

**DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD et DU Infirmier (ère)
Réfèrent (e) et Coordinateur (trice) en EHPAD et en SSIAD**

**Covid-19 et confinement,
comment l'IDEC peut-il préserver la qualité de vie
et la sécurité des résidents en EHPAD ?**

Date de soutenance : le vendredi 04 décembre 2020

Année universitaire 2019 / 2020

Directeur de Mémoire : Alexis PEYRONNET

Hanane ABIDI

Emilie BOUET-CHAPU

Aimée KALLA EYOUM

Pascal LEBORGNE

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Alexis PEYRONNET, notre directeur de mémoire, pour nous avoir guidés et soutenus tout au long de l'élaboration de notre mémoire.

Nous remercions également tous les IDEC qui, malgré cette situation de crise sanitaire sans précédent, ont pris le temps de répondre à nos questionnaires.

Enfin nous tenons aussi à remercier nos familles et nos proches pour leur patience et leur soutien constant.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

ARS : agence régionale de santé.

CASF : code de l'action sociale des familles.

Covid-19 : coronavirus disease 2019.

DUS : département des urgences sanitaires.

CORRUSS : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales.

CPias : centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.

DARDE : document d'analyse des risques de défaillance électrique.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ESMS : établissements et services médico-sociaux

FFIDEC : fédération française des infirmiers diplômés d'état coordinatrice.

HAS : haute autorité de santé.

INHESJ : institut national des hautes études de la Sécurité et de la Justice.

IRCo/IDEC : infirmier (ière) référent (e) et coordinateur (trice).

OMS : organisation mondiale de la santé.

RH : ressources humaines.

Sars-Cov-2 : severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

SSIAD : service de soin infirmier à domicile.

Test RT-PCR : test « reverse transcription-polymerase chain reaction »

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	6
PROBLEMATISATION	8
I. SITUATIONS D'APPELS	8
A. <i>Première situation d'appel</i>	8
B. <i>Deuxième situation d'appel</i>	10
II. DESCRIPTION DU CONTEXTE ET RAISON DU CHOIX	10
III. ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE	12
A. <i>Questions complexes et question de recherche</i>	12
B. <i>Hypothèse de recherche</i>	13
CADRE THEORIQUE	14
I. CRISE SANITAIRE	14
A. <i>Définition</i>	14
B. <i>Gestion de la crise sanitaire</i>	15
II. MALADIE COVID-19	16
A. <i>Définition</i>	16
B. <i>Risque infectieux épidémique en EHPAD</i>	18
III. MESURES DE GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 EN EHPAD	18
A. <i>Plan bleu</i>	19
B. <i>Outils pour la surveillance de l'évolution de la Covid-19 en EHPAD</i>	21
C. <i>Mesures de confinement des EHPAD</i>	22
IV. QUALITE DE VIE	24
A. <i>Définition</i>	24
B. <i>Impact du confinement sur la qualité de vie des résidents en EHPAD</i>	25

V.	ROLE DE L'IDEC EN SITUATION DE CRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19	30
A.	<i>Définition et cadre législatif</i>	30
B.	<i>Compétences professionnelles</i>	31
	ENQUÊTE ET ANALYSE.	34
I.	METHODOLOGIE	34
A.	<i>Objectifs de l'enquête</i>	35
B.	<i>Choix de l'outil</i>	35
II.	LIMITES DE L'ENQUETE	36
III.	ANALYSE DES RESULTATS ET MISE EN DISCUSSION	37
A.	<i>Description globale des EHPAD interrogés</i>	37
B.	<i>Données sur l'épidémie de Covid-19 dans les EHPAD interrogés</i>	38
C.	<i>Analyse du confinement</i>	39
D.	<i>Impacts du confinement</i>	40
E.	<i>Difficultés liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en EHPAD</i>	43
F.	<i>Mesures de maintien de la qualité de vie des résidents en EHPAD</i>	47
G.	<i>Maintien de l'équilibre protection et qualité de vie en situation de crise sanitaire grave</i>	51
H.	<i>Missions prioritaires de l'IDEC lors de la gestion de la crise épidémique</i>	52
I.	<i>Ressenti des IDEC pendant la gestion de la crise épidémique de Covid-19</i>	53
	CONCLUSION	53
	RESUME	55
	ABSTRACT	55
	BIBLIOGRAPHIE	56
	ANNEXES	58

INTRODUCTION

En formation universitaire à la fonction d'infirmier référent et coordinateur en EHPAD et en SSIAD, nous sommes un groupe de quatre infirmiers, trois en EHPAD et un en SSIAD ; nous avons choisi de réaliser notre travail de recherche sur une thématique qui est au cœur de l'actualité, un thème qui a rythmé notre quotidien pendant plusieurs semaines et a changé nos habitudes de vie. A ce jour, il est toujours omniprésent.

Nous vivons la plus grande crise sanitaire du 21^{ème} siècle, une crise majeure sans précédent d'une ampleur mondiale. La pandémie de Covid-19 qui semble s'installer durablement et met à nu notre système de santé et notre façon de gérer les crises sanitaires. Elle exige d'agir dans la complexité et l'incertitude en prenant en compte les dimensions : humaine, sociale, émotionnelle, éthique, juridique, économique et organisationnelle.

Plusieurs questions nous interpellent sur la façon de gérer l'épidémie de Covid-19 dans les EHPAD, lieu de vie très impacté et menacé par un virus dangereux pour le sujet âgé, et plus particulièrement sur les conséquences de cette gestion épidémique sur les résidents, notamment le confinement et l'interdiction des visites en EHPAD, une population déjà fragile et vulnérable.

De plus, en tant qu'infirmiers, nous avons connu des crises sanitaires (grippe A H1N1, canicule 2003, ...), mais celle-ci est bouleversante, elle nous a imposé la mise en place de mesures de protection sanitaires inédites et exceptionnelles en plus de celles déjà en vigueur en tant de crise normale.

Le risque est très élevé, pour preuve, la France entière a été confinée pendant plus de deux mois et un nouveau confinement n'est pas à exclure en l'absence de tout traitement. Mais, contrairement au reste des français, les EHPAD n'ont pas été complètement dé-confinés car le danger de surmortalité est important et la prudence est de mise.

Ayant vécu de plein fouet cette épidémie, nous avons été très attristés par la situation des EHPAD. Nos aînés se sont retrouvés confrontés à un virus menaçant leur vie et leur imposant la suspension des interactions sociales dans un lieu de vie collectif.

Bien qu'étant impliqués dans le bien-être des personnes âgées et surtout quand celles-ci se retrouvent en EHPAD, notre future fonction nous interroge sur la préparation des IDEC à la gestion de situations sanitaires exceptionnelles en prenant en compte la dimension du bien-être de la personne.

Dans un objectif de résilience, et de devoir prégnant de protéger les résidents, les EHPAD doivent s'adapter à cette nouvelle menace épidémique mais aussi aux impacts secondaires à la gestion de celle-ci. Il est plus que jamais indispensable de se réinventer : une réingénierie de la doctrine des EHPAD incluant la problématique de protéger sans nuire.

Dans ses missions, l'IDEC est directement impliqué dans la gestion de l'épidémie de Covid-19. Il est membre de la cellule de crise Covid et acteur majeur dans la mise en place du plan bleu et le plan de continuité d'activité.

Dans ce mémoire, nous décrivons dans un premier temps les situations à l'origine de notre réflexion induisant la problématique de recherche. Dans un second temps, nous développerons la cadre théorique inhérent à ce sujet. Et dans un troisième temps, nous présenterons toute la partie enquête et l'analyse des résultats. Nous concluons notre travail par les perspectives que nous entrevoyons.

PROBLEMATISATION

I. SITUATIONS D'APPELS

A. Première situation d'appel

Pendant la crise sanitaire inédite liée à l'épidémie de Covid-19, le ministère des solidarités et de la santé ainsi que l'ensemble des ARS ont décidé, en plus des mesures barrières, le confinement des EHPAD et l'interdiction des visites de toute personne extérieure aux EHPAD et en particulier les familles et les proches.

L'établissement de deux d'entre nous, dans la région parisienne, une des zones les plus impactées, a été malheureusement touché par cette épidémie. Des résidents en sont morts, mais en parallèle l'équipe soignante a constaté que certains résidents supportaient très mal le confinement en chambre, mesure prise dès le deuxième cas de Covid-19 avéré. Ils se montraient de plus en plus réticents aux soins, ils étaient pour une majorité d'entre eux confus et en perte de repères notamment lors des actes de la vie quotidienne.

Madame T. âgée de 90 ans, en faisait partie, elle est malheureusement décédée le 15 avril 2020 après plus de 3 semaines de confinement strict en chambre après être considérée comme étant un possible cas contact. « Nous nous souvenons de cette dame car elle aimait déambuler dans les couloirs avec son fauteuil roulant, si elle n'était pas dans la chambre d'une autre résidente pour veiller sur elle voire l'aider, elle restait devant la porte de sa chambre et passait son temps à regarder les allées et venues des soignants, et quand quelqu'un se montrait dans le besoin, elle proposait son aide. » Au début du confinement, Madame T. n'était pas entièrement d'accord avec cette mesure préventive, elle avait verbalisé son mécontentement et elle demandait souvent des nouvelles d'autres résidents avec qui elle avait l'habitude de manger et de faire des activités. Puis au fil des jours Madame T. s'est montrée de plus en plus triste, elle s'était résignée à cette « privation de libertés », ce sont ses mots, celle qui avait fui la solitude et la dépression de son

domicile ou elle vivait seule. Madame T. s'est laissée aller jour après jour, elle refusait les soins, mais elle céda devant l'insistance des soignants. Elle a fini par ne plus vouloir communiquer et s'alimenter, toutes nos sollicitations restaient vaines. L'équipe soignante a malheureusement été témoin de sa tristesse, sa dégradation psychique et physique en ayant un sentiment d'être démunie au moment où l'inquiétude et l'incertitude étaient omniprésentes face à cette épidémie méconnue.

Le décès de Madame T. a suscité beaucoup de réactions lors de la mise au point en équipe des nouvelles directives de la gestion de l'épidémie de Covid-19 en EHPAD. L'IDEC s'est montrée à l'écoute des interrogations des soignants qui étaient légitimes mais elle était dans l'obligation de continuer d'informer l'équipe soignante et d'organiser la mise en application des mesures préventives qui étaient constamment réajustées par l'ARS. Lors de cette réunion pluridisciplinaire, l'urgence de la situation sanitaire a prédominé. La sécurité des résidents avant tout.

En tant que futurs IDEC, le cas de Madame T., nous a interpellé, il est clair que le fait de s'interroger sur la cause de son décès est justifié. Nous ne savons pas si elle a réellement succombé à la suite d'une infection au virus SARS-Cov-2, responsable de cette épidémie ou à la suite d'une grande tristesse, en lien avec son isolement forcé. Elle n'avait pas été testée et d'ailleurs aucun test virologique n'avait été effectué dans l'EHPAD, faute de tests de dépistage.

Son isolement et son confinement strict dans sa chambre, l'absence de tous liens sociaux et la perte de ses repères ne l'ont-ils pas conduite à se renfermer sur elle-même et à se laisser mourir ? Est-ce un syndrome de glissement ? le confinement a-t-il eu des effets délétères chez Madame T, a-t-il fragilisé son état de santé ? quelle était la prise en compte de la qualité de vie de Madame T pendant le confinement ? Quels moyens et quels outils ont été mis en place dans

les EHPAD pour réduire les effets du confinement sur la qualité de vie de Madame T et celles d'autres résidents fragilisés par la situation sanitaire ?

B. Deuxième situation d'appel

Il s'agit d'un témoignage de la fille d'une résidente en EHPAD diffusé le 11 Mars 2020 sur une chaîne d'information française « BFM TV ». Il dresse un constat alarmiste d'une situation familiale donnée à un moment précis. Il est basé sur une expérience vécue, le but étant de sensibiliser le grand public sur la situation sanitaire dans les EHPAD en France.

Dans ce témoignage, la fille exprime son immense inquiétude quant aux mesures sanitaires prises dans les EHPAD en général. Elle décrit les EHPAD comme étant devenus une « sorte de mouroir », après la suspension de l'intégralité des visites des personnes extérieures aux établissements, dont les familles, afin de protéger les résidents du Covid-19. Elle ajoute que *« cette situation de mise en isolement des personnes âgées déjà isolées, est brutale et intenable et que les résidents ne mourront pas du Covid-19 mais plutôt de tristesse »*. Elle insiste sur une pensée qui a le mérite de faire réfléchir *« qu'est-ce qui doit primer ? La durée de vie ou la qualité de vie des résidents ? »*, *« Le remède « miracle » que peut apporter le confinement ne serait-il pas plus néfaste que ce virus ? »*.

II. DESCRIPTION DU CONTEXTE ET RAISON DU CHOIX

L'intérêt de travailler en groupe sur un thème jamais rencontré (sauf erreur de notre part, on n'a jamais confiné les résidents des EHPAD dans leurs chambres et en allant plus loin, l'ensemble des français). Cela a été très dynamisant et enthousiasmant de travailler sur cette situation de crise sanitaire inédite. De plus, la qualité de vie des résidents en EHPAD ainsi que leur sécurité sont deux sujets qui nous tiennent à cœur mais nous sommes aussi conscients de la nécessité de

pouvoir concilier les deux, trouver un équilibre même en période de crise sanitaire brutale et inédite. Nous avons voulu confronter les deux.

Nous démarrons ce travail à partir de nos différents vécus durant cette crise sans précédent. Deux d'entre nous, exerçant en Ile de France, une des zones les plus touchées au plus fort de l'épidémie, ont connu le confinement strict des résidents en chambre car leur EHPAD a été fortement touché. Un d'entre nous a été impacté par la maladie. Ce thème d'actualité nous touche donc au plus profond de notre être. Un sentiment étonnant mêlant colère, peur, impuissance et incompréhension ne cesse de nous envahir. Actuellement, nous sommes au cœur de la crise et il semblerait que cette crise dure des jours, des semaines, des mois voire peut-être des années. Nous ne savons pas si nous pourrions résister à d'autres vagues de contamination au sein de nos établissements.

Nous avons pu avoir de nombreux échanges avec des IDEC et cadres de santé de notre entourage sur la gestion de l'épidémie de Covid-19, l'objectif étant de s'informer sur la réalité du terrain malgré l'urgence de la situation sanitaire exceptionnelle et de dépasser nos représentations et perceptions personnelles. Peu se sont déclarés être prêts et préparés, notamment, ceux qui ont connu les premières vagues de contamination au sein de leur établissement durant les mois de mars et avril. Après une telle expérience dans un contexte d'impréparation et de pénurie de matériels et de personnels. Ils s'estiment être capables d'intégrer dans le plan d'action la prise en compte de la qualité de vie des résidents en s'adaptant et se réorganisant. Mais pour le reste, forcés de constater les ravages de la Covid-19 dans les EHPAD avec un taux de surmortalité important, ils verbalisent leur appréhension à devoir gérer une propagation de ce virus dans leur établissement et déclarent ne pas maîtriser l'organisation spécifique, et que leur première et principale préoccupation est la protection et la sécurité des résidents avant tout autre question.

III. ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE

Au regard des situations d'appel, notre vécu, et les échanges avec les IDEC et les cadres de santé, découlent plusieurs questions.

A. Questions complexes et question de recherche

Il est important de rappeler que l'EHPAD constitue un lieu de vie, souvent le dernier, pour chaque résident où sa qualité de vie doit être adaptée au mieux par rapport à son état de santé psychique et physique. La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 prévoit une instance de vie sociale qui veille sur le contenu du règlement de fonctionnement des EHPAD. Ce règlement définit les droits et les devoirs de la personne accueillie notamment le droit à la sécurité et à la qualité de vie. Mais, face à la situation épidémique dans le pays, le gouvernement a choisi la sécurité des personnes les plus fragiles en confinant tous les résidents des EHPAD ce qui a impacté et chamboulé leur vie. Ce choix de confiner par sécurité a été motivé pour plusieurs raisons, en particulier, la soudaineté de l'apparition, la méconnaissance et la contagiosité rapide du virus, le manque de lits de réanimation, l'impréparation et surtout la vulnérabilité des personnes vivants en EHPAD, un milieu clos et où les résidents se sentent en sécurité. Mais il n'en demeure pas sans effets délétères sur leur état de santé.

La décision de confiner les résidents dans les EHPAD a suscité beaucoup de discussions et de divergences. Le confinement en chambre et l'interdiction de l'intégralité des visites de toute personne extérieure qu'il s'agisse d'intervenants libéraux ou autres et même des proches. *N'est-ce pas attentatoire aux libertés individuelles des résidents ? Ou au contraire, le confinement n'a-t-il pas permis de sauver des vies en protégeant les plus fragiles d'entre nous, nos aînés ? Cette divergence d'opinion ne prouve-t-elle pas l'urgence de traiter ce thème ? Mais qu'en est-il pour l'IDEC ? Quelles étaient les difficultés d'exercice sur le terrain ? Quelle a-été la prise*

en compte de la qualité de vie des résidents lors de la mise en application des directives de l'ARS notamment le confinement individuel en chambre et l'interdiction des visites ? Mais aussi celle d'autres résidents connaissant des difficultés liées directement ou indirectement au confinement. Ont-ils- été repérés ? leur prise en soins a-t-elle été adaptée, malgré les éventuelles contraintes organisationnelles et managériales dues au confinement ? L'IDEC a-t-il eu les moyens et les outils nécessaires pour faire face aux risques infectieux du Covid-19 et prévenir les effets du confinement sur la qualité de vie des résidents ?

Enfin, dans quelle mesure, la gestion de l'épidémie de Covid-19 au sein des EHPAD, permet-elle à l'IDEC de piloter l'activité de l'établissement tout en garantissant la sécurité et la qualité de vie des résidents ?

B. Hypothèse de recherche

Ces questionnements interpellent notre futur rôle d'IDEC dans la garantie de la sécurité et de la qualité de vie des résidents, malgré la situation de crise sanitaire exceptionnelle que connaissent les EHPAD. Il est clair que l'organisation des EHPAD a été complètement bouleversée, l'IDEC et toute l'équipe devaient constamment agir dans l'urgence au gré des recommandations de l'ARS et ce pour l'ensemble des EHPAD en France. L'IDEC devait s'assurer de l'effectivité de l'application de ces directives, mais il devait aussi veiller au maintien de la qualité de vie des résidents. Nous sommes conscients de la complexité de cet exercice : faire face à un défi majeur dans un contexte exceptionnel. C'est pourquoi il nous semble intéressant de comprendre l'impact de la verticalité décisionnelle et la standardisation de la gestion de l'épidémie par l'ARS sur le rôle de l'IDEC : manager l'équipe soignante pour garantir au mieux et en fonction des possibilités de sa structure, une continuité et une qualité de prise en soin globale médico-psycho-sociale avec la contrainte de la standardisation de mesures

de protection sanitaire, notamment le confinement et l'acceptabilité de celui-ci par les résidents, les soignants et les familles.

