux nouvelles contraintes. Nous

avons essayé de garder un cap, prenant en compte la santé globale de nos patients. Pour cela, nous avons pu, comme toujours, compter sur une équipe soignante pluridisciplinaire, habituée à travailler en interdisciplinarité. Une excellente communication, et la conscience des limites de son métier mais aussi de celles de l'autre, ont été des atouts essentiels. La lourdeur des procédures et la sévérité de la situation médicale et fonctionnelle de certains patients a mis en lumière la nécessité d'encre plus de temps soignant/paramédical dans le contexte d'un isolement et l'importance du soutien institutionnel à une équipe qui a perdu ses repères habituels.

REMERCIEMENTS

Ce texte est l'occasion de remercier toute l'équipe pluridisciplinaire de gériatrie ainsi que tous ceux qui sont venus lui prêter main forte. Sur le plan médical, nos remerciements vont aux Professeurs Starkel et Lanthier du service de gastro-entérologie et aux Docteurs Ickx, Mairlot, Nielens et Thirion, MACCS en dermatologie dans le service du Professeure Baeck

RÉFÉRENCES

1. Abraham, P., Courvoisier, D.S., Annweiler, C. *et al.* Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. *BMC Geriatr.* 2019; 19, 322. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1315-8>.
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(5):780-91. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
3. Vette P, Vu DL, L'Huillie AG, Schibler M, Kaiser L, Jacquerioz F. Clinical features of COVID-19. *BMJ* 2020;369:m1470. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1470>
4. Ekdah AW, Sjöstrand F, Ehrenberg A *et al.* Frailty and comprehensive geriatric assessment organized as CGA-ward or CGA-consult for older adult patients in the acute care setting: A systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med.* 2015; 6 (6): 523 – 540. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.10.007>
5. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. STOPP/START, V.2 : Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients de 65 ans et plus. *Louvain Med.* 2015; 134 (5): 219-223.
6. Reynish EL, Hapca SM, De Souza N, Cvorov V, Donnan PT and Guthrie B. Epidemiology and outcomes of people with dementia, delirium, and unspecified cognitive impairment in the general hospital: prospective cohort study of 10,014 admissions. *BMC Medicine* (2017) 15:140. DOI 10.1186/s12916-017-0899-0.
7. O'Hanlon S, Inoye SK. Delirium : a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age and Ageing.* 2020 ;1-2. DOI : 10.1093/ageing/afaa094

AFFILIATIONS

Service de gériatrie, Cliniques universitaires Saint-Luc.

CORRESPONDANCE

Pr. PASCALE CORNETTE
Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles