



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Diplôme Universitaire Infirmier.ère Référent.e et Coordinateur.trice
en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2019-2020

« Rôle de l’infirmière coordinatrice
dans la relation auprès des familles
lors d’une crise sanitaire. »

Participants :

ALVES PEREIRA MELO Silvana

BEN SASSI Ouasila

LE BRIS Sandrine

MLANAOINDROU Bilkisse

Directrice de mémoire :

CHARUEL LAZARE Valérie

REMERCIEMENTS

Nos remerciements les plus sincères, à toutes personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Particulièrement à CHARUEL LAZARE Valérie, notre directrice de mémoire, pour le temps qu'elle nous a consacré.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I.SITUATION D'APPEL	3
II.QUESTION DE RECHERCHE	4
III. CADRE CONCEPTUEL	5
1. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	5
a.Définition de l'EHPAD	5
b.Missions et prestations	5
2. Relation avec les familles	6
a.Définition du résident	6
b.Le lien entre les familles et les résidents	8
c.Cadre législatif	8
3. La crise sanitaire	10
a.Définition de la crise sanitaire	10
b.La crise sanitaire en EHPAD	11
4. L'infirmier.ère coordinateur.trice (IDEC)	12
a.Définition de l'infirmière coordinatrice	12
b.Les missions de l'infirmière coordinatrice	12
c.Le rôle de l'IDEC dans la crise sanitaire	13
5. L'éthique et la déontologie	14
a.Définition de l'éthique	14
b.L'éthique au cœur des soins	14
c.Le code de déontologie des infirmiers	15
d.Cadre législatif	16
IV.MÉTHODE EXPLORATOIRE	17
1.Choix de l'outil	17
2.Population ciblée et lieu de l'enquête	17
3.Objectifs de l'entretien	18
4.Avantages et limites de l'enquête	18
VI.ANALYSE DES RÉSULTATS	20
1.Le rôle de l'IDEC auprès des familles et des résidents	20

2.Mesurer les répercussions de la crise sanitaire sur les résidents	22
3.Dilemme éthique de l'IDEC	23
CONCLUSION	25
Résumé	26
Abstract	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	30

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation concernant le DU d'infirmier.ère coordinateur.trice en EHPAD et en SSIAD, il nous a été demandé d'élaborer un travail à plusieurs sur un thème qui nous concerne toutes. Nous sommes quatre infirmières, deux IDEC en EHPAD, une IDEC en SSIAD, une infirmière hospitalière. Nous avons donc choisi de parler de la crise sanitaire que nous affrontons actuellement car elle touche tout particulièrement les personnes âgées vivant en EHPAD.

Depuis cinq ans, on dénombre près de 728 000 personnes vivant en institution médicalisée, soit 10% des personnes âgées de plus 75 ans. L'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tardivement et la perte d'autonomie est en nette augmentation. La population est en grande majorité féminine.

Notre choix s'est basé sur une situation d'appel vécue par l'une d'entre nous dans son établissement. Dans cette situation, l'IDEC se retrouve en difficulté avec une famille de résident mécontente et refusant de se plier aux recommandations sanitaires. Effectivement, au début du confinement les médias ont répandu un certain nombre d'informations avant même que les EHPAD aient pu s'organiser. Les visites aux personnes âgées ont été suspendues alors que le travail de communication avec les familles n'avait pas été encore réalisé.

Cette situation, nous a amené à nous interroger sur le rôle de l'IDEC dans la gestion de la crise sanitaire. En effet, en tant que cadre de santé, notre rôle est de garantir la sécurité des équipes et des résidents dans le respect des règles institutionnelles. Au moment de la crise sanitaire, nous avons eu le devoir d'appliquer des recommandations sanitaires drastiques émanant de l'ARS. Bien que ces recommandations aient eu pour but de préserver la santé de nos personnes âgées certaines consignes se sont révélées parfois en opposition avec les valeurs soignantes.

Ce qui nous a conduits à vouloir travailler la question de recherche suivante :

Comment l'IDEC, dans un EHPAD en situation de crise sanitaire, peut-elle concilier ses valeurs éthiques et sa déontologie professionnelle auprès des résidents et des familles tout en respectant les recommandations préconisées par les instances gouvernementales ?