Dès lors nous émettons l'hypothèse suivante : **la standardisation de mesures de protection sanitaire en lien avec le covid-19 impacte le rôle de l'IDEC dans le maintien de la qualité de vie des résidents en EHPAD.**

CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique va nous permettre d'apporter un éclairage sur les parties essentielles de notre travail de recherche en s'appuyant particulièrement sur les recommandations des autorités sanitaires en lien avec l'épidémie.

Nous allons orienter nos recherches sur la notion de la gestion de crise sanitaire. Ensuite, nous apporterons des informations sur la maladie Covid-19 à savoir sa définition, sa symptomatologie et son suivi thérapeutique. Puis, nous évoquerons les mesures de protection sanitaire en lien avec la maladie Covid-19, notamment le confinement et ses impacts sur le sujet âgé.

Nous aborderons par la suite le rôle de l'IDEC dans la gestion de l'épidémie en établissant le lien entre les compétences mobilisables en situation de crise et le référentiel de la fonction d'IDEC pour le maintien de la qualité de vie du résident.

I. CRISE SANITAIRE

A. Définition

Le mot crise désigne l'apparition brutale et soudaine d'un événement provoquant un changement indésirable, insolite, difficile, préoccupant et grave menaçant la stabilité et l'existence d'une situation habituelle. « *La situation de crise est une rupture dans le*

*fonctionnement normal d'une organisation ou de la société*¹». Les critères de l'instabilité et la variabilité de la gravité des crises obligent le gestionnaire à adopter en urgence une gouvernance visant un retour à la normale.

On parle de situation de crise sanitaire lorsque la santé publique et/ou le système de santé sont impactés réellement ou potentiellement avec une augmentation éventuelle de mortalité ou de surmortalité. Plusieurs critères pouvant évaluer la gravité de la crise sanitaire, notamment l'imprévisibilité, l'ampleur et la dynamique. Dans une démarche de gestion de crise sanitaire, la création en mai 2007 d'un département dédié à l'organisation des urgences sanitaires au sein du ministère de la santé, le DUS s'est accompagné de la mise en place en son sein d'un CORRUSS². Il assurait 24H/24 et 7J/7 la réponse opérationnelle aux urgences sanitaires ayant un impact sur le territoire national³.

B. Gestion de la crise sanitaire

Selon l'INHESJ « La gestion de crise est l'ensemble des moyens humains, juridiques, techniques et matériels permettant à une organisation de se préparer aux risques et de faire face aux impacts pouvant affecter le bon fonctionnement de cette dernière ».

La préoccupation majeure des EHPAD lors de la survenue de crise sanitaire est la sécurité des résidents en assurant leur protection, la qualité et la continuité de leur prise en charge. Il est certain qu'aucun établissement n'est à l'abri de la survenue d'une crise sanitaire, même les plus

¹ <https://www.gouvernement.fr/risques/le-processus-de-gestion-de-crise>

² [https://www.vie-publique.fr/eclairage/24060-organisation-de-la-veille-et-gestion-des-crises-sanitaires-en-france#:~:text=La%20cr%C3%A9ation%20en%20mai%202007,sanitaires%20et%20sociales%20\(CORRUSS\).](https://www.vie-publique.fr/eclairage/24060-organisation-de-la-veille-et-gestion-des-crises-sanitaires-en-france#:~:text=La%20cr%C3%A9ation%20en%20mai%202007,sanitaires%20et%20sociales%20(CORRUSS).)

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crises-sanitaires>

protégés. La gestion de crise sanitaire s'impose, mais elle ne s'improvise pas, elle exige une bonne préparation. L'anticipation de la gestion de crise reste la clé.

La gestion de crise s'opère en plusieurs phases :

- ❖ une phase anticipative, elle concerne la prévention et la **prévision et donc** elle est dite « préventive ».
- ❖ une phase exécutive, elle consiste à mettre en place l'ensemble des décisions prises et les plans d'action.
- ❖ une phase évaluative avec un retour d'expérience qui s'inscrit dans une démarche qualité.

II. MALADIE COVID-19

A. Définition

1. Symptomatologie

La maladie Covid-19 (acronyme anglais de Coronavirus Infectious Disease 2019) est une maladie infectieuse émergente de type zoonose virale causée par la souche de coronavirus SARS-CoV-2. Elle débute après 2 à 14 jours d'incubation (en moyenne 3 à 7 jours) par des signes cliniques peu spécifiques (toux, fièvre $\geq 38^\circ$ ou sensation de fièvre, dyspnée, fatigue, anorexie, rhinorrhée, myalgies, céphalées, pharyngite, vertiges, conjonctivite)⁴.

La symptomatologie de cette infection est plus étendue, allant de formes quasi asymptomatiques voire totalement asymptomatiques jusqu'aux formes les plus graves.

Il a été rapporté que chez le sujet âgé d'autres symptômes atypiques peuvent alarmer :

symptomatologie digestive (diarrhée), état confusionnel, chutes, et fébricule avec variation de température entre hyper et hypothermie. De plus en présence d'une anosmie sans obstruction

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

nasale et avec une agueusie le diagnostic de Covid-19 est considéré comme vraisemblable. Il existe aussi un pourcentage important de formes asymptomatiques particulièrement chez le sujet jeune.

Selon les données épidémiologiques, l'infection au SARS-Cov-2 entraîne dans 20% des cas un syndrome de détresse respiratoire aiguë pouvant entraîner la mort à la suite d'une réponse exacerbée du système immunitaire inné (choc cytokinique), notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus et/ou des personnes avec une comorbidité (obésité, diabète, pathologie cardiaque, hypertension artérielle, pathologie neurologique, cancer, pathologie pulmonaire, pathologie rénale, immunodéficience).

La pathogénicité du SARS-Cov-2 et les particularités de la majorité des patients montrent que les risques de développer les formes les plus graves de la Covid-19 voire le décès sont significatifs. Selon Santé publique France, les décès de la Covid-19 concernent 90% des personnes avec comorbidités et 89% âgés de 65 ans et plus. Or, la majorité des personnes résidentes en EHPAD regroupent à elles seules ces deux facteurs de risque de décès à savoir, la comorbidité et l'âge.

2. Mode de transmission

Le mode de transmission interhumaine se fait via la projection des gouttelettes respiratoires, des postillons nasopharyngés, lorsque la personne porteuse du virus tousse ou éternue, mais aussi par aérosolisation des particules virales en milieu confiné et/ou en cas de promiscuité sans port de masque. Le contact manuel avec une surface contaminée suivi d'un toucher de la main sur le visage (bouche, nez, yeux, mais pas en contact de la peau) est source de contamination, également, la transmission entérique en cas de diarrhée.

3. *Prise en charge thérapeutique*

Il n'existe actuellement aucun traitement ni vaccin faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché contre la Covid-19. Il est noté que des protocoles de recherche clinique sont en cours, ainsi que plusieurs essais thérapeutiques qui sont utilisés dans la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 dans les services hospitaliers en plus de la prise en charge symptomatologique notamment l'oxygénothérapie en assistance respiratoire invasive ou pas, de l'anticoagulation si nécessaire, et la stabilisation de la décompensation des pathologies déjà existantes et secondaires à l'infection par l'infection au SARS-Cov-2.

B. Risque infectieux épidémique en EHPAD

Compte tenu du confinement des EHPAD depuis le stade 2 de l'épidémie avec l'interdiction totale des visites des personnes extérieures dont les proches des résidents, seuls les soignants et/ ou les produits livrés risquent d'introduire le virus. La maîtrise du risque infectieux doit être alors une priorité, car ces deux étiologies possibles conjuguent un mode de vie en collectivité fermée, propice à la prolifération du Sars-Cov-2. En effet, la promiscuité inévitable des résidents et soignants y contribue si les cas suspects et ou cas contacts ne sont pas détectés à temps, notamment avant la formation de clusters.

III. MESURES DE GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 EN EHPAD

Les établissements sont tenus de respecter les consignes nationales et régionales, ils doivent⁵ : activer leur plan bleu, avec la création d'une cellule de crise Covid, celle-ci s'informe des éléments constitutifs de la crise, elle mène la réflexion, organise les décisions à prendre et leur

⁵<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Recommandations%20ESMS%20Mars%202020.pdf>

suivi. Elle fait le lien avec les autorités administratives. Elle regroupe au minimum, le directeur, le médecin coordonnateur, l'IDEC, ainsi qu'une personne experte ou ayant des connaissances particulières en lien avec la nature de la crise, qui sera le référent Covid-19. Le 27 février 2020 une cellule de crise est ouverte par la direction générale de la cohésion sociale pour lutter contre la propagation de la Covid-19. Il faut également :

- ❖ désigner une personne ou deux comme étant les sources officielles d'information et choisir les canaux de diffusions d'information les plus adaptés. Le contenu des messages d'information doit être clair et compréhensible par l'ensemble de l'équipe.
- ❖ définir une procédure de gestion de l'épidémie de Covid-19 conformément aux dernières recommandations de l'ARS.
- ❖ actualiser leur plan de continuité de l'activité sur la base d'un absentéisme de 20% et notamment pour les personnes en difficultés spécifiques en l'absence de plan bleu.
- ❖ gérer le stock du matériel et son réapprovisionnement
- ❖ réactiver les coopérations renforcées entre établissements.
- ❖ la mise en place des recommandations ordonnées par le gouvernement, la HAS et l'ARS sont sous la responsabilité juridique et pénale du chef de l'établissement.

A. Plan bleu

1. Définition

Face à la prolifération du Sars-Cov-2, le ministre de la santé et de la solidarité a déclenché le plan bleu le 6 mars 2020. Il s'agit d'une réponse réglementaire d'organisation et de gestion⁶, il

⁶ Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Arrêté du 8 août 2005. Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013.

sert à anticiper une situation de crise, il s'inscrit dans une démarche de qualité opérationnelle « C'est un plan de gestion des alertes qui permet à l'établissement une mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une situation inhabituelle quelle qu'en soit l'origine. Il s'agit pour le gestionnaire de la structure, d'une boîte à outils qu'il mobilise tout ou partie pour gérer la situation, en fonction des besoins spécifiques.⁷».

2. Références réglementaires

Le Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés dans l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (au 6° du I), stipule que « les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ainsi que la mise en place d'un local ou pièce équipée d'un système fixe de rafraichissement de l'air ou de disposer d'un local ou d'une pièce rafraichie (articles D312-160 à 161 CASF). Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées⁸».

Décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007 modifié (Articles R 313-31, R 313 - 32 et suivant) qui prévoit notamment le DARDE : à rédiger avant le 14 sept 2012 et à introduire dans le plan bleu.

⁷ http://www.cpias.fr/EMS/referentiel/plan_bleu/guide_elaboration.pdf

⁸ <https://www.paca.ars.sante.fr/plans-bleus-dans-les-etablissements-medico-sociaux?parent=7455>

3. Modalités de déclenchement

Le plan bleu est mis en œuvre par le directeur en cas de crise interne à l'établissement, ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement du dispositif d'alerte. Le préfet en informe les ARS qui se chargent d'alerter les ESMS concernés. Le plan bleu est ensuite déclenché par le directeur selon une procédure de déclenchement spécifique à chaque établissement, celle-ci doit être opérationnelle 24 heures sur 24. Elle est décrite dans le document plan bleu.

B. Outils pour la surveillance de l'évolution de la Covid-19 en EHPAD

Selon les recommandations du CORRUSS et du CPias, les ARS ont mis en place un protocole de surveillance active des cas de Covid-19 en EHPAD⁹. Les objectifs de la surveillance visent à :

- ❖ détecter rapidement la survenue de personnes présentant un tableau clinique compatible avec une infection de Covid-19 parmi les résidents et le personnel des EHPAD afin de mettre en place rapidement des mesures de protection et de gestion, à savoir la mise en quatorzaine du soignant et la mise en isolement du patient avec une surveillance clinique et le renforcement des précautions d'hygiène.
- ❖ mettre à disposition suffisamment de matériel de protection afin de protéger les résidents et les soignants : masques chirurgicaux, masques FFP2, gels hydroalcooliques, gants, surblouse, charlottes, visières ou lunettes de protection.

⁹<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020/03/Recommandations%20ESMS%20Mars%202020.pdf>

- ❖ assurer le suivi du nombre de cas et de décès liés au Covid-19 dans l'établissement en temps réel.
- ❖ récolter des informations nécessaires pour aider à la gestion des épisodes, des cas groupés de Covid-19 dans la structure.
- ❖ sectoriser une partie de l'EHPAD pour les cas de Covid-19 négatifs et positifs.
- ❖ réorganiser et regrouper les soins dédiés aux patients contaminés.
- ❖ limiter le changement d'équipe dans la mesure du possible afin de réduire le risque d'exposition au virus.
- ❖ réactualiser et transmettre les informations annoncées par l'ARS à l'équipe au fur et à mesure de leur évolution.

« Le signalement doit permettre aux établissements de bénéficier d'une évaluation de la situation en lien avec l'ARS, avec si nécessaire, l'appui du CPIas à la mise en place des mesures de gestion et celui de Santé publique France en région pour les investigations épidémiologiques. Il contribue également à la surveillance régionale et nationale de l'impact de l'épidémie de Covid-19 ».

C. Mesures de confinement des EHPAD

1. Confinement : définition

Le confinement est l'action de confiner quelque chose ou quelqu'un, de l'enfermer dans un lieu restreint. On appelle confinement « une procédure de sécurité ayant pour objectif de protéger des personnes ou une population en les isolant dans des espaces clos pour éviter tout contact avec un gaz toxique ou radioactif, ou empêcher la propagation d'une maladie infectieuse »¹⁰.

« L'interdiction de déplacement en France, vulgarisée par les médias par l'expression,

¹⁰ Définition : Confiner, confinement - La Toupie www.toupie.org

confinement de la population, est une mesure sanitaire mise en place du 17 mars à 12 h 00 au 11 mai 2020 (55 jours, soit 1 mois et 25 jours) qui s'insère dans un ensemble de politiques de restrictions de contacts humains et de déplacements en réponse à la pandémie de Covid-19 en France¹¹».

2. Protocole de confinement des résidents recommandé par l'HAS

L'HAS a recommandé un renforcement des restrictions dans les EHPAD. Cette recommandation a été écrite en vue de la propagation de l'épidémie de Covid-19 et pour protéger « les personnes les plus vulnérables ».

L'application de règles contraignantes pour les résidents sont mises en place, comme la suppression de toutes les visites des familles, l'arrêt : des consultations, des activités collectives internes et des animations extérieures même la prise de repas collective.

Ces recommandations laissent une certaine souplesse aux EHPAD, puisqu'elles ne parlent pas de confinement strict des résidents en chambre. Simplement, il est écrit que : « des exceptions pourront être décidées pour des cas déterminés par le directeur d'établissement, sur la base des préconisations locales délivrées par l'ARS et la préfecture. ».

Cependant, le Ministre de la Santé Olivier VÉRAN le 28 mars 2020 demandait « aux EHPAD de se préparer à aller vers un isolement de chaque résident dans les chambres ».

Cette application a eu lieu dans une grande majorité d'EHPAD dès début avril, en particulier, dans les EHPAD souvent identifiés « Covid + », la cellule de crise Covid a décidé de confiner les résidents en chambre, les interdisant d'avoir des contacts avec les autres. La chambre du résident est donc devenue le seul espace où il a pu se mouvoir et attendre les soins regroupés

¹¹ https://fr.wikipedia.org/wiki/Confinement_de_2020_en_France

au maximum pour éviter la propagation du virus dans l'établissement. Cette situation a duré jusqu'au 05 juin 2020, date de « retour à la normale ». Les directeurs ont pu mettre en place progressivement « une reprise des visites des proches ». Celle-ci est organisée sous certaines conditions (prise de rendez-vous, horaires de visites, interdiction d'amener de la nourriture, des objets personnels...). Cela a permis aux résidents de retrouver un semblant de vie sociale.

Cependant, ce « déconfinement » a été décidé en fonction de la situation épidémique du territoire, et de l'organisation des EHPAD.

La peur d'introduire le virus dans les EHPAD étant toujours omniprésente et rappelée en boucle lors des staffs à l'ensemble du personnel, surtout pendant les vacances d'été pour éviter les relâchements possibles, l'ARS a envoyé aux établissements le 11 août 2020, un mois et demi après le début des vacances scolaires, un protocole demandant que le personnel se fassent tester par RT-PCR, 48 h avant leur retour.

IV. QUALITE DE VIE

A. Définition

Il nous semble important de comprendre la notion de la qualité de vie avant de déterminer l'impact du confinement sur celle-ci.

La qualité de vie est un concept plurifactoriel. Le critère de l'état de santé n'apparaît plus suffisant comme moyen de mesure de la qualité de vie, la subjectivité du point de vue du résident se fait au jour le jour. Dans son sens le plus large, l'OMS la définit comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ».

Plusieurs textes réglementent les droits de la personne-âgée dépendante accueillie en EHPAD. En particulier, « le programme de vie en EHPAD, recommandation de bonne pratique ¹²» mis en ligne le 05 janvier 2012. L'ANESM a donc conçu un programme spécifique « Qualité de vie en EHPAD » qui sera décliné à travers quatre recommandations. Son objectif est de promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents :

- Volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement
- Volet 2 : Le cadre de vie et la vie quotidienne
- Volet 3 : La vie sociale des résidents en EHPAD
- Volet 4 : L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie.

B. Impact du confinement sur la qualité de vie des résidents en EHPAD

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (dont la dernière version date de 2007), affichée dans tous les EHPAD et connue de tous, a pour enjeu de faire reconnaître la personne-âgée dépendante comme un « sujet de droit », n'a donc pas pu être respectée.

Dans l'article II, elle met l'accent sur « l'objectif constant » « la qualité de vie et le bien-être physique et moral de la personne ». Avec le confinement, la sécurité et la protection collective ont primé sur les droits et libertés individuelles.

Selon les territoires géographiques, l'application de règles contraignantes pour les résidents ont été mises en place, comme la suppression de toutes les visites des familles, l'arrêt des consultations, des activités collectives internes et animations extérieures même la prise de repas collective. Ainsi la qualité de vie des résidents s'est largement dégradée et même avec le

¹² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad

déconfinement, certaines mesures comme les sorties des résidents à l'extérieur ne sont toujours pas rétablies. Ceci dans un seul but de prévention et de sécurité de l'ensemble des résidents.

1. Impact sur les libertés individuelles et collectives des résidents :

« La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit »¹³.

Dans les EHPAD l'intérêt du collectif a primé sur le désir individuel des résidents ou de leur famille, à partir de la fin mars, l'isolement en chambre a limité la liberté d'aller et de venir, mais devant l'urgence sanitaire l'état a dû prendre des décisions drastiques pour lutter contre la propagation de l'épidémie.

Pour justifier la privation de liberté d'aller et venir (extensive à la notion d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne) dans les EHPAD où il n'existe pas de cadre légal, il a été fait référence à un texte de recommandations de la conférence de consensus de 2004 de la HAS, qui identifie trois types de raisons pouvant justifier la restriction de cette liberté¹⁴ :

Les raisons relatives à la sécurité et visant à protéger la personne d'elle-même ou les tiers. Elles doivent être justifiées, précisées et connues ;

Des raisons médicales ou paramédicales à condition d'être expliquées à l'intéressé (avec son accord, à la personne de confiance, ou dans le cas d'une mesure de protection juridique, à la personne en charge de cette mesure de protection) et acceptées par l'intéressé (ou la personne en charge de la mesure de protection juridique s'il y en a une).

¹³ HAS : la Haute Autorité de la Santé

¹⁴ <https://www.sciencedirect.com>

Des contraintes de soins et l'organisation interne d'un établissement sanitaire.

2. Impact sur la vie sociale des résidents

Le confinement en chambre s'est soldé par une réduction drastique des interactions sociales, il a été en effet délétère pour une grande partie des résidents qui n'ont pas du tout compris et supporté les restrictions de leurs déplacements, les sorties dans le quartier, les balades dans les espaces communs n'étaient plus possibles. Les activités ont été suspendues, voire lourdement perturbées, comme l'arrêt des repas collectifs dans la salle de restauration, privant les résidents de moments de convivialité et de partage. La suppression des visites des proches et des familles les a plongés dans la solitude avec le sentiment d'être oubliés/abandonnés.

De ce fait, les rapports humains ont été modifiés/amointris par l'utilisation de tablettes et du téléphone qui la plupart du temps nécessitaient la présence d'un soignant pour la mise en place et ce pour une durée bien limitée. Hormis cela, le plus dur à supporter a été le manque criard du toucher bienfaisant, du regard et de la tendresse que rend possible la présence physique des proches et des familles. La seule présence a été celle des soignants pour la réalisation des soins, ce qui réduisait énormément la fréquence de leur passage et leur temps d'écoute active.

3. Impact physique

L'impact physique du confinement a été observable chez les résidents notamment chez les personnes préservant une certaine mobilité. Les résidents se sont retrouvés confinés dans leur chambre ce qui représente un périmètre de marche restreint. Or, « la limite d'une activité physique quotidienne aurait des conséquences délétères accélérant ainsi la dépendance physique des personnes avec le risque de développer voire d'aggraver les troubles de la posture, altération de la marche et des automatismes psychomoteurs, anomalies neurologiques, et

troubles psycho-comportementaux »¹⁵, « une personne âgée perd environ 10 à 15 % de sa force musculaire par semaine d'immobilisation, 30 à 45 % en 3 semaines de lit »¹⁶. Or, cette force musculaire est absolument nécessaire au quotidien pour la marche mais aussi pour les transferts. Cet impact a été doublement lourd chez les résidents diagnostiqués « Covid+ », ils ont été pris dans une spirale entre symptômes de la maladie et effets de confinement strict en chambre avec une potentialisation des effets néfastes des deux. Le confinement a aussi entraîné la décompensation des pathologies existantes.

4. Impact psychologique

« Fin mars, l'Académie nationale de Médecine de Londres alerte sur les conséquences psychiques que peut entraîner un confinement. Dans un contexte anxiogène, de peur de mourir ou de voir mourir un proche, l'isolement affectif, la perte de repères sociaux, produisent un cocktail délétère dont une des conséquences les plus graves serait de provoquer un état de stress post-traumatique ¹⁷».

Le confinement a entraîné un sentiment d'isolement et de repli sur soi. La détresse psychologique, l'irritabilité, la colère, la perte d'appétit, des insomnies et l'épuisement émotionnel pouvant aller jusqu'à la dépression chez les personnes âgées avec le risque de décompensation des pathologies déjà existantes, se soldant souvent par une altération d'état général. Être témoins de nombreux décès d'autres résidents, souvent voisins de chambre ou de

¹⁵ [file:///C:/Users/tadfr/Downloads/ReSant%C3%A9 VousLes%20effets%20ind%C3%A9sirables%20du%20confinement%20chez%20la%20personne%20C3%A2g%C3%A9e%20-%20ReSant%C3%A9-Vous%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/tadfr/Downloads/ReSant%C3%A9%20VousLes%20effets%20ind%C3%A9sirables%20du%20confinement%20chez%20la%20personne%20C3%A2g%C3%A9e%20-%20ReSant%C3%A9-Vous%20(1).pdf)

¹⁶ Gineste & Pellissier, 2007

¹⁷ <https://www.santelog.com/actualites/covid-19-les-effets-indésirables-du-confinement>

table, l'afflux d'informations et le doute quant à la fin de l'épidémie, ont plongé les résidents de l'EHPAD dans une anxiété voire une angoisse animée par un sentiment de menace de mort permanente et bien réelle.

5. Impact organisationnel sur la continuité de service

Le confinement a demandé plus de mobilisation en faisant appel à plus de personnel, soit pour renforcer les équipes, soit pour remplacer les soignants atteints de la Covid-19.

Plus de réunions d'organisation de travail (mise à jour des protocoles en fonction des recommandations de l'ARS), afin d'informer et former le personnel aux dernières préconisations. La gestion d'un matériel important pour faire face aux nouvelles règles d'hygiène, la surveillance accrue de la bonne transmission des informations et de leurs bons affichages et le soutien moral plus important des soignants en première ligne par des psychologues, ont été chronophages.

Les interventions des professionnels de santé libéraux ont été suspendues, les passages de techniciens de laboratoire, les kinésithérapeutes...

La téléconsultation n'a pas suffi à pallier aux besoins des consultations de suivi car celles-ci nécessitent de la disponibilité humaine et technique, or, ce sont deux éléments qui ont manqué massivement au plus fort de l'épidémie.

6. Impact sur la qualité de prise en charge

Face au confinement, les inquiétudes des résidents se sont répercutées sur la durée des soins, demandant ainsi aux soignants plus de temps de réassurance. De plus, la préparation du personnel pour respecter les règles d'hygiène mises en place et la désinfection de l'environnement sont devenues plus chronophages qu'en temps normal. Les soins ont nécessité

plus d'explications et plus de temps d'échange dans le but de rassurer le résident qui a vu le soignant comme un repère, un visage connu et réconfortant.

Le temps de repas a demandé aussi beaucoup d'organisation et de mobilisation de matériel, tout a été plus laborieux et énergivore, d'où une fatigue physique et psychologique des soignants et parfois un manque de présence attentive et un défaut d'écoute attendus par les résidents.

V. RÔLE DE L'IDEC EN SITUATION DE CRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19

A. Définition et cadre législatif

La définition la plus usitée concernant ce métier est la suivante, « L'IDEC se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social, dans une démarche qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement au quotidien des résidents, en intégrant les différentes composantes du soin. ». Elle est en lien avec la direction et collabore avec le médecin coordinateur, elle a un rôle charnière dans le projet d'établissement, le projet de soins et les projets d'accompagnement personnalisés.

« La première mention de l'existence de l'infirmière coordinatrice (ou référente) apparaît dans l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 qui énonce : l'organisation générale du travail, le programme de formation, de meilleures conditions de travail qui améliorent souvent la motivation du personnel, la présence d'un médecin coordonnateur, la présence d'une infirmière référente, le soutien psychologique du personnel. Il s'agit de la seule citation réglementaire où apparaît ce professionnel ».

En effet, il n'existe aucun référentiel concernant la fonction d'IDEC, les fiches de poste d'IDEC varient d'un établissement à l'autre et ses missions varient et ne sont pas clairement définies bien qu'il y ait de plus en plus de demandes dans ce sens.

La FFIDEC a défini les "missions" qu'elle souhaite voir à terme inscrites dans la loi pour faire reconnaître le statut d'IDEC. Elles sont :

- ❖ « *Mission 1 : Egaliser et coordonner la production de soins dans un souci de continuité et de qualité*
- ❖ *Mission 2 : Contribuer au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par nos instances*
- ❖ *Mission 3 : Gérer les RH et manager les équipes*
- ❖ *Mission 4 : Garantir la production de bonnes pratiques gériatriques*
- ❖ *Mission 5 : Promouvoir et coordonner les partenaires de la filière gérontologie dans une dynamique de mutualisation de moyens et de collégialité »¹⁸.*

B. Compétences professionnelles

En ce temps de pandémie et avec la mise en place du plan bleu, la cellule de crise Covid et le plan de continuité d'activités, certaines compétences de l'IDEC, sont à mettre en avant. En effet, l'IDEC se trouve dans l'urgence de garantir une continuité d'activité de soins, de sécurité et de protection des résidents en préservant une certaine qualité de vie, et ce, dans un contexte de situation de crise sanitaire exceptionnelle ou les facteurs influençant la gestion de celle-ci sont multiples et l'obligent à mobiliser des compétences bien spécifiques.

¹⁸ https://www.gerontonews.com/Vers-les-cinq-missions-de-l-infirmiere-coordinatriceIJ-NS_CZ1P5Y6BE.html

1. Compétences organisationnelles

« Elles se définissent comme la capacité de coordonner et d'administrer un projet dans son travail, son activité »¹⁹. Elles exigent un sens d'organisation efficace, un sens de l'observation globale ainsi qu'une capacité de s'organiser sous pression. Cependant en situation de crise, cette compétence doit être associée à une réactivité organisationnelle, le « savoir agir » et le « savoir-être » ainsi qu'un certain nombre de connaissances inhérentes à la situation de crise à gérer. L'IDEC doit avoir la capacité de mobiliser ses propres ressources, et celles de son environnement humain et matériel. L'objectif étant de savoir les combiner et les adapter d'une manière pertinente à l'évolutivité de la situation de crise. Cette réactivité organisationnelle trouve toute sa légitimité face au réajustement presque régulier des mesures de protection sanitaire du fait de l'évolutivité des connaissances médicales et des documents édités par l'ARS en lien avec la Covid-19.

La gestion de l'épidémie de Covid-19 a occasionné pour l'IDEC, des conditions de travail que l'on peut qualifier de complexes. Il y'a eu en effet un accroissement de la charge de travail, avec la gestion de la pénurie d'effectifs et de matériels, notamment, au plus fort de l'épidémie. L'IDEC se charge de la mise en place des procédures d'hygiène renforcées et la vérification de leur bonne application. L'IDEC réorganise l'activité de soins avec son équipe soignante afin de déterminer la conduite à tenir au niveau des toilettes, des repas, des différents soins à prodiguer tout au long de la journée dans un contexte de risque infectieux réel.

¹⁹ <http://www.agence-erasmus.fr/docs/Competences-sociales-et-organisationnelles-classement.pdf>

2. Compétences managériales

La situation de crise sanitaire exceptionnelle, impose un management directif. Un type de management engagé et structuré, donnant des instructions qui sont employées dans des situations nécessitant un besoin d'expertise, une expérience terrain, et des décisions donnant des résultats rapides. En effet, la méconnaissance de l'épidémie de Covid-19 a fragilisé notre autonomie habituelle de gestion d'épidémie. Un besoin urgent de « mettre en sécurité » les équipes soignantes s'est imposé. L'IDEC en tant que manager se doit de rassurer son équipe, de se montrer fédérateur en mobilisant les compétences collectives et en potentialisant l'adhésion des équipes aux différents protocoles et procédures, d'être à leur écoute, de répéter les informations et de s'assurer de leur bonne compréhension dans le but de maintenir cette adhésion toute au long de la pandémie et surtout aux heures les plus difficiles, de redynamiser les équipes et d'éviter le plus possible le découragement.

3. Compétences en communication

Elles confèrent un savoir-faire social, de la disponibilité, une capacité d'écoute et de l'empathie. Dans cette partie, nous trouvons plus judicieux de s'intéresser à la communication en situation de crise, celle-ci devient en effet importante, délicate et prépondérante. Elle exige la capacité de s'exprimer clairement et efficacement, le but est de transmettre l'information. Or, la multitude d'informations, l'incertitude et l'instabilité scientifique en lien avec la Covid-19 ont constitué un filtre parasitant la fluidité informative nécessaire à la gestion de l'épidémie.

En effet, l'IDEC devait s'organiser pour informer régulièrement son équipe des dernières évolutions de l'épidémie et les mesures sanitaires. Il devait s'assurer également de leur compréhension et de leur intégration. Il établit également le lien entre son équipe soignante et la direction. Dans certains EHPAD, il s'est fait attribuer aussi la gestion de la communication

avec les familles alors que les recommandations de l'ARS et le plan bleu indiquent l'identification d'un référent communication.

ENQUÊTE ET ANALYSE.

I. METHODOLOGIE

A. Le choix de l'étude quantitative

Pour la collecte de données empiriques, nous avons privilégié des questions factuelles à réponses fermées et quelques questions ouvertes donnant la possibilité aux interrogés de s'exprimer., nous avons jugé indispensable l'utilisation des deux méthodes. Une partie des questions concerne la méthode qualitative, elles consistent à décrire la situation dans les EHPAD du point de vue sanitaire et social et de mesurer les opinions et les perceptions des IDEC par rapport à la gestion de la crise. Tandis que d'autres questions sont quantitatives car elles visent à démontrer les effets des facteurs d'influence sur la gestion de la crise sanitaire de Covid-19.

B. L'échantillon

Notre ambition est de cibler une soixantaine d'EHPAD situés sur l'ensemble du territoire français, qui représentent une disparité épidémique significative, l'objectif étant de comparer la gestion de l'épidémie dans les zones les plus touchées et celles épargnées.

Le questionnaire sera destiné aux IDEC, cadre de santé et (faisant fonction de cadre) dans les EHPAD.

C. Le contexte

Nous estimons que le temps pour avoir un retour est de deux semaines avant de clôturer l'enquête en ligne.

A. Objectifs de l'enquête

1. Objectifs généraux du questionnaire

Cette enquête de terrain a pour objectif de lever le voile sur la situation des EHPAD pendant la crise de Covid-19, mettre en évidence les difficultés, les enjeux et les limites rencontrées par l'IDEC, de découvrir ce que les IDEC, dans leur rôle de gestion et de management, ont pu mettre en place afin de circonscrire les risques épidémiques au sein des EHPAD et surmonter les difficultés sans perdre de vue la dimension sociale et éthique dans la prise en soins des résidents pendant cette crise sanitaire.

2. Objectifs opérationnels

Le but étant d'identifier les facteurs influençant de manière négative ou positive la bonne gestion de la crise sanitaire. Notre objectif est de distinguer les facteurs d'influence sur lesquels l'IDEC aura une prise directe par ses actions sur le terrain pour améliorer la situation et ceux sur lesquels l'IDEC n'aura pas d'emprise directe à l'échelle de ses missions. L'analyse de ces facteurs en fonction de leurs effets viendra par la suite orienter les actions à mener par les IDEC dans la gestion des épidémies.

B. Choix de l'outil

Pour réaliser notre enquête, le choix s'est porté sur le questionnaire via un lien internet, car c'est un outil fiable et objectif permettant l'anonymat des interrogés, il n'est pas chronophage et il se distingue de son effectivité et efficacité en raison de la situation sanitaire actuelle.

Il rassemble en effet de nombreux avantages :

Le questionnaire est disponible dans les boîtes mail d'un nombre important de sondés simultanément et à tout moment du jour et de la nuit.

Le coût d'une telle enquête représente très peu de frais si ce n'est le coût relatif à l'accès à un réseau internet.

Le traitement des résultats des questionnaires se fait automatiquement en temps réel sous forme de graphiques.

II. LIMITES DE L'ENQUETE

La crise sanitaire et les périodes de confinement et de couvre-feu ont été un frein pour la réalisation de ce mémoire. De plus, le manque de disponibilité des professionnels de santé du fait de leur mobilisation a été non négligeable. En effet, obtenir l'accord des IDEC et cadre de santé pour répondre au questionnaire a été difficile.

Espérant avoir plus de retour, nous avons publié notre questionnaire sur le forum des étudiants à cette formation. Nous avons également rassemblé plusieurs adresses mail d'IDEC et de cadres de santé, mais après l'envoi de nos questionnaires, nous n'avons récupéré que 25 questionnaires sur 60.

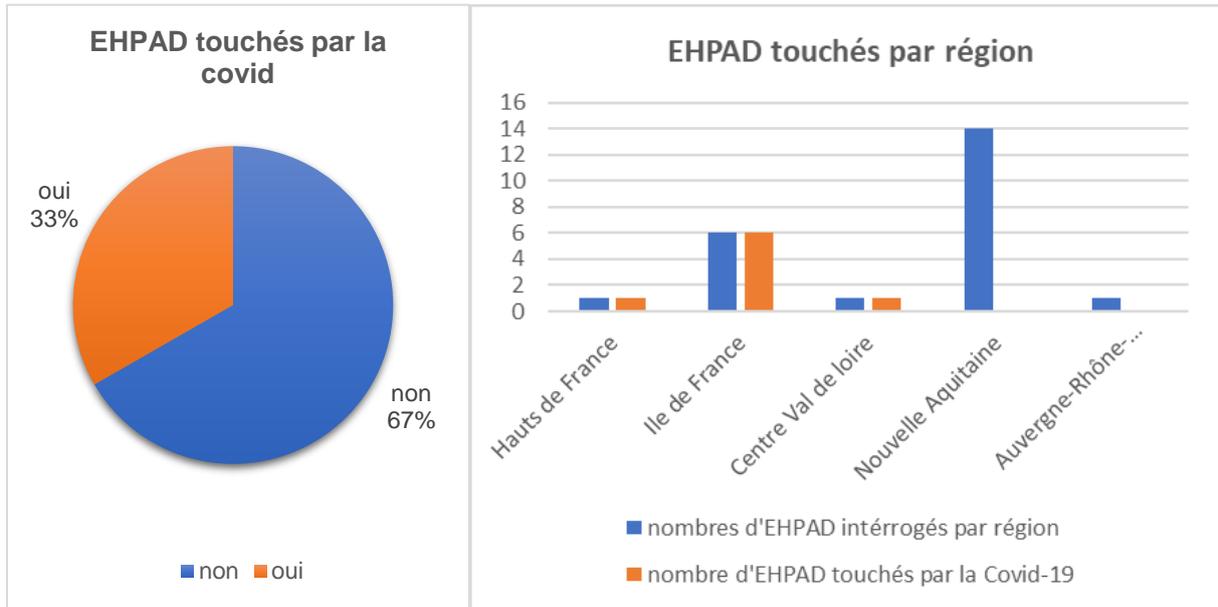
Concernant l'analyse, la première partie de l'enquête a concerné des questions fermées ce qui a facilité le dépouillement. En revanche, le dépouillement de la deuxième partie qui comprend des questions ouvertes a été plus complexe. Motivés par la curiosité de connaître et de rassembler un maximum d'informations concernant la gestion de cette épidémie, nous avons multiplié les questions car notre objectif était d'apporter une analyse plus approfondie, mais nous avons obtenu énormément de réponses sous forme de témoignages et pour les rendre exploitables, certaines ont été regroupées et classées en tableau. Pour d'autres témoignages, nous avons opté pour le tri à plat et le tri croisé. Malgré nos divergences sur le sujet, nous avons pu analyser les données recueillies.