I.SITUATION D'APPEL

Mr et Mme C sont accueillis depuis le 15/07/2019 au sein de l'EHPAD. Ils quittent leur domicile de la région de Cannes pour venir en région Parisienne se rapprocher de leurs 3 enfants.

Ces derniers ont bien conscience de la pathologie de leur père diagnostiqué Alzheimer. Leur mère ne semble plus en mesure de gérer le quotidien du couple ce qui motive leur entrée en EHPAD.

Depuis leur arrivée, nous observons des troubles cognitifs se majorer pour madame, elle est désorientée dans le temps et dans l'espace et très en colère. Mr semble plutôt stable évoluant sur un versant apathique.

Les enfants ne semblent pas prendre la mesure des troubles de leur mère, et viennent très peu en visite.

Mars 2020 l'établissement ferme très tôt ses portes aux visiteurs

Durant les mois d'Avril et Mai, la famille entretient une relation téléphonique avec leur parent, de plus en plus difficile du fait des troubles cognitifs d'autant plus majoré pendant le confinement. Les enfants ont toujours refusé les appels vidéo proposés au sein de l'EHPAD.

Début Juin, les enfants sollicitent un RDV selon la procédure, RDV qui n'est pas pu être pris car les enfants sont disponibles que le Week-end et l'établissement ne propose des accueils que en semaine.

Cela provoque la colère de la fratrie qui menace d'arriver à l'improviste le week-end suivant en y étant autorisé ou non. Leur visite se ferait évidemment en chambre ; les enfants ne voulant pas tenir compte des contraintes proposées par l'établissement.

Selon le planning ce serait l'IDEC qui sera de permanence.

II.QUESTION DE RECHERCHE

Comment l'IDEC, dans un EHPAD en situation de crise sanitaire, peut-elle concilier ses valeurs éthiques et sa déontologie professionnelle auprès des résidents et des familles tout en respectant les recommandations préconisées par les instances gouvernementales ?

III. CADRE CONCEPTUEL

1. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

a. Définition de l'EHPAD

Selon le site internet EHPAD-FR, un EHPAD « *est une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable.* »¹

Un EHPAD est une résidence médicalisée qui dispose d'une équipe pluridisciplinaire qui s'occupe et accompagne des personnes âgées vulnérables qui nécessitent un accompagnement quotidien qui n'est pas possible à son domicile.

b. Missions et prestations

L'établissement propose des prestations comme l'hébergement, la restauration, la blanchisserie, des animations, une aide à la vie quotidienne, un suivi médical, ainsi que des soins individualisés à chaque résident.

L'EHPAD assure un accompagnement personnalisé de la personne âgée en lien avec leur entourage pour mieux répondre à ses besoins.

¹ www.ehpad.fr

Tous les EHPADs signent une « convention tripartite » avec le Conseil Général et l'ARS (Agence Régionale de la Santé) afin de définir le fonctionnement de l'établissement.

2. Relation avec les familles

a. Définition du résident

Le résident en Ehpad est *une personne âgée le plus souvent âgée de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physique et mentales.*²

En France, en 2019, l'espérance de vie est de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes. Ces cinq dernières années, ils ont gagné 0,5 an d'espérance de vie et les femmes 0,2 an. L'espérance de vie continue de progresser mais les gains ralentissent. La progression est plus rapide pour les hommes que pour les femmes.³

D'après ces chiffres et la réalité du terrain on peut constater que la plupart des résidents qu'on accueille en EHPAD sont largement plus âgés que 60 ans, ils ont en moyenne 70-90 ans.

Par l'augmentation de la durée de vie qui a beaucoup évolué au fil des siècles, nous constatons que les résidents présentent une dépendance physique mais aussi psychique. Ils ont des besoins biologiques, physiologiques, sociaux, culturels et spirituels que nous devons prendre en compte en EHPAD.

La population accueillie en EHPAD a une dépendance qui est cotée par le groupe iso-ressources (GIR). Le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6, le plus faible.⁴

D'après toutes ces données, on peut constater que les personnes âgées sont des personnes vulnérables.