III. ANALYSE DES RESULTATS ET MISE EN DISCUSSION

A. Description globale des EHPAD interrogés

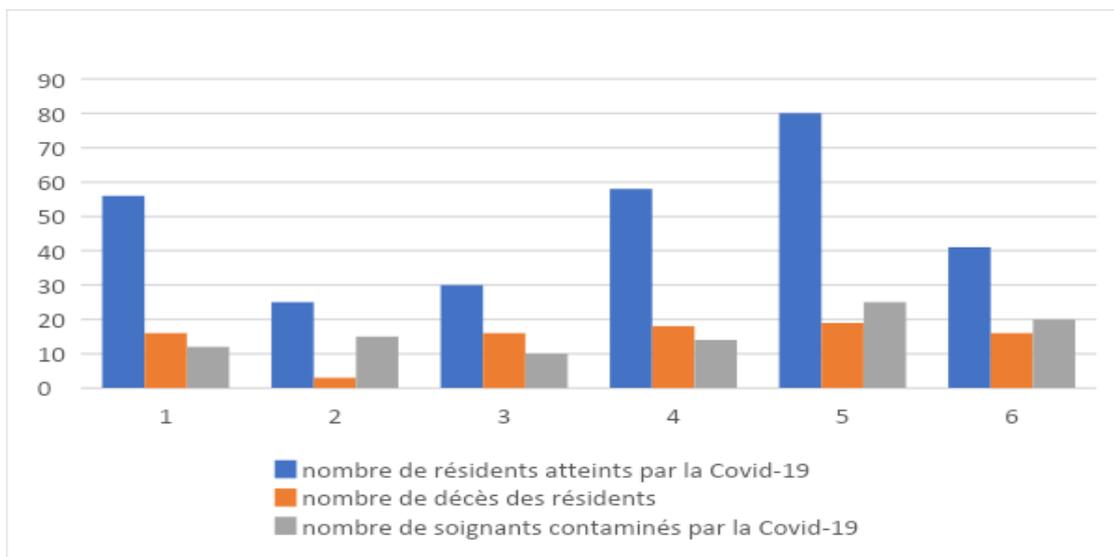
Total				n	25
Lieux				n (%)	
			Auvergne-Rhône-Alpes		1 (4)
			Centre-Val de Loire		1 (4)
			Hauts-de-France		1 (4)
			Île-de-France		6 (24)
			Nouvelle-Aquitaine		15 (60)
			Pays de la Loire		1 (4)
Type d'EHPAD				n (%)	
			Public autonome		4 (16)
			public territorial		4 (16)
			privé non lucratif		12 (48)
			privé lucratif		5 (20)
Nombre de résidents par EHPAD				moy	81
Unité présente				n (%)	
			EHPAD sans ADJ ou UP		10 (40)
			EHPAD avec ADJ (accueil de jour)		2 (8)
			EHPAD avec UP (unité protégée)		7 (28)
			EHPAD avec ADJ et UP		6 (24)
GMP (GIR Moyen Pondéré)				n (%)	
			entre 0 et 250		0
			entre 251 et 660		6 (24)
			entre 661 et 1000		19 (76)
PATHOS				moy	265
Médecin coordinateur				n (%)	18 (72)
Psychologue intervenu pendant la crise sanitaire Covid				n (%)	20 (80)
			auprès du résident		6 (30)
			auprès du personnel		2 (10)
			auprès des deux		10 (50)
Ancienneté des IDEC dans l'EHPAD				moy	9
			1 à 5	n (%)	10 (40)
			6 à 10	n (%)	7 (28)
			11 à 15	n (%)	5 (20)
			16 à 20	n (%)	1 (4)
			20 et plus	n (%)	2 (8)

B. Données sur l'épidémie de Covid-19 dans les EHPAD interrogés



Au regard de la disparité géographique face à la propagation du virus, il nous apparaît important de présenter les EHPAD qui ont été touchés par l'épidémie ou non et cela en fonction de la région où ils se trouvent. Il en ressort que 67% des EHPAD ont été épargnés contre 33% touchés par l'épidémie, ces derniers se trouvent majoritairement en Ile de France, une des zones les plus touchées au plus fort de l'épidémie.

Les EHPAD touchés par la Covid-19



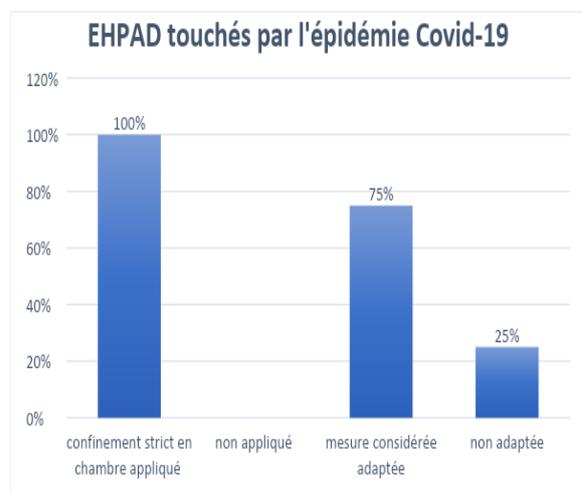
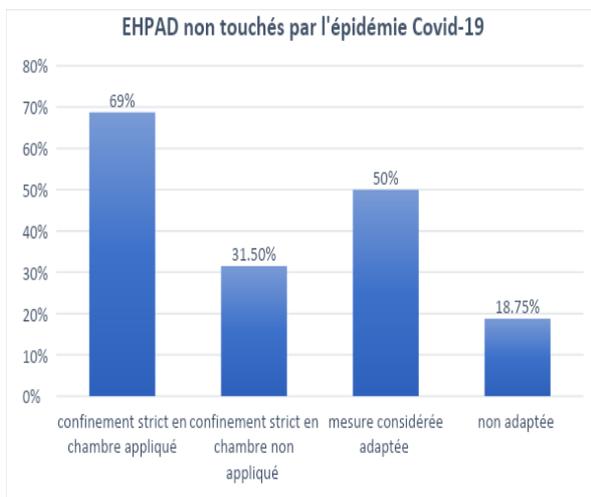
Au regard du risque infectieux dans les EHPAD notamment lors du confinement et l'interdiction de l'intégralité des visites des personnes extérieures, il nous semble intéressant de comparer le nombre des soignants contaminés avec celui des résidents atteints par la Covid-19. Nous pouvons constater une corrélation entre les deux. Cela confirme en effet que le mode principal de contamination se fait par contact direct entre soignants et résidents particulièrement lors de la réalisation des soins.

C. Analyse du confinement

Le confinement strict en chambre



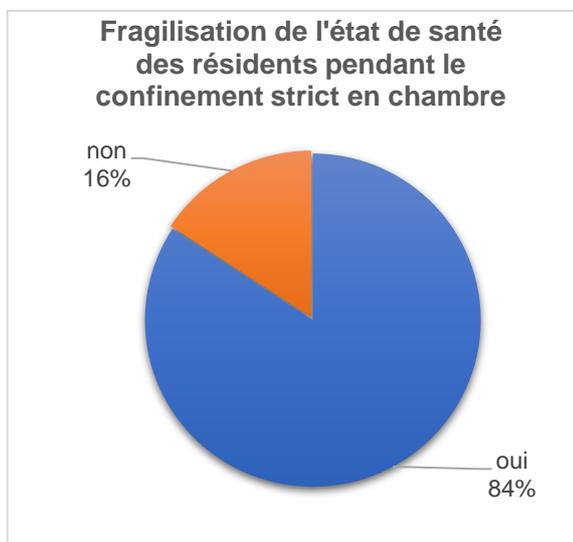
Le confinement strict en chambre a été la mesure la plus contraignante pour les résidents et les soignants. Cette mesure est toujours pratiquée dès lors qu'il y a une suspicion de cas Covid-19 dans l'EHPAD. Nous avons donc recensé les EHPAD qui ont mis en place cette mesure qu'ils soient touchés ou non par l'épidémie, ensuite nous avons demandé l'avis des IDEC sur l'adaptabilité de cette mesure à la situation épidémique.



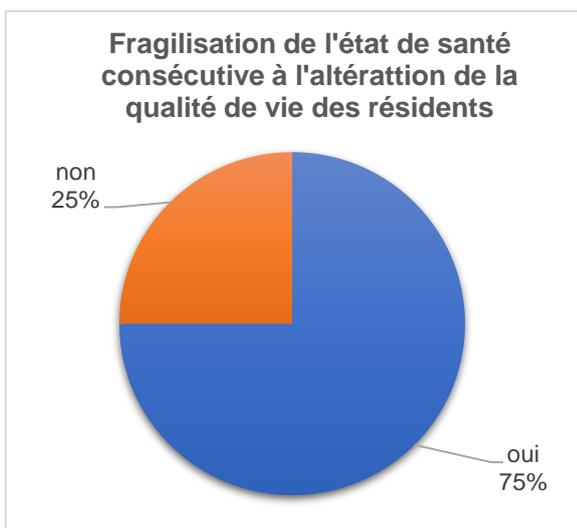
Bien qu'ils aient été épargnés, près de 70% des EHPAD non touchés par l'épidémie ont appliqué le confinement strict en chambre et 50% d'entre eux ont considéré cette mesure adaptée à la situation, contre seulement près de 20% qui la considèrent non adaptée. Concernant les EHPAD touchés par l'épidémie, nous constatons que la mesure de confinement strict en chambre a été systématiquement appliquée. 75% des IDEC considèrent cette mesure adaptée contre seulement 25% contre.

D. Impacts du confinement

1. Fragilisation de l'état de santé des résidents pendant le confinement strict en chambre



Pour mesurer l'impact du confinement strict en chambre sur l'état de santé des résidents, nous avons interrogé les IDEC sur la fragilisation de leur état de santé. Il en ressort que 84% des IDEC interrogés ont constaté cette fragilisation contre seulement 16% correspondant aux IDEC qui n'ont pas confiné les résidents en chambre.

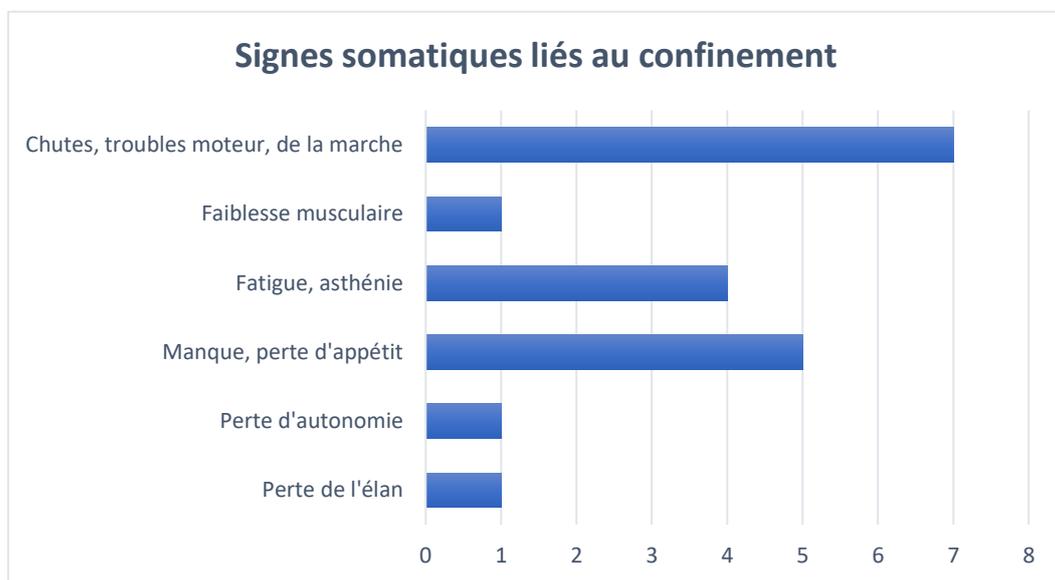


Afin de mieux comprendre l'étendu de l'impact du confinement sur la qualité de vie des résidents, nous avons questionné les IDEC sur la conséquence de cet impact, notamment, la fragilisation de leur état de santé. 84% des IDEC estiment que cette fragilisation est consécutive à l'altération de la qualité de vie des résidents contre seulement 25%.

En effet, la plupart des personnes interrogées confirment que le confinement a altéré et fragilisé la qualité de vie de leurs résidents et ceci même dans les régions peu ou pas touchées par la Covid-19. Le seul fait de confiner et de réduire les interactions au strict minimum ont entraîné des somatisations physiques et psychiques importantes et une altération de la qualité de vie comme nous l'avons aussi vu dans notre cadre de référence.

Il serait intéressant de connaître les signes de cette fragilisation.

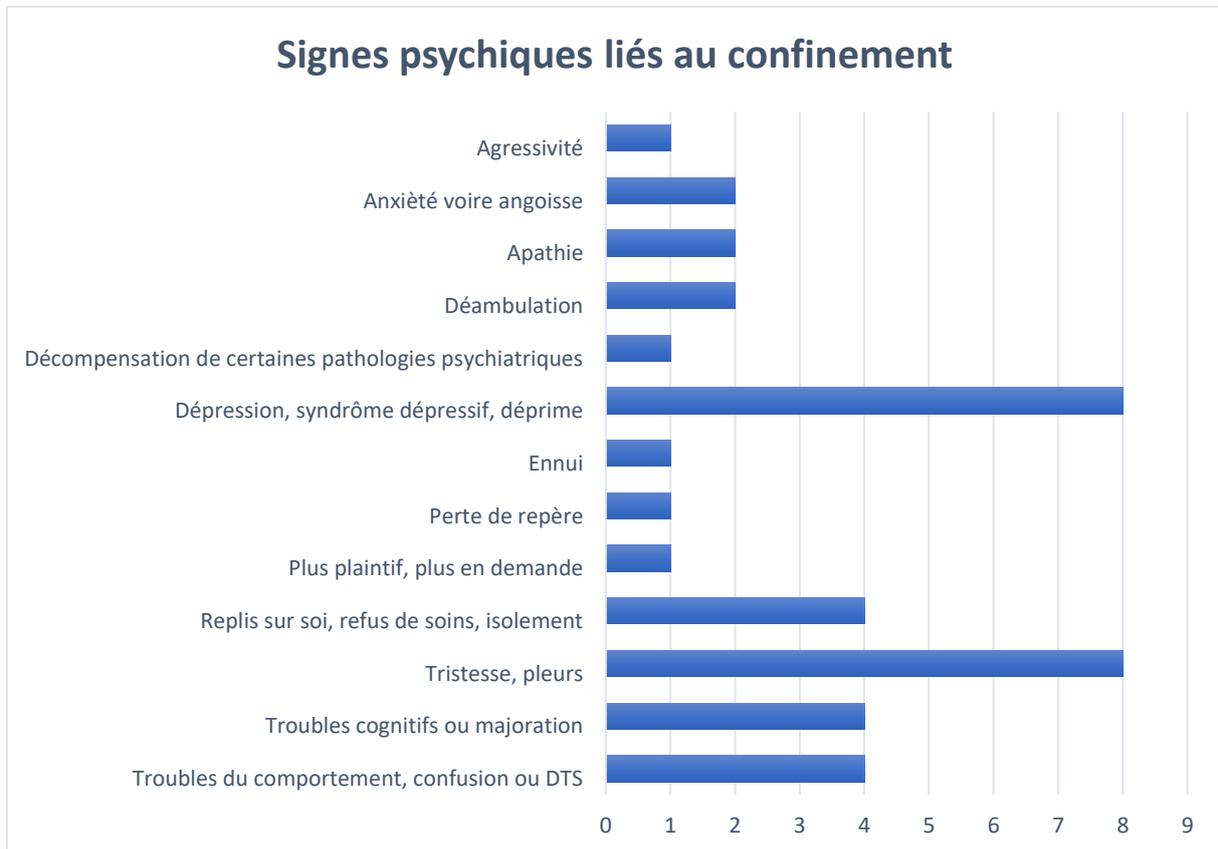
2. *Signes somatiques liés au confinement*



Par ces graphiques, nous constatons que les établissements confondus (des plus impactés, aux moins impactés) sont concernés par la constatation des signes somatiques dus au confinement. Le signe le plus observé est l'atteinte de l'appareil locomoteur, il se traduit par des chutes, troubles moteurs, et des troubles de la marche. Cela révèle le caractère restrictif du besoin de « se mouvoir » du fait du périmètre de déplacement limité à la chambre du résident. Il est suivi de manque ou perte d'appétit, qui nous renseigne sur l'ambiance anxiogène du confinement et l'absence de l'effet positif du mimétisme du groupe pendant le repas. La fatigue, l'asthénie, la

perte de l'élan et la perte d'autonomie que nous pouvons considérer comme étant des signes secondaires.