² <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

³ <https://www.insee.fr/>

⁴ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

Lors de ce confinement dû à cette crise sanitaire on remarque que le résident a été très affecté par cet « enfermement » imposé par l'Etat dû au COVID 19. Ce confinement peut être considéré comme une contention passive. On parle de contention passive car les résidents ont été dans l'obligation d'être enfermés dans leur chambre, et de subir la coupure des liens sociaux. Ce qui pouvait être très traumatisant pour certains, qui sont très fragiles psychologiquement. Comme le dit dans l'article paru en juin 2020 dans les petits frères des pauvres « *L'absence de lien social contribue beaucoup à la dépression chez le sujet âgé. La meilleure façon de lutter contre cette dépression, c'est le maintien d'un lien social de qualité. C'est un élément protecteur contre le risque de passage à l'acte suicidaire. La solution est humaine, elle n'est pas seulement médicamenteuse. La bonne pilule anti dépressive, c'est le lien social ! Une autre conséquence de l'isolement est la perte d'activité physique qui est un élément essentiel pour la santé des personnes âgées. La première incapacité physique des personnes âgées, ce sont les difficultés de déplacement. De nombreuses personnes âgées ne sortent qu'accompagnées d'un professionnel comme l'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie, d'un aidant familial, d'un voisin ou d'un bénévole. Quand on est isolé, quand on a peu de contacts, et encore plus avec le confinement, on sort moins. Cela favorise la perte musculaire, le déclin des capacités physiques et la crainte de tomber.* »⁵

Donc on constate plusieurs conséquences sur les besoins qu'on a vues plus haut du résident d'ordres physiologiques, sociaux, culturels et spirituels.

b. Le lien entre les familles et les résidents

Les familles ont une place importante lorsqu'il faut décider du placement de la personne âgée dépendante. Dans la majorité des cas, ce sont les enfants qui prennent cette lourde décision de déraciner cette personne de son logement pour diverses raisons. Lors des entretiens de pré admission en EHPAD, on se rend vite compte que les enfants présents, développent une certaine culpabilité qui va aboutir à un besoin de tout savoir dans le but de se rassurer et parfois même de contrôler la prise en charge de leur proche. D'où l'importance pour l'IDEC, d'instaurer une

⁵ https://petitsfreresdespauvres.fr/plusjamaisinvisibles/files/2020_06_04_rapport_isolement_des_personnes_âgées_et_confinement.pdf page 80

relation de confiance basée sur une communication transparente. Pour le résident cela s'avère indispensable de pouvoir compter sur la proximité physique et psychologique des familles.

D'après Michèle Myslinski, « nous ne pouvons que déduire l'absolue nécessité des liens entre le vieillard et sa famille selon les modalités relationnelles instaurées spontanément entre ces deux pôles, au cas par cas de chaque groupe familial ». « Nous, soignants, de ce fait », dit encore Michèle Myslinski, « sommes autorisés à prendre en compte l'existence de ces familles. Ceci nous demande donc de les mieux connaître, d'apprécier leurs besoins dans ce domaine particulier qu'est la relation avec un parent dépendant et âgé, dans une visée d'élaboration de nos attitudes envers elles. »⁶

c. Cadre législatif

Dans l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation d'handicap ou de dépendance⁷. Stipule que le maintien des relations familiales des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Art R4311-2⁸ ... le respect des droits de la personne dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes psychologiques physiologiques économiques sociales et culturelles. ... en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans le cadre de vie familiale ou sociale.

Art L1111-6 de la Loi du 4 mars 2002⁹ définit le rôle de la personne de confiance : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. ». De plus, cette Loi mentionne notamment que « lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence

⁶ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm>

⁷ Voir annexe 5

⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001651769

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006685772/2004-03-09/>

ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »

D'après ces lois nous voyons déjà l'importance de la famille, de l'entourage à inclure dans la prise en charge de la personne âgée en EHPAD. Toutes décisions seront prises tout d'abord avec le résident mais nous voyons bien que si cette personne est dans l'incapacité vu qu'elle rentre dans une dépendance en maison de retraite et qu'elle ne peut pas prendre ses décisions elle-même sa famille ou son entourage devra être pris en considération ou du moins partager les décisions prises.

3. La crise sanitaire

Depuis décembre 2019, des études démontrent l'apparition d'un virus venant de Chine, connu sous le nom de Covid 19 qui se répand dans le monde entier en quelques mois. Cette nouvelle maladie infectieuse respiratoire a fait au moins un million de mort dans le monde. « *Le 11 mars 2020, l'OMS annonce que la Covid-19 peut être qualifiée de pandémie, la première déclenchée par un coronavirus* ». ¹⁰

Notre pays doit faire face à une épidémie d'une envergure inédite. Notre système de santé déjà en souffrance, se retrouve rapidement dépassé par les évènements.