3. *Signes psychiques liés au confinement*

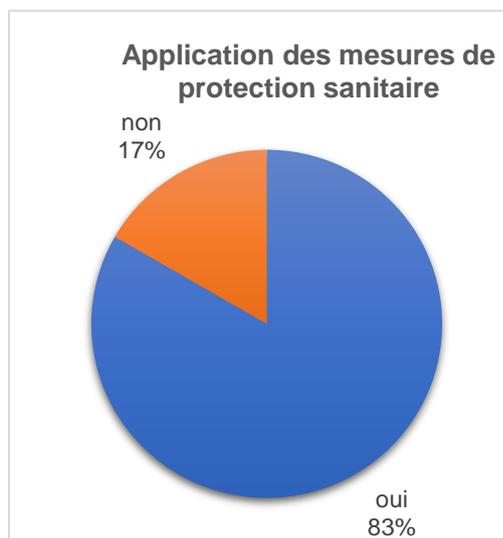


Nous remarquons que les deux lignes (dépression, syndrome dépressif, déprime) et (tristesse et pleurs) sont nettement supérieurs aux autres, et nous pouvons les regrouper en un seul signe, car ils révèlent la dépression profonde des résidents. Celle-ci se caractérise par tous les signes précités. Elle est suivie des troubles du comportement. En effet, le périmètre de déplacement étant réduit, ne voyant presque plus les autres résidents et peu les soignants à la suite des soins regroupés, les comportements sont naturellement modifiés. Puis ce sentiment contradictoire par l'apathie qui est une indifférence à l'émotion, et l'angoisse qui se traduit par une émotion, un sentiment du danger imminent sans oublier parfois la décompensation psychiatrique.

E. Difficultés liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en EHPAD

Concernant le rôle de l'IDEC, nous les avons interrogés sur leurs éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de protection sanitaires recommandées par les ARS.

Nous constatons que 83% déclarent avoir rencontré des difficultés, au moins 3 types de celles-

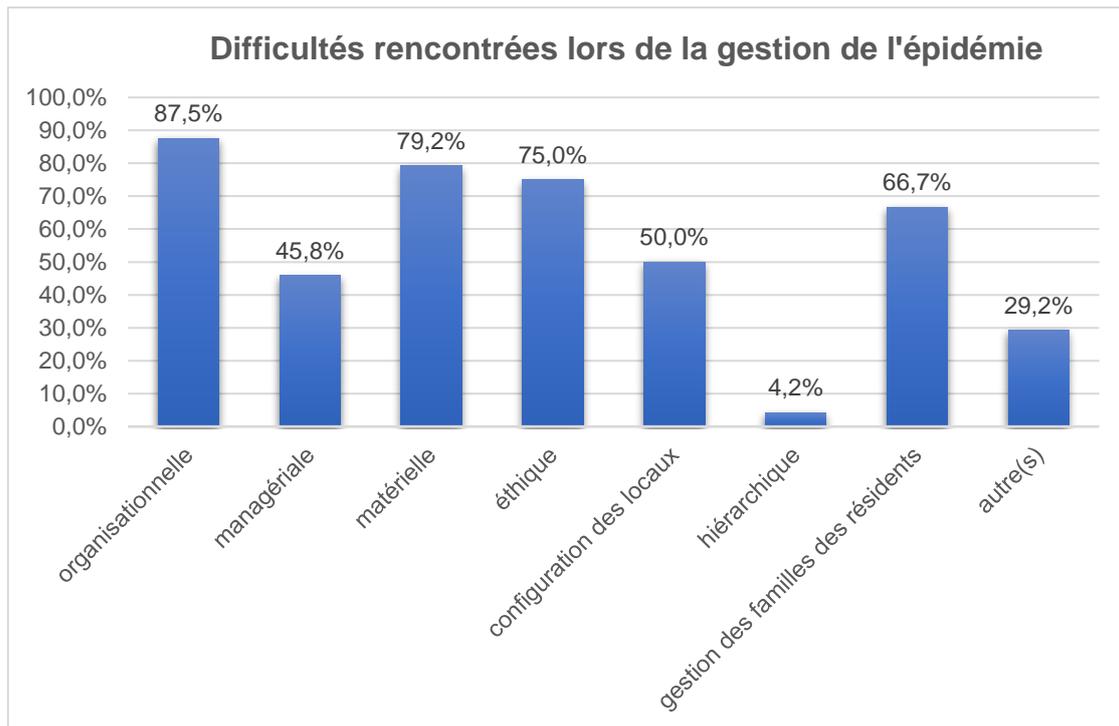


ci, et seulement 17% déclarant l'inverse. Or, dans la question suivante qui demande de nommer ces difficultés, nous constatons que tous les IDEC interrogés ont nommé au moins une difficulté, sauf, une seule IDEC qui confirme l'absence de difficultés et cela grâce à la mutualisation des ressources et des connaissances de quatre EHPAD. Elle explique : « nous avons eu la chance de travailler en direction

commune sur 4 EHPAD, de mettre en commun nos ressources humaines, nos connaissances, nos analyses en cellule de crise commune et au sein d'un réseau régional qui nous communiquait ses savoirs et avancées ».

1. Types de difficultés rencontrées lors de la gestion de l'épidémie

Au regard de l'imprévisibilité, la puissance et la méconnaissance de cette épidémie, rencontrer des éventuelles difficultés nous a semblé évident. Par conséquent, nous nous sommes intéressés aux difficultés les plus rencontrées lors de la gestion de cette crise sanitaire.



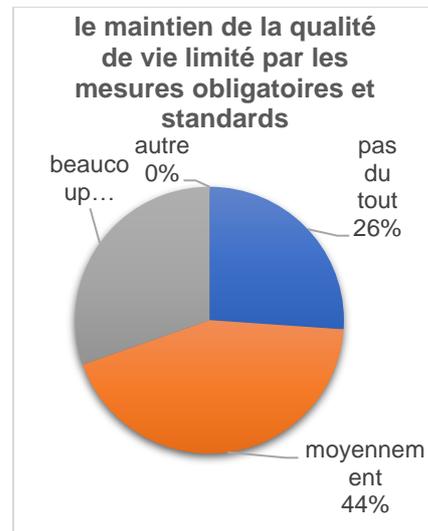
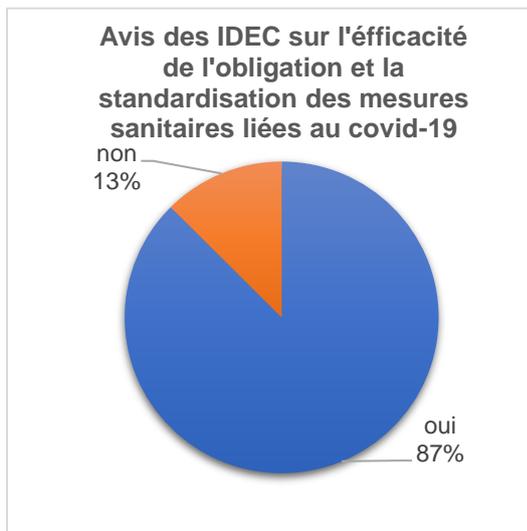
Au regard des résultats, la majorité des difficultés dépassent les 50%, ce qui explique leur forte fréquence quel que soit l'état épidémique de l'EHPAD et sa zone géographique. Les difficultés organisationnelles arrivent en tête de classement après celles liées au manque de matériel nécessaire à l'application de mesures de protection sanitaire. Cela en effet, rejoint le caractère désorganisant de cette épidémie nécessitant un réajustement permanent. Les difficultés liées à l'éthique arrivent en troisième position du fait de la spécificité de cette nouvelle épidémie, imposant des mesures très restrictives et contraignantes, privant les résidents des libertés individuelles. Cette situation a été largement source de divergence au sein des équipes. L'autre constatation concerne les difficultés hiérarchiques, celles-ci arrivent en dernier avec un très faible score, du fait de la nécessité pour tout le personnel encadrant de montrer sa cohésion ainsi que de potentialiser l'acceptabilité des recommandations.

Les difficultés considérées comme étant « autres » ont été citées par près de 30% des IDEC interrogés. Or, près de la moitié de ces difficultés concernent le management, et plus

précisément, la gestion émotionnelle, le stress et la peur des soignants témoins d'une mortalité importante. Ces difficultés sont managériales, elles ont été formulées à deux reprises, nous estimons que cette réaffirmation montrerait un besoin fort de s'exprimer. L'autre réponse explique la solitude d'une IDEC se trouvant dans un EHPAD sans médecin coordonnateur et sans directeur et une autre réponse alerte sur le non-respect du protocole sanitaire par les familles lors de la reprise des visites.

2. Efficacité de l'obligation et la standardisation des mesures de protection sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid-19

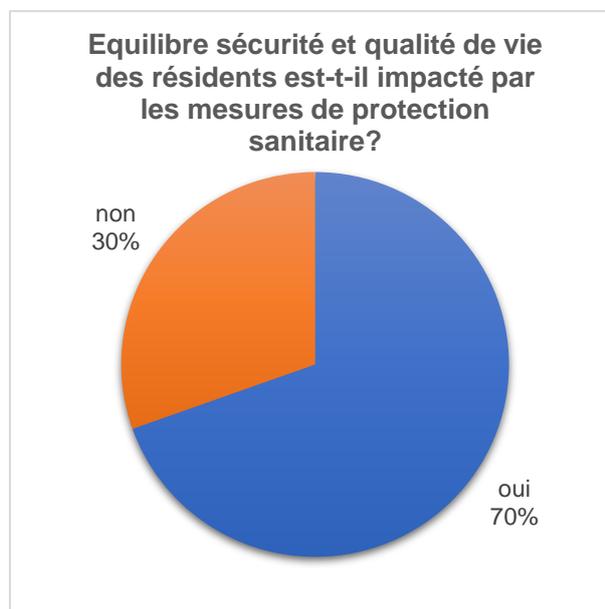
Nous avons voulu connaître l'opinion des IDEC sur l'efficacité de l'obligation et la standardisation des mesures de protection sanitaire lors de la gestion de l'épidémie.



Bien que la majorité des IDEC affirment avoir rencontré au moins une difficulté, notamment celle secondaire à l'application des mesures voulues par l'ARS, 87% d'entre eux estiment que le caractère obligatoire et standard de ces mesures a été efficace pour gérer l'épidémie. Or, ils sont plus de 70% qui estiment que ce caractère a limité une gestion des IDEC qui favorise le maintien de la qualité de vie (30% ont été beaucoup limités et 44% l'ont été moyennement) contre seulement 26% déclarant que leur gestion de l'épidémie a permis le maintien de la qualité de vie des résidents.

3. Impact des mesures de protection sanitaire sur le rôle de l'IDEC dans l'équilibre sécurité et qualité de vie des résidents

Nous avons interrogé les IDEC sur l'impact des mesures de protection sanitaire sur leur rôle



dans l'équilibre sécurité et qualité de vie des résidents. 70% confirment cet impact, ces chiffres rejoignent presque identiquement ceux concernant le maintien de la qualité de vie des résidents. Par conséquent, nous pouvons confirmer que l'obligation et la standardisation des mesures de protection sanitaire liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au sein des EHPAD impactent le

rôle de l'IDEC dans le maintien de l'équilibre sécurité et qualité de vie des résidents. Il serait intéressant de connaître les raisons avancées par les IDEC approuvant cet impact. Dans un souci de transparence, nous avons choisi de citer les réponses des IDEC telles qu'elles sont écrites dans les questionnaires à savoir :

Témoignages des IDEC

« Espace de liberté de circulation dans l'établissement impacté par les visites, et la conscience de la prise de risque collective par rapport aux libertés individuelles ».

« Mon rôle a été d'expliquer et de répéter les règles ».

« Syndrome de glissement, ennui et atteintes aux libertés individuelles ».

« Incompréhension des résidents, quelques familles très revendicatrices ».

« Nous n'avons pas d'unité protégée, une grande proportion de résidents présentent des comportements moteurs aberrants incompatibles avec un confinement, des gestes barrières ».

« Notre structure est isolée géographiquement, nous n'avons pas pu bénéficier de bénévoles, l'isolement social des résidents était majeur ».

« La sécurité n'est-elle pas un besoin opposé à celui de la liberté ? Dès l'instant où on impose des choses non cohérentes, approximatives et illogiques avec un manque de pédagogie, peut-on parler d'impact ? Alors oui notre rôle est impacté en effet ».

« Nous étions incapables de maintenir une vie sociale descente des résidents ».

« Prise en compte d'une situation sanitaire inconnue ».

« Décision trop hasardeuse au départ, consignes chaotiques et contradictoires, manque de matériel ».

« La question centrale a été la sécurité et encore la sécurité, la qualité de vie n'a pas été évoquée ».

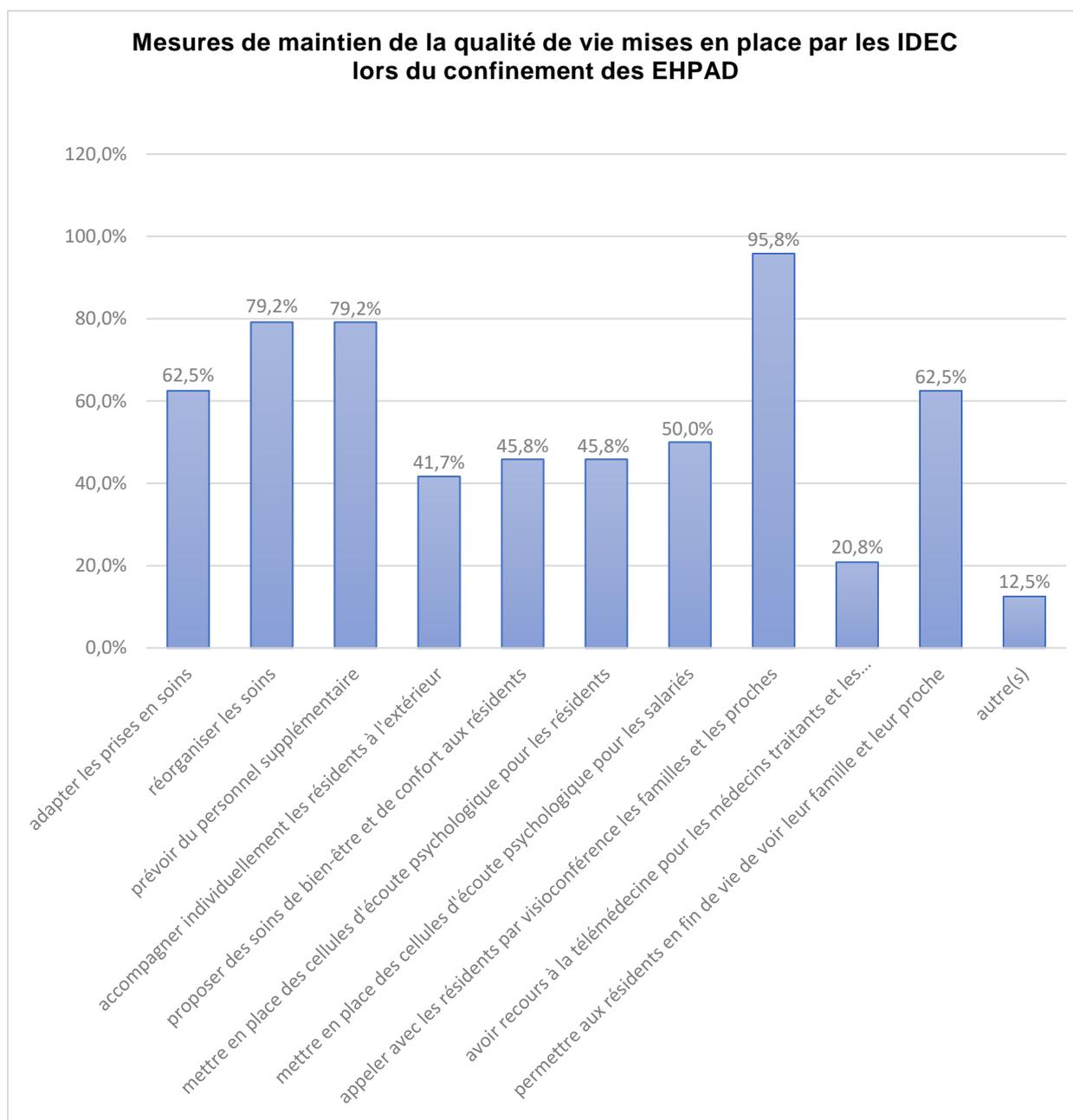
« Trop de contradictions dans les mesures à appliquer et manque de matériel ».

« Pour garder la qualité de vie des résidents il m'a fallu faire appel à plus de personnel et de bénévoles, d'élèves IDE ou AS qui ne connaissaient pas les résidents ni les locaux, ce qui a considérablement compliqué l'organisation interne ».

Il est important de constater que les réponses des IDEC sont très variées et dépendent des particularités de chaque EHPAD. Nous pouvons considérer que cette diversité témoigne de la nécessité d'adapter les mesures de protection sanitaire en fonction de l'évolution de l'épidémie dans l'EHPAD en tenant compte de toutes ses particularités.

F. Mesures de maintien de la qualité de vie des résidents en EHPAD

Bien que 70% des IDEC estiment que la sécurité a été favorisée au détriment de la qualité de vie des résidents lors de la gestion de l'épidémie de Covid-19, ils sont 75% à déclarer avoir pris en compte la qualité de vie des résidents dans l'ensemble de mesures contre 25%. Comment alors peut-on expliquer cette contradiction ? Il serait plus judicieux de connaître les limites de cette prise en compte et si elle a été jugée suffisante par les IDEC.

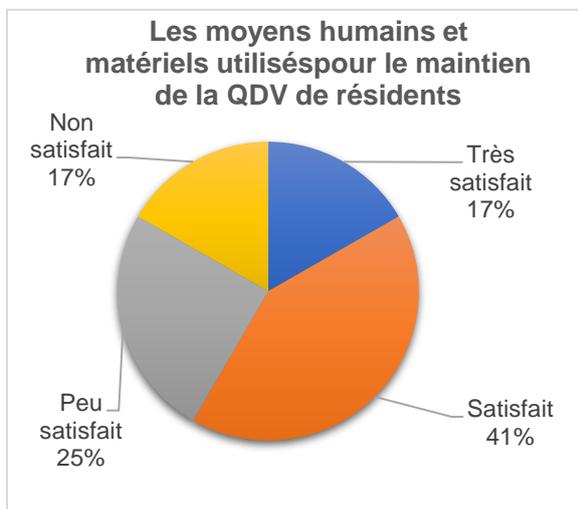


Nous avons choisi de lister un ensemble de mesures de maintien de qualité de vie des résidents en laissant le choix aux IDEC interrogés la possibilité de compléter cette liste. Nous nous intéressons aux mesures inhabituelles, celles qui répondent spécifiquement aux contraintes du confinement, au détriment des mesures classiques utilisées en cas de situation sanitaires exceptionnelles. La mesure la plus utilisée, est l'appel en visioconférence des proches avec près

de 96%, contrairement au recours à la télémédecine avec uniquement près de 21%. Une nouveauté dans les mesures est l'utilisation du plexiglas en zone de rencontre.

1. Evaluation de la gestion de la qualité de vie et la continuité des soins par les IDEC pendant le confinement des EHPAD

Nous avons choisi de questionner les IDEC sur leur propre évaluation de la gestion de la qualité de vie et la continuité de soins. Il en ressort que 71% des IDEC jugent cette évaluation satisfaisante et 4% très satisfaisante contre, seulement 25% qui l'estiment peu satisfaisante, ils précisent que la continuité des soins n'a pas été trop impactée bien que les rendez-vous médicaux aient été reportés et la prise en soin individualisée ait été limitée. La qualité de vie n'était pas prioritaire et le manque de moyens humains et techniques n'a pas permis d'y pallier. La qualité de vie des résidents a été mal menée et a été au dépend de la gestion du risque épidémique et l'intérêt collectif. Certains IDEC pointent le manque d'appui des médecins traitants et la standardisation des mesures qui n'était pas adaptée à toutes les situations.



Nous avons également interrogé les IDEC sur les moyens humains et matériels mis à leur disposition. 41% des IDEC se disent satisfaits et 17% sont très satisfaits, ce qui représente plus de la moitié des IDEC interrogées qui jugent qu'ils ont eu suffisamment de moyens pour maintenir la qualité de vie des résidents, contre 17% non

satisfaits et 25% peu satisfaits. Pour cette deuxième partie des IDEC, nous avons regroupé leurs témoignages dans le tableau ci-dessous. Nous n'avons pas trouvé de points communs expliquant ces chiffres comme par exemple la disparité géographique face à l'épidémie et au manque d'effectifs. Nous déduisons que la gestion de la qualité de vie des résidents dépend

directement de la disposition de moyens matériels et humains. Or, cette disposition est propre à chaque EHPAD.

2. Témoignages

<p>Manque de moyens humains</p>	<p>Témoignages des IDEC :</p> <p><i>« Difficulté pour former le personnel à la réalisation des tests PCR sur place ».</i></p> <p><i>« Absence de personnel supplémentaire auprès des résidents pour assurer le service de chambre ».</i></p> <p><i>« L'effectif étant déjà nettement en dessous du 0.8 ETP/ résidents nécessaire, une situation de crise est forcément génératrice de surcharge de travail et aggrave les risques psychosociaux ».</i></p> <p><i>« Un manque de personnel très criant, arrêt maladie et absence peu remplacés ».</i></p> <p><i>« Renfort personnel jusqu'à fin Avril ensuite rien alors que levée du confinement en chambre et retour à la normale salle à manger en Juillet. A ce jour mi-août toujours pas de retour à la normale pour sorties extérieures ».</i></p> <p><i>« Pour faire preuve d'humanité dans ces circonstances, il faut énormément de moyens humains, financiers que nous n'avons évidemment pas. Cette crise a engendré beaucoup d'heures supplémentaires pour l'ensemble des agents ».</i></p>
<p>Manque de moyens matériels</p>	<p><i>« Manque de matériels de protection. »</i></p> <p><i>« Réorganisation des repas en chambre sans matériel (échelle, chariot de distribution ...) manque de matériel pour respecter les mesures d'hygiène (gants masque, sur blouse, masque+++). »</i></p> <p><i>« La gestion des problèmes médicaux s'est faite avec téléphone portable tous les résidents ne sont pas sortis à l'extérieur faute de personnel, et parfois les soins étaient les seuls moments d'échanges dans la journée. »</i></p> <p><i>« Au plus fort de la crise le manque de matériel et de personnel nous a créé beaucoup de problèmes après les deux semaines fatidiques, tout s'est beaucoup amélioré. »</i></p>

Au regard des témoignages des IDEC, le mot d'ordre est le manque de moyens qu'ils soient matériels ou humains. Comme citées précédemment les difficultés sont propres à chaque

EHPAD. Et malheureusement les établissements pour personnes âgées n'ont pas tous été égaux face à l'épidémie de Covid-19.

G. Maintien de l'équilibre protection et qualité de vie en situation de crise sanitaire grave

La question sur la possibilité de protéger sans nuire au sein des EHPAD n'a jamais cessé d'être posée dans une dimension éthique et humaine. La crise sanitaire que nous vivons actuellement a remis fortement cette question au goût du jour. Dans cette optique, nous avons interrogé les IDEC sur la possibilité de maintenir l'équilibre « protection et qualité de vie » en situation de crise sanitaire grave comme celle de la Covid-19. Il en ressort que 74% des IDEC jugent que ce n'est pas possible de maintenir cet équilibre contre seulement 26%. Nous avons confronté ce résultat avec le reste des données des questionnaires mais nous n'avons trouvé aucune concordance, nous pouvons alors suspecter une forme de subjectivité influencée par les expériences professionnelles et les conditions de travail vécues.

Les actions correctives à mettre en place par l'IDEC afin de protéger sans nuire

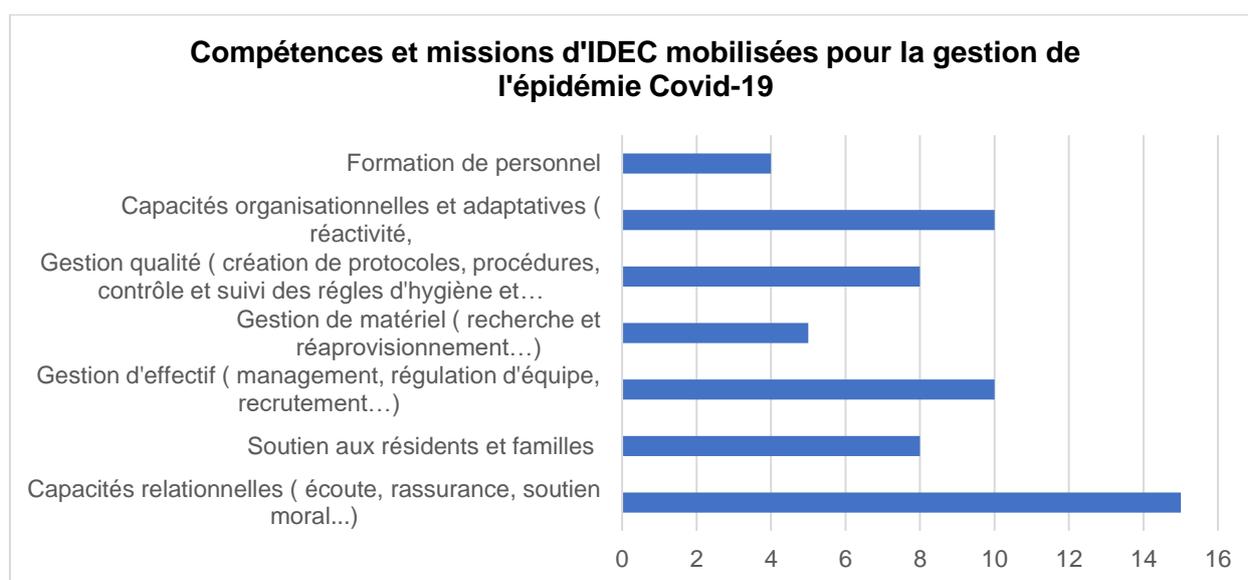
Pour faire suite à la question précédente, nous avons demandé aux IDEC quelles sont les actions correctives afin de protéger sans nuire. Nous avons obtenu 17 réponses sur 25 ce qui représente 68% à savoir :

- ❖ mettre plus de moyens humains
- ❖ former les IDEC à la gestion de crises sanitaires
- ❖ améliorer les rapports hiérarchiques Direction/IDEC
- ❖ intégrer la réflexion éthique dans la prise de décision
- ❖ prendre en compte le rapport bénéfice/risque dans la prise de décisions

- ❖ prévenir les risques
- ❖ maintenir les liens familiaux et sociaux

H. Missions prioritaires de l'IDEC lors de la gestion de la crise épidémique

Nous avons interrogé les IDEC sur les missions spécifiques à la gestion de la crise épidémique, notamment celles qui ont été les plus mobilisées.



Nous constatons que les capacités relationnelles ont été majoritairement mobilisées, cela révèle d'une part, l'importance du rôle pivot de l'IDEC dans la diffusion des informations inhérentes à la gestion de l'épidémie, et d'autre part, la nécessité de se montrer à l'écoute des soignants, de les rassurer et de les soutenir. Nous constatons également que le caractère désorganisant de cette épidémie a exigé aux IDEC une réactivité organisationnelle et adaptative ainsi qu'une gestion d'effectifs quasi quotidienne dont un management rassurant et nécessaire pour soutenir et fédérer les équipes. La gestion qualité notamment la mise en place de protocoles et procédures et particulièrement leur suivi et leur contrôle, le soutien aux résidents et aux familles qui est d'autant plus important en ce temps d'interdiction de visites et de confinement en chambre, ont été indispensables pour plus de la moitié des IDEC interrogés.

I. Ressenti des IDEC pendant la gestion de la crise épidémique de Covid-19

Il nous a semblé nécessaire de demander aux IDEC comment ils ont vécu cette période de gestion de crise sanitaire sans précédent. Nous avons choisi de représenter leurs réponses sous forme de nuage de mots. Il en ressort un stress et un épuisement très marquants mais également de l'inquiétude, l'incertitude et la frustration de la part des IDEC.



CONCLUSION

Ce mémoire nous a permis de traiter un sujet d'actualité en particulier la pandémie de Covid-19 lors de la première vague.

Ce travail a montré que les EHPAD n'ont pas tous été égaux face à l'épidémie de SARS-Cov-2. Il a été noté que la mutualisation des ressources et des connaissances, ainsi que l'adaptation des mesures de protection sanitaires en fonction des particularités de chaque établissement, semblent avoir été efficaces pour gérer l'épidémie de Covid-19.

Un autre constat suffisamment relevé par les soignants a été le surgissement puissant de la question éthique. En effet, la gestion de cette épidémie s'est attribuée une dimension éthique qui est devenue centrale et omniprésente. Elle exige des IDEC la nécessité absolue de trouver l'équilibre entre le maintien de la qualité de vie et la sécurité des résidents, mais aussi l'acceptabilité des mesures considérées parfois liberticides pour les résidents, toutefois dans une optique d'amélioration.

Pour les IDEC, il est clair que la qualité de vie est un des déterminants de l'optimisation et la stabilité de l'état de santé des résidents en EHPAD. Or, la prise en compte de la qualité de vie des résidents pendant cette crise sanitaire a été effective, mais sa mise en œuvre a été limitée par le manque de moyens matériels et humains.

Les mesures restrictives des libertés individuelles ont largement légitimé l'utilisation de matériels technologiques notamment les appels en visioconférence afin de pallier la privation des libertés et particulièrement l'interdiction de la visite des proches. Ce n'est qu'un début qui nécessite plus de développement et de démocratisation.

Dans leur exercice de manager, les IDEC ont été confrontés à la gestion émotionnelle, particulièrement la gestion du stress, de l'inquiétude et la peur de mourir ou d'être vecteur de virus pour les proches des soignants.

Cette période de pandémie n'est toujours pas terminée et nous sommes reconfinés depuis le 29 octobre 2020 minuit, selon le gouvernement cette deuxième vague va être encore plus virulente.

Cette fois elle touche l'ensemble de la France et les régions qui avaient été préservées jusqu'alors sont, elles aussi touchées. De nouvelles recommandations gouvernementales ont été transmises le lundi 02 novembre à l'encontre des EHPAD. Elles sont assouplies en particulier « les visites des professionnels et des bénévoles formés sont maintenues pour assurer la continuité de l'accompagnement et éviter toute perte de chance ». Elles sont à appliquer en fonction de chaque situation, par la direction de l'établissement.

RESUME

Face à l'épidémie de Covid-19 qui sévit en France et dans le monde depuis presque un an, le gouvernement a dû prendre des mesures sans précédent : le confinement de la population et tout particulièrement les résidents dans les EHPAD. Ces décisions exceptionnelles ont engendré des difficultés de gestion pour les IDEC qui ont dû privilégier la sécurité collective souvent au détriment de la qualité de vie des personnes âgées très impactées par le SARS-Cov-2 entraînant des conséquences néfastes physiques et psychologiques sur leur santé.

ABSTRACT

Faced with the Covid-19 epidemic which has raged in France and around the world for almost a year, the government had to take unprecedented measures: the confinement of the population and especially residents in accommodation establishments to dependent elderly people. These exceptional decisions have created management difficulties for the referral nurse and coordinator, which have had to prioritize collective security, often to the detriment of the quality of life of the elderly very affected by SARS-Cov-2, leading to harmful physical and psychological consequences on their health.

BIBLIOGRAPHIE

<https://www.gouvernement.fr/risques/le-processus-de-gestion-de-crise>

[https://www.vie-publique.fr/eclairage/24060-organisation-de-la-veille-et-gestion-des-crises-sanitaires-en-france#:~:text=La%20cr%C3%A9ation%20en%20mai%202007,sanitaires%20et%20sociales%20\(CORRUSS\).](https://www.vie-publique.fr/eclairage/24060-organisation-de-la-veille-et-gestion-des-crises-sanitaires-en-france#:~:text=La%20cr%C3%A9ation%20en%20mai%202007,sanitaires%20et%20sociales%20(CORRUSS).)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crises-sanitaires>

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Recommandations%20ESMS%20Mars%202020.pdf>

Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Arrêté du 8 août 2005. Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013.

http://www.cpias.fr/EMS/referentiel/plan_bleu/guide_elaboration.pdf

<https://www.paca.ars.sante.fr/plans-bleus-dans-les-etablissements-medico-sociaux?parent=7455>

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Recommandations%20ESMS%20Mars%202020.pdf>

Définition : Confiner, confinement - La Toupie www.toupie.org

https://fr.wikipedia.org/wiki/Confinement_de_2020_en_France

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad

<https://www.sciencedirect.com>

[file:///C:/Users/tadfr/Downloads/ReSant%C3%A9
VousLes%20effets%20ind%C3%A9sirables%20du%20confinement%20chez%20la%20perso
nne%20%C3%A2g%C3%A9e%20-%20ReSant%C3%A9-Vous%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/tadfr/Downloads/ReSant%C3%A9%20Vous%20Les%20effets%20ind%C3%A9sirables%20du%20confinement%20chez%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e%20-%20ReSant%C3%A9-Vous%20(1).pdf)

<https://www.santelog.com/actualites/covid-19-les-effets- indésirables-du-confinement>

[https://www.gerontonews.com/Vers-les-cinq-missions-de-l-infirmiere-coordinatriceIJ-
NS_CZ1P5Y6BE.html](https://www.gerontonews.com/Vers-les-cinq-missions-de-l-infirmiere-coordinatriceIJ-NS_CZ1P5Y6BE.html)

[http://www.agence-erasmus.fr/docs/Competences-sociales-et-organisationnelles-
classement.pdf](http://www.agence-erasmus.fr/docs/Competences-sociales-et-organisationnelles-
classement.pdf)

A. Annexe 1

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

B. Annexe 2



Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée

Ce protocole présente la conduite à tenir sur les modalités d'application du confinement pour les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Certaines des mesures concernent les unités de soins de longue durée (USLD).

Ce protocole complète les consignes et recommandations disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé et annule et remplace les autres préconisations antérieures sur le sujet spécifique du confinement en ESSMS.

Il complète également la « foire aux questions ESSMS PA/PH », ainsi que celle pour les adultes et enfants en situation de handicap, la famille et les proches aidants et les professionnels médico-sociaux disponible sur le site du secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, pour les établissements concernés.

L'ensemble des mesures barrières et préconisations issues des fiches précédentes doivent être maintenues et renforcées dans ce contexte. Pour rappel, une mise à jour quotidienne des recommandations est effectuée à partir de ce lien : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

Ce protocole s'appuie sur :

- les recommandations du Comité national consultatif d'éthique sur le renforcement des mesures de protection des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées du 30 mars 2020 consultable sur le site du ministère des solidarités et de la santé ;
- les recommandations visant à « concilier nécessaire protection des résidents et rétablissement du lien avec les proches », remises par le 18 avril 2020 au ministre des solidarités et de la santé par Jérôme GUEDJ et consultables sur le site du ministère des solidarités et de la santé ;
- les recommandations de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) du 11 avril 2020 concernant l'organisation et les soins des unités dédiées aux personnes âgées présentant des troubles envahissant du comportement et plus largement les personnes âgées concernées par ces troubles. Elles seront consultables prochainement sur le site de la SFGG.

Ce protocole national présente des recommandations précises relatives à l'organisation du confinement dans les établissements lieux de vie des usagers. Toutefois, il revient aux directrices et directeurs d'établissement de décider des mesures applicables localement, après concertation collégiale avec l'équipe soignante et en particulier les médecins, en particulier les médecins coordonnateurs, en fonction de la situation sanitaire de

20/04/2020



l'établissement et dans le respect des préconisations locales délivrées par les agences régionales de santé et les préfetures.

1. MODALITES DU CONFINEMENT

S'inscrivant dans le cadre des mesures temporaires et nécessaires au regard des dernières données épidémiologiques, et en lien avec les mesures applicables à la population générale, le confinement recouvre 3 démarches au sein des établissements :

- La limitation des visites extérieures, dans un cadre désormais aménagé et défini ci-après.
- La suspension des sorties individuelles et collectives. Les autorisations exceptionnelles de sorties individuelles, accompagnées le cas échéant, sont accordées par le directeur d'établissement et ne peuvent excéder les cas réglementairement listés dans le décret du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19 et du respect des conditions évoquées pour les visites *supra*.
- La limitation de la circulation des personnes hébergées au sein de l'établissement, peut être décidée par la direction de l'établissement, qui, au-delà de la suspension des activités et prises de repas collectifs, peut également mettre en place le confinement individuel en chambre des résidents dans les conditions listées ci-dessous.

2. RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA LIMITATION DE LA CIRCULATION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Quand déclencher le confinement individuel en chambre ?

- Rappel des éléments principaux de l'avis du CCNE du 30 mars 2020 :

Toute mesure contraignante restreignant les libertés reconnues par notre État de droit, notamment la liberté d'aller et de venir, doit être nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles. Elle doit être explicitée aux résidents, aux familles et aux proches-aidants, et soumise à contrôle.

Un renforcement des mesures de confinement pour les résidents des établissements et des USLD, voire des mesures de contention pour ceux dont les capacités cognitives ou comportementales sont trop altérées pour qu'ils puissent les comprendre et les respecter, ne saurait être décidé de manière générale et non contextualisée, tant la situation des établissements diffère.

Avant toute prise de décision au cas par cas et pour tempérer la rigueur incontestable des mesures d'isolement et de contrainte, tous les moyens (humains et ressources) doivent être identifiés et mobilisés, dans chaque établissement : personnels disponibles, y compris dans l'environnement de l'établissement, utilisation contrôlée de locaux disponibles et d'espaces extérieurs ou de loisirs, recours aux nouvelles technologies de communication numérique, dans le respect des règles générales de prévention.