A ce jour, l'épidémie en France est en augmentation et à un niveau élevé. La personne âgée est la population la plus touchée par cette épidémie, de par les particularités liées à leur état de santé.

a. Définition de la crise sanitaire

« Plusieurs experts s'accordent à définir la crise sanitaire comme une situation induite par une menace réelle ou supposée pour la santé qui conduit au dépassement de la capacité d'action normale des services, surprend les décideurs, restreint leur temps de réaction et génère du stress. » ¹¹

En France, selon Légifrance, nous avons malheureusement comptabilisé à la date du 26 Octobre 2020, 1 165 278 de cas confirmés de Covid-19, parmi ces chiffres on dénombre, 35 018 de personnes décédées. En ce qui concerne les EHPAD et EMS (Etablissement Médico- Sociaux), les cas de Covid confirmés sont de 57 261 alors que le nombre de personnes décédées dans ces établissements s'élève à 11 126.

Afin de mieux comprendre la situation, il nous semble nécessaire de traiter le sujet du confinement.

Le Centre des Recherches Textuelles et Lexicales, définit le confinement comme étant *“Le maintien d'un être vivant dans un milieu de volume restreint et clos.”* ¹²

¹⁰ Revue Pasteur www.pasteur.fr

¹¹ Revue Vecteur Santé n°13 Novembre 2006 <https://eheps.inist.fr/vibad/control>

¹² <https://www.cnrtl.fr/confinement>

En France, le confinement est mis en place le 17 Mars et ce jusqu'au 11 Mai 2020. Le but de cette mesure sanitaire est de restreindre les contacts humains lors des déplacements. Ce confinement national sera accompagné d'une campagne de recommandations des "gestes barrières". Lors d'une allocution à la nation, le président de la République annonce que la France est en "guerre sanitaire" contre cette épidémie.

Le confinement va impliquer des restrictions strictes, avec autorisations de sortie, que si cela s'avère indispensable.

b.La crise sanitaire en EHPAD

Bien entendu, ces restrictions vont impacter les EHPAD par la mise en place de recommandations établies par l'ARS. Rapidement le plan bleu va être déclaré. Ce plan bleu va proposer différentes actions pour protéger les résidents et le personnel. (Annexe recommandation ARS). Durant un peu plus d'un mois les visites ont été interdites.

Concernant les résidents, il est notifié, *"l'interdiction des sorties collectives ; - les sorties le week-end au domicile des familles et/ou des proches ou pour des séjours de loisirs sont suspendues ; - les consultations médicales qui ne sont pas urgentes doivent être reportées ou réalisées en téléconsultation dès l'ouverture des possibilités techniques."*

Pour les familles et proches, *" Les visites aux résidents de l'établissement sont interdites afin de protéger les résidents et les professionnels d'un risque de contamination ; - de manière dérogatoire, sur autorisation expresse du directeur de l'établissement et après avis médical, des exceptions peuvent être accordées aux familles afin de prévenir une altération importante de l'état de santé du résident : décompensation psychique, troubles du comportement."*¹³

Dès lors, on doit se demander quel va être l'impact de ces restrictions sur les personnes âgées et leur famille.

¹³ <https://www.ilefrance.ars.sante.fr/covid-19>

4. L'infirmier.ère coordinateur.trice (IDEC)

a. Définition de l'infirmière coordinatrice

Il n'existe à ce jour aucune reconnaissance officielle du statut d'infirmier.ère coordinateur.trice. L'IDEC est un.e infirmier.ère diplômé.e d'état qui exerce ses fonctions dans un EHPAD sous l'autorité du directeur d'établissement.

Selon l'ordre national des infirmiers, « L'infirmière coordinatrice en EHPAD 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. Rattachée à la direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur, L'IDEC est responsable de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins dans leur globalité ».

b. Les missions de l'infirmière coordinatrice

Une fiche de poste type a été élaborée par l'ARS d'Alsace, elle recense ainsi les missions qui sont attribuées à l'IDEC dans un EHPAD :

- Elaboration du projet d'établissement avec l'équipe de direction et assurer sa mise en œuvre ;
- Coordonner les différents acteurs autour du résident (équipe soignante, médicale, paramédicale, hôtelière, direction, intervenants extérieurs, familles) dans les aspects administratifs et logistiques ;
- Être le garant de la qualité des soins et du respect des bonnes pratiques professionnelles ;
- Manager l'équipe soignante.