- Principes relatifs à la décision d'un confinement individuel en chambre :

Le confinement contraint en chambre est soumis à une analyse adaptée de chaque situation, de l'état de santé psychique et physique des résidents, du bâti de l'établissement d'accueil, de l'environnement et de la situation locale de l'épidémie (circulation du virus dans le territoire) et des ressources en personnel disponibles. Il doit être réévalué en cas d'adjonction de personnel dédié.

20/04/2020



Le confinement contraint en chambre suppose une attention individualisée des résidents, notamment pour la prise des repas. Le personnel dirigeant de la structure doit ainsi s'assurer d'avoir un niveau de ressource suffisant, et évaluer ses capacités en amont.

Toute décision doit respecter les principes de collégialité, de respect du caractère transitoire et proportionnel au but recherché. Une analyse bénéfico-risque doit être effectuée et individualisée pour chaque personne et chaque situation locale. Il est à rappeler que le consentement au confinement volontaire doit être systématiquement recherché, avec la personne comme avec son représentant légal en cas de mesure de protection/altération du discernement ; l'adhésion de l'ensemble des résidents aux mesures de protection doit également être privilégiée..

Par ailleurs, si le confinement en chambre doit être apprécié par le personnel dirigeant de la structure et individualisé, il peut être fait appui de la décision sur les lignes directrices suivantes, présentant une gradation progressive :

- En l'absence de résidents ou de personnels symptomatiques : dans un établissement sans symptôme ni signal, rechercher autant que possible l'adhésion à des mesures de réduction des contacts (confinement volontaire), et procéder au recensement et à l'accompagnement des résidents ne pouvant comprendre ou consentir à ces mesures. Prévoir la possibilité, autant que possible et dans le respect des gestes barrières, d'un accompagnement pour les résidents « déambulants » (personnel présent dans couloir pour rappeler la nécessité du confinement et l'accompagnement en chambre). Ménager si possible des espaces de déambulation sécurisés.
- En présence de résidents symptomatiques : dans un établissement contaminé, il est nécessaire de procéder à une analyse de l'unité concernée, des connexions entre unités et du fonctionnement au sein de chaque unité. Au sein de chaque unité, procéder à un recensement des résidents présentant des troubles du comportement les exposant au risque de contact avec un patient symptomatique (selon qu'il accepte ou non le confinement volontaire). En l'absence d'espace de déambulation sécurisé dédié à ces résidents, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.
- En présence de résidents « déambulants » symptomatiques : dans un établissement ou une personne déambulante est symptomatique et ne peut consentir ou comprendre la nécessité du confinement volontaire, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.
- En présence de plusieurs résidents symptomatiques (cas groupés) : dans un établissement présentant une contamination groupée, les résidents « déambulants » asymptomatiques sont potentiellement contacts et vecteurs de l'infection virale. Le confinement de ces résidents au sein d'une unité dédiée doit être envisagé après décision collégiale impliquant le médecin coordonnateur. Dans cette optique, il est rappelé que la nouvelle doctrine de dépistage en établissement prévoit que dans les situations où les établissements peuvent organiser des isolements spécifiques des résidents en créant des secteurs dédiés, les tests peuvent être étendus au-delà des trois premiers patients pour mieux caractériser l'extension de l'épidémie au sein de l'établissement. A défaut, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.

20/04/2020



Qui décide du confinement individuel en chambre ?

- Rappel des éléments principaux de l'avis du CCNE du 30 mars 2020 :

Toute mesure contraignante restreignant les libertés reconnues par notre État de droit, notamment la liberté d'aller et de venir, doit être nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles. Elle doit être explicitée aux résidents, aux familles et aux proches-aidants, et soumise à contrôle.

Un renforcement des mesures de confinement pour les résidents des établissements et des USLD, voire des mesures de contention pour ceux dont les capacités cognitives ou comportementales sont trop altérées pour qu'ils puissent les comprendre et les respecter, ne saurait être décidé de manière générale et non contextualisée, tant la situation des établissements diffère.

- Application en établissement

La décision est prise en collégialité, et décidée par le personnel dirigeant de la structure. L'adhésion des résidents, mais aussi des personnels doit être recherchée, en insistant sur le caractère temporaire de la mesure.

Une analyse des besoins en personnel, et des ressources spécifiques à mettre en œuvre doit être effectuée avant tout déploiement de confinement contraint en chambre. Elle doit être précédée d'un avis médical pris après une discussion préalable, interdisciplinaire et collégiale.

Peut-on imposer le confinement individuel en chambre ?

Le confinement individuel contraint en chambre ne peut être imposé de manière générale. Il doit être décidé collégialement, en fonction des situations individuelles et des caractéristiques de l'établissement et se fait à l'appréciation des personnels assurant la direction de l'établissement.

Le consentement des résidents doit être recherché comme celui de son représentant légal ou de la personne de confiance le cas échéant, et le confinement contraint en chambre suppose la mise en place d'un protocole personnel et adapté avant d'être imposé.

Il est nécessairement temporaire et proportionné, devant donc être fréquemment réévalué avec un suivi quotidien de ses effets pour les résidents et, dans la mesure du possible, une discussion collégiale au sein de l'établissement toutes les semaines ou plus fréquemment.

Quelle préservation de la circulation ?

La préservation d'un espace de circulation physique, même limité, est impérative en dépit des mesures d'isolement, afin d'éviter que le confinement, quelle que soit sa justification au regard des objectifs de santé publique, ne devienne pour ceux qui n'ont plus la liberté de choisir leur cadre et leur mode de vie, une mesure de coercition.

Le confinement individuel contraint s'envisage donc en chambre individuelle.

Des mesures de contention sont ainsi à proscrire autant que possible et doivent être réservées à des hypothèses de protection du résident contre lui-même. Un avis médical, réévalué quotidiennement, est alors obligatoire. Lorsqu'une contention est réalisée, la surveillance doit être effectuée dans le respect des règles médicales et légales en vigueur.

En cas de confinement individuel en chambre, des mesures adaptées à la situation de chaque résident doivent être prises afin d'éviter au maximum les effets indésirables de l'isolement, y compris pour les résidents atteints de troubles du comportement. Des adaptations au cas par cas, en fonction de l'état des résidents, pourront ainsi être envisagées en lien avec le personnel

20/04/2020



soignant. Il peut ainsi notamment s'agir d'incitations à la motricité ou à l'activité physique dans la chambre.

Une surveillance régulière de l'état des résidents doit être organisée, au moyen d'un passage régulier des professionnels de l'établissement dans chaque chambre individuelle.

Les mesures de confinement en chambre doivent être adaptées de manière à garantir la sécurité des résidents, notamment concernant la prévention du risque incendie.

Quelles modalités d'accompagnement de ce confinement en chambre ?

Face aux effets que risque d'induire le confinement sur l'état de santé psychique et physique des résidents, les prestations d'accompagnement et d'animation en chambre doivent être, dans la mesure du possible, particulièrement encouragées. Ces prestations pourront utilement s'appuyer sur une approche non médicamenteuse et par le recours à l'intervention de psychologues.

Comment le maintien du lien social des résidents avec leurs proches est-il organisé ?

Il est important de permettre et de renforcer, dans la mesure du possible, un maintien du lien social entre les personnes et leurs proches. Il est ainsi essentiel de rassurer les résidents sur le caractère temporaire de la suspension des visites, en veillant à la bonne compréhension de la mesure.

Afin de maintenir autant que possible le lien social, l'ensemble des modalités de communication à distance sera proposé aux personnes (téléphone, vidéoconférence, mail, applications dédiées, mise à disposition de papier et stylos...) et une information en direction des familles de l'ensemble de ces modalités sera effectuée. Une attention particulière doit par ailleurs être observée par rapport aux personnes âgées ou handicapées ne pouvant téléphoner seules ou être autonomes sur les moyens de communication précédemment évoqués, afin de leur offrir un accompagnement spécifique. Un animateur pourra, si possible, être dédié à l'accompagnement individualisé pour permettre des activités journalières occupationnelles pour les personnes concernées.

Un recensement de l'ensemble des moyens de communication mobiles transportables en chambre (téléphones, ordinateurs avec caméra, tablettes, lettres) disponible au sein de l'établissement permettant à l'ensemble des personnes de garder un contact avec leurs proches doit être effectué. En cas de carence dans les moyens de communication, le directeur de l'établissement doit alors acquérir des équipements supplémentaires.

Ces communications doivent respecter l'ensemble des gestes barrières et les téléphones et combinés et autres supports tenus par les personnes ou les professionnels ou au contact de ceux-ci doivent faire l'objet d'un nettoyage systématique avant et après utilisation, et ne peuvent être déplacés en dehors d'une chambre accueillant un résident contaminé.

Tout dispositif local facilitant la communication avec les proches (journaux, forums) doit par ailleurs être facilité.

Une réflexion doit par ailleurs être engagée en cas de besoin sur la mise en place d'un accompagnement psychologique en fonction des capacités de l'établissement ou par des demandes de renforts temporaires.

20/04/2020



Exemples d'initiatives maintenues dans les établissements lorsque la situation sanitaire le permet (extrait des recommandations de J. Guedj citées supra)

Des activités au sein de l'établissement :

- Des « animations couloir » : organisation de cours de gym ou des jeux (bingo, loto, karaoké, mots croisés, etc.), chaque résident participant sur le palier de sa porte ;
- Des activités en petit groupe dans un local polyvalent de l'unité ;
- La diffusion de musique à chaque étage.

Des activités extérieures, lorsque l'établissement est doté d'un jardin ou d'une cour :

- Promenades individuelles, seul ou avec un professionnel de l'établissement ;
- Activité de jardinage avec distanciation renforcée ;
- Venue de coachs sportifs, musiciens, artistes ou animateurs, créant des dynamiques de partage auxquelles les résidents participent depuis leur balcon ou leur fenêtre ;
- Activités collectives avec distanciation sociale en petit groupe en extérieur ;
- Rendez-vous « chanté » : des personnels se réunissent pour chanter ou danser dans un lieu central (atrium, cour, allée), les résidents pouvant les écouter de leur fenêtre ou des balcons.

Le maintien de temps d'échange lors des repas :

- Déjeuner « de couloirs » : chaque résident est installé à l'entrée de sa porte le temps du déjeuner, et peut ainsi au moins voir sinon parler avec ses voisins ;
- En microgroupe, dans un local polyvalent ou une salle à manger d'unité, dans le respect des distances de sécurité : organisation des déjeuners avec quelques résidents, en « tournant ».

Initiatives pour garder un lien précieux avec l'extérieur :

- Téléphone ;
- Tablettes et l'ensemble des dispositifs de visioconférence permettant des retrouvailles virtuelles ;
- Déploiement d'outils numériques multiples, la mission avait pointé dans le rapport d'étape les besoins en la matière (équipement, connectivité Wi-fi et 4G) et poursuit ses travaux pour faciliter en période de confinement le déploiement des outils
- Mais aussi toutes les relations épistolaires ou attentions venues de l'extérieur de l'Ehpad (envoi de lettres, de dessins, de cadeaux et attentions pour les résidents, etc.)

3. RECOMMANDATIONS RELATIVES AU RETABLISSEMENT ENCADRE DES VISITES EXTERIEURES

Conformément aux annonces du ministre des solidarités et de la santé en date du 19 avril 2020, les recommandations nationales relatives aux visites extérieures aux résidents des ESSMS ainsi qu'aux patients des USLD sont assouplies, sous réserve de l'application stricte du présent protocole.

Toutefois, il est rappelé qu'il **revient aux directrices et directeurs d'établissement de décider des mesures applicables localement**, après concertation collégiale avec l'équipe soignante et en particulier les médecins coordonnateurs le cas échéant, en fonction de la situation sanitaire de l'établissement et dans le respect des préconisations en vigueur dans le territoire concerné. Pour définir le dispositif prévu pour l'établissement, il est recommandé de consulter le conseil de la vie sociale (CVS).

20/04/2020



a. Visites des proches

⇒ Conditions préalables

La demande de visite émane du résident, et dans le cas où le résident ne peut pas l'exprimer formellement en première intention, son avis est sollicité quant à l'éventualité d'une visite.

Il convient de prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale. Cette priorisation est effectuée après concertation collégiale avec l'équipe soignante et en particulier les médecins coordonnateurs le cas échéant. En fonction des contraintes et de la situation de l'établissement, il pourra être envisagé d'ouvrir rapidement ces possibilités à l'ensemble des résidents.

Les proches remplissent une demande écrite de rendez-vous, qui pourra utilement être dématérialisée. Lors de cette prise de contact, il est pris soin de porter à leur connaissance les règles d'organisation de visite qu'ils doivent formellement s'engager à respecter. Un courrier, email, ou sms de l'établissement définissant la procédure, les conditions, la méthodologie, le jour et l'heure de la visite doit être adressé aux proches en amont de la visite.

Il est notamment précisé aux proches que la durée de la rencontre sera fixée. Adaptée en fonction de l'état de santé du résident, de ses souhaits, de la situation de l'établissement et des nécessités d'organisations, cette durée est encadrée. Une référence de 30 minutes peut être adoptée par l'établissement et modulée selon les critères mentionnés *supra*. Les visites ne peuvent, en tout état de cause, excéder une heure.

Deux personnes maximum sont admises pour une visite pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur et une personne maximum pour des visites en chambre (*cf infra*). Ces personnes sont majeures (plus de 18 ans, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent).

L'ensemble des visites est enregistré dans un registre dédié, intégrant l'identité des visiteurs et leurs coordonnées, le nom de la (des) personne(s) visitée(s) ainsi que le jour et les horaires de visites. Ce registre devra être archivé par la direction de l'établissement.

Les proches signent une charte de bonne conduite par laquelle ils s'engagent à respecter l'intégralité du protocole et des mesures sanitaires. Le contenu de cette charte est adapté selon les contraintes de l'établissement.

Il s'appuie néanmoins sur le présent protocole et porte *a minima* sur les items suivants : engagement à respecter les horaires et la durée de la visite, la limitation du nombre de visiteurs et les contraintes d'âge ; engagement à respecter les règles de sécurité et les gestes barrières (notamment, impossibilité de toucher le résident ; impossibilité d'échanger des objets et denrées) ; rappel du fait qu'en cas de transgression des règles de sécurité et gestes barrières par les proches, leurs visites seront suspendues.

⇒ Sécurité de la visite

Deux impératifs doivent être respectés :

- respect des gestes barrières et mesures de distanciation physique, et rappel de l'ensemble des consignes avant et au début de la visite (ce rappel ainsi que le déroulement de la visite figure dans le courrier ou mail de confirmation adressé aux familles) ;
- garantie d'une double circulation : à aucun moment visiteur et résidents ne se croisent dans l'établissement. Les visiteurs ne doivent également pas être amenés à croiser d'autres résidents.

20/04/2020



Les consignes suivantes sont émises **a minima** pour l'arrivée des visiteurs (et peuvent être renforcées selon la situation de l'établissement) :

- lavage des mains et solutions hydro-alcooliques (SHA) ;
- prise de température à l'aide d'un thermomètre sans contact, et demande de déclaration sur l'honneur au visiteur qu'il n'a pas pris dans les 12h d'un traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, etc.) après avertissement préalable de cette mesure dans le message de rendez-vous aux familles ;
- auto-questionnaire à remplir par les visiteurs pour confirmer l'absence de symptômes (absence de signe respiratoire, de signe ORL aigu ou de signe digestif au moment de la visite et dans les 15 jours qui la précèdent) ;
- port de masques chirurgicaux, apportés par les proches ou, si possible, mis à disposition par les établissements.

Les consignes suivantes sont émises **a minima** pour le déroulé de la visite (et peuvent être renforcées selon la situation de l'établissement) :

- respect d'un circuit sécurisé de visite avec pour objectif d'éviter tout contact entre le visiteur et les résidents et les personnels de l'établissement (hormis ceux chargés d'accueillir et accompagner les visiteurs) ;
- une seule visite par créneau horaire (et donc pas plusieurs familles en même temps), en tenant compte de la taille de l'établissement (possibilité de plusieurs visites si grand établissement) ;
- distance physique d'au moins 1,50m, avec matérialisation si possible (grande table, décoration végétale, éventuellement séparation mobile vitrée ou plexiglass) ;
- pas d'échange d'objets ou de denrées.

Les consignes suivantes sont émises **a minima** pour la fin de la visite (et peuvent être renforcées selon la situation de l'établissement) :

- nettoyage des surfaces susceptibles d'avoir été touchées (et aération le cas échéant de la pièce) avant et après chaque visite, avec un produit de désinfection de surface ;
- respect du circuit des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

Pour assurer ces mesures de sécurité, il est nécessaire qu'un professionnel puisse être présent pendant les visites. Il est à noter que pour soutenir les établissements dans l'organisation de ces visites, en cas de nécessité, il pourra être prévu un retour de bénévoles en nombre limité, formés aux gestes barrières et à la distanciation sociale et connaissant les contraintes des établissements (ex : pompiers volontaires, protection civile, Croix-Rouge par exemple). En aucun cas, des bénévoles non formés et non encadrés ne pourront revenir dans l'établissement.

⇒ Le déroulement des visites : le lieu des rencontres et leur organisation

Trois possibilités de lieu sont envisageables pour organiser ces rencontres, par ordre de priorité :

- les rencontres en extérieur sont privilégiées **pour que les visiteurs ne rentrent pas dans l'établissement** :

A l'extérieur de l'établissement (terrasse, jardin, cour, parking, selon les spécificités architecturales de l'établissement). Cela suppose toutefois des conditions météorologiques clémentes et ne sera pas nécessairement soutenable dans la durée, selon les régions, du fait de potentiels épisodes de chaleur.

- en deuxième intention, dans un espace dédié au rez-de-chaussée de l'établissement, avec entrée indépendante pour les visiteurs :

20/04/2020



A l'intérieur de l'établissement, dans un lieu ayant nécessairement une entrée indépendante avec l'extérieur (pour l'entrée des visiteurs) et une entrée intérieure (pour l'entrée des résidents, accompagnés des soignants ou bénévoles habilités). Les salons et salles de restaurant des structures sont fermés au public depuis le début du confinement et pourraient notamment constituer des espaces appropriés pour ces rencontres, de même qu'un éventuel accueil de jour.