Néanmoins, les missions de l'IDEC peuvent varier d'un EHPAD à l'autre. Certains professionnels ne voient qu'une partie de leur temps de travail attribué à ces missions quand d'autres l'exercent à temps plein.

Ce professionnel reste un élément clé, fondamental pour un accompagnement de qualité du résident et de l'équipe au sein de l'EHPAD.

L'IDEC doit avoir de l'éthique parce qu'il exerce auprès de l'humain et avec l'humain. Il s'occupe de personnes malades ou de résidents et gère une équipe composée de personnes avec leurs propres interrogations. L'IDEC est la pièce maîtresse dans la bienséance et dans la bonne application de celle-ci par son équipe, elle se doit aussi de respecter le code déontologique et ce code le fait s'engager à certaines missions dont la première est le respect de la vie humaine. Elle respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. Il est à noter également que ce code est évolutif afin de suivre les évolutions professionnelles vu que c'est une profession qui est en constante évolution.

Actuellement, l'Ordre National des Infirmiers est en cours de réflexion pour formaliser un statut des IDEC, profession qui manque de reconnaissance. La majorité des professionnels exerçant ce poste a bénéficié d'une évolution, sans avoir été formée au préalable. Selon l'ARS d'Alsace, pour une large majorité, il s'agit d'une validation des compétences.

Tout espoir est fondé sur le Diplôme Universitaire Infirmier Référent et Coordinateur d'EHPAD et SSIAD afin de faire reconnaître cette profession d'IDEC qui permettra de clarifier par la suite et de mettre en valeur les différentes missions de l'IDEC.

c. Le rôle de l'IDEC dans la crise sanitaire

Concernant le rôle de l'IDEC dans cette crise sanitaire, je me suis référée à l'ARS, qui a déployé différentes actions à mener dans les établissements auprès du personnel, des résidents et des familles. Il va donc avoir plusieurs missions qui vont être de tout mettre en œuvre l'application des diverses recommandations, comme celle d'informer les résidents et les familles de l'interdiction des visites. Pour cela, ils ont dû informer, rassurer les différents protagonistes, et mettre en place des outils de communication afin de permettre de garder un lien entre les familles et les résidents.

5. L'éthique et la déontologie

a. Définition de l'éthique

Reverdy dans son livre intitulé *Le livre de mon bord*, donne comme définition, « l'éthique, c'est l'esthétique de l'intérieur ». ¹⁴

En effet, étymologiquement parlant, l'éthique vient du grec *ethikos* voulant dire moral et d'*ethos*, qui signifie les mœurs ¹⁵. L'éthique a donc toute sa place dans le domaine philosophique en se déclinant comme une science de la morale et des mœurs.

L'être humain dès les temps les plus anciens a cherché la notion du bien mais tout ceci est en effet relatif suivant les valeurs qu'on y attache. La culture, la religion ou encore la communauté à laquelle on appartient peut avoir une incidence différente sur les valeurs que nous avons et donc sur l'éthique qui en découle.

Finalement, L'éthique est un questionnement sur la façon de penser quant au bien agir en tant qu'être humain et donc sur le comportement qui va être adopté. La réflexion peut être individuelle mais la décision éthique se fait de manière collégiale afin de mettre en concurrence différentes valeurs pour aboutir vers une éthique la plus adaptée suivant les différentes valeurs de chacun.

b. L'éthique au cœur des soins

La réflexion éthique est une préoccupation au cœur du soin. Elle doit être présente chez chaque soignant. Childress et Beauchamp ont mis en avant quatre grands principes éthiques :

- L'autonomie, capacité d'un individu à décider par lui-même ;
- La justice, prodiguer des soins sans discrimination ;
- La bienfaisance, action qui tend vers le bien, en tenant compte de la conception du bien autrui ;
- La non malversation, ne pas nuire.

¹⁴ Toupie.org.Ethique

¹⁵ Toupie.org.Ethique

En revanche, nous pouvons parler de dilemme éthique lorsqu'un conflit existe « entre au moins deux principes éthiques, qui ne pourront pas être respectés peu importe l'action que l'on entreprend »¹⁶. Plusieurs divergences peuvent être à l'origine de ce dilemme.

Il a fallu préserver la santé mentale, les douleurs psychiques, les troubles créent par l'isolement de nos résidents face aux recommandations émises par les instances gouvernementales. Beaucoup de réflexions afin de conserver une valeur éthique la plus appropriée possible et tout ceci s'est fait dans chaque EHPAD grâce entre autres, à l'appui de l'IDEC.

Comme nous l'avons vu, l'éthique est l'esthétique de l'intérieur afin d'agir dans le bien pour autrui. L'IDEC est donc la « pièce maîtresse » dans la bienséance et dans la bonne application de celle-ci par son équipe. Les différents professionnels peuvent en effet, avoir des points de vue différents et l'IDEC doit les faire émerger et les confronter afin d'aboutir à des valeurs dont la morale est en adéquation avec le bien agir.

« L'éthique donne des principes directeurs : la règle déontologique leur donne un contenu concret ». La déontologie s'appuie en effet, sur des valeurs.

c. Le code de déontologie des infirmiers

« La déontologie (du grec *deon*, -ontos, ce qu'il faut faire, et *logos*, discours) est la science morale qui traite des devoirs à accomplir. »¹⁷. A son origine, « le terme déontologie a été forgé par Jeremy BENTHAM dans un ouvrage publié en 1834 : « *Deontology or the science of morality* ». Littéralement, la déontologie est la science des devoirs, ce qui est très proche de la définition originelle de l'éthique vue comme la science de la morale. »¹⁸

Le terme déontologie professionnelle fait référence à des principes dictés par l'éthique (code de déontologie). Ces règles s'articulent sur des devoirs professionnels et « reposant sur une axiologie (une philosophie des valeurs) de la profession. »¹⁹

Il existe différentes professions ayant leur propre code comme les avocats, les médecins ou encore les infirmiers.

¹⁶ <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/principes-et-dilemmes-ethiques>

¹⁷ Ethique ou déontologie : quelles différences pour quelles conséquences managériales ? IXème conférence internationale de management stratégique

¹⁸ Déontologie et les professions libérales. Le portail des professions libérales

¹⁹ Ethique ou déontologie : quelles différences pour quelles conséquences managériales ? IXème conférence internationale de management stratégique

Le code de déontologie des infirmiers²⁰ a permis « la reconnaissance de l'autonomie d'une profession... près de 70 ans après les médecins ou les sages-femmes. »²¹

d.Cadre législatif

Le code de déontologie s'appuie sur un cadre législatif inscrit dans le Code de la Santé publique avec l'article L.4312-1²² qui a été introduit par la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006. Son décret d'application est le décret n° 2016-1605 dont sa parution au Journal officiel a été le 25 novembre 2016.

Il en découle « *un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement les infirmiers habilités à exercer leur profession en France, à l'exception de ceux régis par le statut général des militaires...Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé.* »²³

Il comprend l'ensemble des droits et des devoirs des infirmiers et toute infraction à ces dispositions sont passibles de sanctions disciplinaires. Comme tout ordre ordinal, celles-ci peuvent aller du simple blâme à l'interdiction d'exercer mais au-delà de sa valeur juridique, ceci peut représenter une forte valeur symbolique.

Tout infirmier a l'obligation de s'inscrire sur le tableau et « *doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.* »²⁴

²⁰ https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf

²¹ Le code de déontologie des infirmiers. Ordre national des infirmiers

²² https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf + annexe 6

²³ Code de déontologie des infirmiers. Ordre national des infirmiers, page 4

²⁴ Code de déontologie des infirmiers. Ordre national des infirmiers, page 5

IV.MÉTHODE EXPLORATOIRE

1.Choix de l’outil

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons décidé de choisir comme outil d’enquête l’entretien semi-directif²⁵.

Nous avons choisi d’effectuer ce genre d’entretien afin d’avoir des questions ouvertes qui permettent aux personnes interrogées de s’exprimer plus librement et de pouvoir développer plus aisément leurs idées.

Pour cela nous avons dû réaliser un guide d’entretien composé de questions ouvertes. Cet outil va nous permettre d’avoir un contact direct avec les personnes interrogées ce qui va nous permettre de reformuler nos questions en cas d’incompréhension et de réajuster les questions au cours du dialogue. Ce qui nous amènera à des informations plus fiables.