- en dernier recours, en chambre en raison de l'état de santé du résident, avec des conditions particulières :

Certains résidents peuvent présenter des contre-indications médicales (maladie aiguë grave, fin de vie, etc.), mais aussi des difficultés de mobilité significatives, ou des troubles du comportement ou des troubles cognitifs importants qui pourraient ne pas leur permettre dans certaines situations de se déplacer à l'extérieur de leur chambre. Dans ces cas, et uniquement dans ceux-ci, il apparaît envisageable qu'un proche puisse leur rendre visite directement dans leur chambre. Cela suppose des modalités spécifiques plus strictes que celles détaillées dans le protocole commun, afin de créer un univers structuré et sécurisé au niveau des risques pandémiques :

- une seule personne à la fois ;
- une durée plus réduite, à apprécier ;
- en cas de fin de vie, présence autorisée d'un mineur ;
- équipements de protection individuelle requis.

b. Visites des professionnels indispensables

Les directrices et directeurs d'établissement, en lien avec les soignants et notamment le médecin coordonnateur le cas échéant, peut décider d'un retour très encadré de intervenants libéraux et des professionnels strictement indispensables à la préservation de l'autonomie des résidents.

Les visites s'effectuent impérativement sur la base de la signature par le professionnel d'une charte de bonne conduite assurant du respect des consignes de sécurité et d'hygiène. Les intervenants libéraux disposent de leurs propres EPI. Le nombre de professionnels différents est limité au maximum. Il est ainsi possible que les professionnels soient amenés à prendre en charge des personnes ne faisant pas parties de leur patientèle habituelle. Il sera alors primordial d'organiser une continuité des soins entre l'intervenant libéral et le professionnel qui suit habituellement la personne. Des comptes rendus devront être rédigés pour un meilleur suivi.

C. Annexe 3

Questionnaire destiné aux IDEC ou aux Cadres de santé (ou faisant fonction)

1. *Une seule réponse possible.*

Option 1

2. Quelle est votre ancienneté en tant qu'IDEC en EHPAD ?

3. Dans quelle zone géographique êtes-vous situé(e) ?

4. Votre structure est un EHPAD :

Une seule réponse possible.

public autonome

public territorial

privé non lucratif

privé lucratif

5. Combien de lits d'hébergement permanent avez-vous dans votre EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- moins de 60 lits
- de 60 à 80 lits
- de 81 lits à 110 lits
- plus de 110 lits

6. Dans votre établissement y a t-il ?

Plusieurs réponses possibles.

- une unité de vie protégée
- un accueil de jour

7. Dans votre EHPAD, y-a-t 'il un médecin coordonnateur?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

8. Durant la crise sanitaire, un psychologue est-il intervenu dans votre EHPAD ?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

9. Si oui, ce psychologue est-il intervenu ?

Plusieurs réponses possibles.

- auprès des résidents
- auprès des salariés

10. Quel est votre niveau de GMP (GIR Moyen Pondéré) ?

Une seule réponse possible.

- entre 0 et 250
- entre 251 et 660
- entre 661 et 1000

11. Quel est votre niveau de PATHOS

12. Votre établissement a-t'il été touché par la pandémie de Covid-19 ?

Si oui, veuillez répondre aux questions 12,13 et 14 sinon passez directement à la question 15.

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

13. Si oui, combien de résidents ont été contaminés par la Covid ?

14. Si oui, combien de salariés ont été contaminés par la Covid ?

15. Si oui, combien de décès en lien avec la Covid ont été recensés dans votre EHPAD ?

16. Dans votre EHPAD, le confinement strict en chambre a-t'il été mis en place?
Si oui, veuillez répondre à la question 16, 17, 18, 19 et 20 sinon passez directement à la question 21.

Une seule réponse possible.

oui

Non

17. Si oui, la mesure de confinement strict en chambre a-t-elle été adaptée à la situation épidémique de votre établissement ?

Une seule réponse possible.

oui

Non

18. Si oui, l'état de santé des résidents de votre EHPAD a-t-il été fragilisé par ce confinement strict en chambre ?

Une seule réponse possible.

oui

non

19. Si oui, la fragilisation de l'état de santé des résidents impacté par ce confinement, est-elle consécutive à l'altération de la qualité de vie dans l'EHPAD ?

Une seule réponse possible.

oui

Non

20. Si oui, quels ont été les signes somatiques des résidents fragilisés par ce confinement ?

21. Si oui, quels ont été les signes psychiques des résidents fragilisés par ce confinement ?

22. Concernant votre rôle d'IDEC, avez-vous rencontré des difficultés dans l'application des mesures de protection sanitaire recommandées par les ARS pour la gestion de l'épidémie Covid-19 ?

Une seule réponse possible.

oui

Non

23. Quel(s) type(s) de difficultés avez-vous rencontré(s) lors de la gestion de l'épidémie ?

Si vous avez répondu "autre", veuillez répondre à la question 23 sinon passez directement à la question 24.

Plusieurs réponses possibles.

organisationnelle (par ex. : réajustement permanent par les ARS des mesures sanitaires, protocoles et procédure, réorganisation des soins...)

managériale (effectifs, communication...)

matérielle (la disponibilité de matériels de protection, test de dépistage...)

éthique (le respect des libertés individuelles...)

configuration des locaux (possibilité de sectoriser Covid + et Covid -...)

hiérarchique

gestion des familles des résidents

autre(s)

24. Quelle(s) autre(s) difficulté(s) avez-vous rencontrée(s) ?

25. Selon vous, le caractère obligatoire et standard des mesures de protection sanitaire s'est-il montré efficace dans la gestion de la crise Covid-19 ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non

26. Selon vous, l'application obligatoire et la standardisation de ces mesures voulues par les ARS ont-elles limité votre gestion pour maintenir au mieux la qualité de vie des résidents ?

Si vous avez répondu "autre", veuillez répondre à la question 26, sinon passez directement à la question 27.

Une seule réponse possible.

- pas du tout
 moyennement
 beaucoup
 autre

27. Si autre, expliquez votre choix :

28. Ces mesures de protection sanitaire imposées ont-elles impacté votre rôle dans l'équilibre, sécurité et qualité de vie des résidents ?

Si vous avez répondu 'oui', veuillez répondre à la question 28, sinon passez directement à la question 29.

Une seule réponse possible.

oui

Non

29. Si oui, pourquoi ?

30. Pendant la limitation des visites de personnes extérieures dans l'EHPAD, la qualité de vie des résidents a-t-elle pu être prise en compte dans l'ensemble des mesures de protection sanitaire ?

Une seule réponse possible.

oui

Non

31. Quelles mesures avez-vous pu mettre en place, afin de maintenir la qualité de vie des résidents malgré les mesures restrictives ?

Si vous avez répondu "autre(s)", veuillez répondre à la question 31, sinon passez directement à la question 32.

Plusieurs réponses possibles.

- adapter les prises en soins
- réorganiser les soins
- prévoir du personnel supplémentaire
- accompagner individuellement les résidents à l'extérieur
- proposer des soins de bien-être et de confort aux résidents
- mettre en place des cellules d'écoute psychologique pour les résidents
- mettre en place des cellules d'écoute psychologique pour les salariés
- appeler avec les résidents par visioconférence les familles et les proches
- avoir recours à la télémédecine pour les médecins traitants et les spécialistes
- permettre aux résidents en fin de vie de voir leur famille et leur proche
- autre(s)

32. Si autre(s), veuillez préciser ?

33. Selon vous, votre EHPAD a-t-il disposé suffisamment de moyens matériels et humains, afin de mettre en place les mesures citées ci-dessus ?

Si vous avez répondu "peu satisfait" ou "non satisfait", veuillez répondre à la question 33, sinon passez directement à la question 34.

Une seule réponse possible.

- très satisfait
 satisfait
 peu satisfait
 non satisfait

34. Si vous avez répondu "peu satisfait" ou "non satisfait", pour quelles raisons ?

35. Comment évaluez-vous la gestion de la qualité de vie et la qualité de la continuité des soins pendant le confinement dans votre EHPAD ?

Si vous avez répondu "peu satisfait" ou "non satisfait", veuillez répondre à la question 35, sinon passez directement à la question 36.

Une seule réponse possible.

- très satisfaisante
 satisfaisante
 peu satisfaisante
 non satisfaisante

36. Si vous avez répondu "peu satisfait" ou "non satisfait", pourquoi ?

37. Selon vous, le maintien de l'équilibre, protection et qualité de vie, est-t'il possible en cas de crise sanitaire grave comme la crise Covid ?

Une seule réponse possible.

oui

non

38. Selon vous, quelles sont les actions correctives à mettre en place par l'IDEC, afin de protéger sans nuire ?

39. Quelles ont été vos missions spécifiques les plus mobilisées lors de la gestion de la crise épidémique ?

40. Comment avez-vous vécu cette période de gestion de crise sanitaire sans précédent ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Coronavirus (COVID-19)

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX MESURES DE PROTECTION DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES ET LES USLD

Conformément aux décisions du Conseil de défense et de sécurité nationale du 28 octobre 2020, le plan de lutte contre l'épidémie de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux¹ demeure en vigueur dans ses principes, avec des adaptations visant à prendre en compte les conséquences des mesures prises pour la population générale et la dégradation de la situation épidémique.

Le présent document précise les recommandations désormais en vigueur s'agissant de l'organisation des visites et des mesures de protection au sein des EHPAD, des autres établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées (résidences autonomie...) et des unités de soins de longue durée (USLD). Ces recommandations seront levées dès que la situation le permettra.

Au regard de l'évolution de l'épidémie dans les établissements, l'Etat appelle à la très stricte application de ces recommandations dans l'ensemble des structures concernées.

Résumé des mesures :

- Les visites extérieures sont strictement encadrées afin que les résidents puissent continuer à recevoir leurs proches. Il est absolument indispensable que tous les établissements mettent en place ces mesures d'encadrement visites.
- Les sorties dans les familles sont suspendues temporairement.
- Les accueils de jour ne disposant pas d'entrée séparée sont fermés.
- Les visites des professionnels et des bénévoles formés sont maintenues pour éviter au maximum les ruptures d'accompagnement.
- Les établissements qui le peuvent constituent des secteurs dédiés aux cas suspects ou confirmés (secteurs COVID) afin d'éviter le confinement des résidents dans les chambres.
- Des actions de dépistage avec des tests antigéniques sont déployées pour tester les professionnels asymptomatiques exerçant au contact des personnes hébergées afin d'éviter la propagation du virus au sein des établissements.

Ces consignes sont adaptées par les agences régionales de santé (ARS) en fonction de la situation sanitaire locale.

Il revient aux directeurs et directrices d'établissement de décider des mesures de gestion applicables après concertation collégiale avec l'équipe soignante, notamment le médecin coordonnateur (EHPAD),

¹ Le plan de lutte contre l'épidémie de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux, en date du 1^{er} octobre, rassemble les recommandations nationales relatives à l'organisation des établissements, à la prévention et au dépistage, aux dispositifs de soutien sanitaire et de prise en charge, aux mesures de soutien en ressources humaines et à l'anticipation de la grippe saisonnière.



en fonction de la situation sanitaire de la structure et dans le respect des préconisations délivrées par l'ARS. La mise en œuvre de ces mesures doit impérativement :

- donner lieu à une consultation du conseil de la vie sociale de l'établissement ou de toute autre forme d'instance de participation, qui associe les représentants des personnes, de leurs familles, et des professionnels qui les accompagnent ;
- faire l'objet d'une communication à l'ensemble des résidents et leurs familles et aux professionnels extérieurs (par mail, et/ou téléphone et affichage).

1. FOCUS SUR LES VISITES EXTERIEURES

⇒ **Dans les établissements n'ayant pas de cas de COVID-19 : 10 consignes clés**

1. Les gestes barrières sont respectés en toute circonstance. Le port du masque est impératif pendant toute la durée de la visite. Une [vidéo](#) rappelant ces gestes est disponible sur le site du ministère de la santé et peut être diffusée à l'entrée dans l'établissement.
2. Les visites des proches sont organisées uniquement sur rendez-vous, en semaine et le week-end. Les directions des établissements peuvent fixer un nombre limité de visiteur par résident et/ou un nombre maximal de visiteurs simultanément par plage de RDV.
3. Chaque visiteur complète un registre en mentionnant son nom, adresse et numéro de téléphone.
4. Chaque visiteur doit signer une charte engageant à porter un masque et à respecter la distance physique et les gestes barrières pendant la durée de la visite.
5. Une zone de désinfection et de contrôle est aménagée à l'entrée de l'établissement pour l'application du gel hydroalcoolique et la vérification du port du masque.
6. Les visites se tiennent dans un espace dédié aménagé pour garantir le respect des gestes barrières. Il convient d'aérer régulièrement l'espace et de procéder au bio-nettoyage des locaux, notamment entre chaque visite.
7. Les visites des proches dans les chambres sont suspendues sauf accord de la direction (exceptions des résidents ne pouvant pas se déplacer, ayant impérativement besoin de leurs proches aidants pour accomplir certains actes de la vie quotidienne², ou pour les situations de fin de vie).
8. Les directions des établissements suspendront toute visite lorsque les proches ne respectent pas les gestes barrières et les mesures de protection mises en place.
9. Les résidents et leurs proches sont régulièrement informés des mesures.
10. Les visiteurs sont invités à réaliser un test de dépistage en amont de la visite et par leurs propres moyens – le déploiement des tests antigéniques pourra permettre aux visiteurs de réaliser ce dépistage.
⇒ **En cas de survenue de cas de Covid-19, les visites des proches sont suspendues temporairement, sur tout ou partie de l'établissement en fonction de sa configuration et de la situation sanitaire.**

² Notamment l'aide à la prise de repas, aide à l'habillage



- Ces mesures sont prises sur décision de la direction de l'établissement et pour une durée déterminée (de l'ordre de 7 jours) renouvelable selon la situation.
- Il convient de s'assurer que chaque résident dispose d'un moyen numérique/téléphonique pour garder un lien à sa famille. Il est rappelé que les moyens partagés de communication (tablette par exemple) devront être désinfectés après chaque utilisation.
- Les visites des proches peuvent être autorisées à titre exceptionnel par la direction de l'établissement notamment pour les situations de fin de vie ou dans le cas de troubles psychogériatriques d'un résident.
 - ⇒ **Les visites des professionnels et des bénévoles formés sont maintenues pour assurer la continuité de l'accompagnement et éviter toute perte de chance.**
- Les visites des professionnels extérieurs (professionnels libéraux, HAD, équipes mobiles...) ainsi que des bénévoles ou des proches qui participent au projet de soin doivent être maintenues pour assurer la continuité de l'accompagnement et éviter les ruptures susceptibles de provoquer une aggravation de la perte d'autonomie de la personne. Les consultations pourront néanmoins être effectuées par télé médecine chaque fois que possible.
- Les visites des mandataires judiciaires doivent également pouvoir être maintenues.
- Les visites des professionnels des cultes peuvent être maintenues.
- Ces visites doivent impérativement se dérouler dans le strict respect des gestes barrières, sous peine de suspension, et selon l'organisation définie par l'établissement

2. FOCUS SUR L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS

⇒ **Fonctionnement**

- Les sorties dans les familles et pour des activités extérieures sont suspendues temporairement.
- Les activités collectives sont maintenues par petits groupes si elles sont compatibles avec le respect des gestes barrières et avec la situation sanitaire de l'établissement. Dans tous les cas, la pièce utilisée sera aérée à la fin de l'activité et elle devra faire l'objet d'un bio-nettoyage. Le confinement en chambre est limité à la stricte nécessité.
- Les accueils de jour sont maintenus en petits groupes composés des mêmes personnes (de l'ordre de 8 à 10) avec un renforcement des mesures de prévention : repérage biquotidien des signes et symptômes des personnes et des professionnels, prise de températures à l'arrivée et au départ de la personne, traçabilité dans le dossier de soin des personnes accueillies. Une vigilance particulière est apportée au respect des gestes barrières lors de la prise des repas et pendant les transports. Les accueils de jour ne disposant pas d'entrée séparée de l'établissement sont fermés.
- Dans les établissements avec cas de COVID, les nouvelles admissions de résidents sont reportées à l'exception des situations d'urgence (sortie d'hospitalisation ou maintien à domicile critique). Un isolement de 7 jours est alors requis.

⇒ **Secteurs COVID**

- Les établissements constituent des secteurs dédiés aux cas positifs ne nécessitant pas une hospitalisation, afin d'éviter le confinement des résidents dans les chambres.
- Ces espaces doivent permettre un isolement collectif des cas de COVID autorisant une déambulation au moins en journée notamment pour les résidents déambulants.



- Si les locaux de l'établissement ne le permettent pas, des solutions alternatives sont organisées à l'échelle du territoire par les établissements médico-sociaux et/ou sanitaires avec l'accord de l'ARS.
- L'isolement en chambre des cas de COVID doit être limité à des situations exceptionnelles pour une durée limitée, après concertation collégiale, en recherchant le consentement de la personne et information de la famille.
 - ⇒ **Suivi des stocks sensibles**
- Les établissements veillent tout particulièrement au suivi de leurs approvisionnements et de leurs stocks en oxygène. Ils veillent aussi à leurs approvisionnements en masques et équipements de protection individuels (EPI) et constituent un stock de sécurité correspondant à 3 semaines de fonctionnement.

3. FOCUS SUR LA STRATEGIE DE DEPISTAGE

⇒ **Les tests antigéniques sont déployés pour les professionnels asymptomatiques**

Les tests antigéniques sont désormais déployés dans les établissements médico-sociaux pour tester les professionnels asymptomatiques exerçant notamment au contact des personnes âgées. Une campagne spécifique est mise en place dans les EHPAD pour tester les professionnels à leur retour de congés ou s'étant exposés à des risques particuliers à partir du 2 novembre 2020, sur autorisation du préfet de département (instruction du 26 octobre 2020).

Des campagnes ultérieures de dépistage pourront être organisées en accord avec l'ARS.

⇒ **Le dépistage est réalisé par test RT-PCR pour les résidents symptomatiques ou en cas de survenue de cas de COVID-19 dans l'établissement**

- Tout résident ou tout professionnel présentant des symptômes évocateurs est testé par test RT-PCR.
- Dès l'apparition d'un cas de COVID détecté, tous les résidents et tous les professionnels sont testés systématiquement par test RT-PCR. En cas de résultat négatif, le test est renouvelé dans un délai de 7 à 10 jours.
 - ⇒ **En cas de test positif chez un professionnel :**
- Un test positif conduit à une éviction de 7 jours après le test (reprise du travail au 8ème jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et respect de mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants).
- Toutefois, dans le cas où un personnel asymptomatique est non remplaçable, la possibilité dégradée d'un maintien en poste avec un renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est envisageable conformément à l'avis du HCSP du 23 mai 2020.