2. Population ciblée et lieu de l’enquête

Notre travail porte sur les infirmiers coordinateurs en EHPAD. Donc nous avons fait le choix de faire nos enquêtes auprès IDEC des EHPAD d’Île-de-France²⁶ car avec le contexte actuel nous ne pouvions pas élargir les lieux et cela était plus simple car nous sommes toutes d’Île-de-France.

²⁵ Voir annexe 2

²⁶

3. Objectifs de l'entretien

Afin d'obtenir des réponses pertinentes à notre question de départ, nous avons choisi d'établir 3 objectifs par le biais d'un guide d'entretien.

Mesurer les répercussions de la crise sanitaire sur les résidents.

Identifier le rôle de l'IDEC auprès des familles pendant la crise

Identifier le dilemme éthique de l'IDEC, partagé entre les recommandations et les valeurs professionnelles.

4. Avantages et limites de l'enquête

Notre choix de recueillir toutes ces informations, en utilisant un entretien semi-directifs va s'avérer judicieux pour la suite de notre travail. En effet, l'intérêt d'utiliser ce type d'outil auprès des IDEC, est de pouvoir recentrer leurs réponses sur nos questions de départ lorsque cela s'avère nécessaire.

Tout d'abord, au vu de la crise sanitaire et du manque de personnel dans les différentes structures d'hébergements, il fut difficile de trouver des IDEC disponibles pour notre mémoire. Ces infirmiers « spécialisés » devaient en premier lieu être auprès de leurs équipes et de leurs résidents parfois en souffrance.

Malgré cette épreuve, nous avons réussi à les solliciter et à les convaincre de l'utilité de ce mémoire qui peut mettre en valeur justement ces difficultés et la reconnaissance de leurs compétences dans cette crise.

Nous avons choisi un nombre limité car nous savions qu'il aurait été compliqué de trouver des IDEC. Etant quatre pour la réalisation de ce mémoire, nous nous sommes limitées à une IDEC chacune.

L'autre point sensible a été le manque de disponibilité de chacune car occupées à nos occupations professionnelles.

Puis lors de l'entretien, pour l'une d'entre elles, le débit de parole était assez rapide, car pressée par le temps. Il a été également compliqué de la réorienter dans l'entretien, ce qui a eu pour conséquence de nombreux « hors sujet ».

Nous avons remarqué pour la totalité des IDEC une volonté de se libérer par la parole afin de partager leur expérience, ce qu'elles n'avaient pas eu l'occasion de faire

VI. ANALYSE DES RÉSULTATS

1. Le rôle de l'IDEC auprès des familles et des résidents

Les résultats obtenus²⁷ lors de notre enquête montrent que tous les EHPAD ont mis en place des actions permettant de garder des liens sociaux avec les résidents

Les IDEC avec le consensus des équipes ont essayé de mettre en place des actions pour que ses liens sociaux perdurent. Malgré les difficultés rencontrées dû à l'incompréhension des familles au fait de l'arrêt de visite par les l'Etat, les EHPAD ont fait en sorte de se procurer par exemple des tablettes, de créer des boîtes mail, de faire des appels en Visio. Des outils indispensables pour que ses liens sociaux ne soit pas brisé par ce manque de visite.

Ce que nous avons observé dans les propos des IDEC, c'est que cela demander une gestion supplémentaire. Qu'elles se devaient de montrer leur investissement et leur présence auprès des résidents, des familles et des soignants. C'est ce qui en ressort, des enquêtes.

Nous pouvons constater que l'intérêt accordé aux familles et aux résidents dans les EHPAD est d'une importance considérable. Sans ces liens la prise en charge des résidents s'avère extrêmement difficile au quotidien. D'après les résultats obtenus lors des interviews on peut remarquer que toutes les IDEC se sont investies pour ne pas mettre les familles de côtés malgré les visites interdite.

Cette enquête révèle que toutes les IDEC interrogées accordé une importance aux liens sociaux et ne voulais en aucun cas brisés ces liens, mais bien au contraire de tout faire pour les maintenir avec tous les moyens possibles.

²⁷ Voir annexe 3 et-4

Malgré des recommandations considérées comme drastiques, elles ont toutes fait des exceptions de visite en accord avec la direction et les équipes pour certains des résidents par exemple pour les résidents en fin de vie.

Le plus difficile était de pouvoir gérer les familles face à ce qu'il pouvait entendre dans les médias et ce qui se passait dans la réalité. Ce qui ressort c'est que les IDEC devaient établir une communication permanente avec les familles, pour instaurer un lien de confiance. Le but de chaque personne interviewée était de permettre une qualité de prise en charge et de respecter les besoins bio psycho socio culturel du résident

2. Mesurer les répercussions de la crise sanitaire sur les résidents

Dans les quatre entretiens, la plupart des résidents ont bien compris la crise sanitaire. Par contre on remarque que les résidents ont été très affectés moralement par le confinement, principalement le confinement en chambre qui était perçu difficilement malgré la compréhension. On souligne également que les EHPADS ont mis en place des nouvelles activités pour pouvoir réduire l'absence des visites.

Un point très compliqué de cette crise sanitaire et commun entre les quatre entretiens c'était l'interdiction des visites dans Les EHPADS, chose très mal perçue par les familles et aussi par les résidents qui manquaient de contact avec leurs proches, la morale de ses résidents était vraiment en baisse et comme dit Comme le dit dans l'article paru en juin 2020 dans les petits frères des pauvres « *L'absence de lien social contribue beaucoup à la dépression chez le sujet âgé. La meilleure façon de lutter contre cette dépression, c'est le maintien d'un lien social de qualité. C'est un élément protecteur contre le risque de passage à l'acte suicidaire. La solution est humaine, elle n'est pas seulement médicamenteuse. La bonne pilule anti dépressive, c'est le lien social ! Une autre conséquence de l'isolement est la perte d'activité physique qui est un élément essentiel pour la santé des personnes âgées. La première incapacité physique des personnes âgées, ce sont les difficultés de déplacement. De nombreuses personnes âgées ne sortent qu'accompagnées d'un professionnel comme l'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie d'un aidant familial, d'un voisin ou d'un bénévole. Quand on est isolé, quand on a peu de contacts, et encore plus avec le confinement, on sort moins. Cela favorise la perte musculaire, le déclin des capacités physiques et la crainte de tomber.* » C'était toute une phase compliquée pour le personnel avec beaucoup de réaménagements à faire au niveau de son organisation professionnelle pour pouvoir colmater tous ce vide dans les résidents.

De ce fait tous les établissements ont mis en place des outils de communication comme Skype et Famileo pour permettre aux résidents et familles de maintenir un lien.

Une situation importante en ressort, c'est la gestion des décès, moment très mal vécu par les familles autant que par les équipes. C'est l'une des recommandations sanitaires, mentionnant

l'interdiction d'entrer dans les établissements, beaucoup de familles n'ont même pas pu dire un dernier au revoir à leur proche, Les IDEC mentionnent un sentiment de culpabilité qui émane des familles liées à cette interdiction venant de nos dirigeants.

3. Dilemme éthique de l'IDEC

Dans nos entretiens, il a été soulevé la difficulté à gérer les familles des résidents, et ces derniers ont une place privilégiée pour la vie de celui-ci. Nous devons en tenir compte, comme le stipule la Charte des droits et libertés de la personne âgée ou la loi du 4 mars 2002 définissant le rôle de la personne de confiance. C'est pour cette raison que le résident et ses proches ne forment qu'une même entité. En effet, les liens peuvent être très forts entre eux et de ce fait, avoir un impact sur les décisions et les obligations émises par le biais de l'IDEC.

Il en est ressorti que la gestion des familles a été complexe dû entre autres par l'interdiction des visites suivant les recommandations des instances gouvernementales, et faire admettre ceci auprès des résidents mais aussi de leur famille.

Le personnel composé de l'IDEC avait comme objectif de transmettre les informations permettant de freiner la propagation du virus. Néanmoins, la difficulté fut que certaines informations relayées par les médias arrivaient avant même que l'EHPAD ait pu recevoir les directives des instances dirigeantes.

Ce fut une épreuve éprouvante car il a fallu montrer une grande disponibilité pour tous : les résidents avec les familles mais aussi le personnel. Heureusement que des aides ont pu être apportées avec certains prestataires comme l'HAD (Hospitalisation À Domicile) ou l'équipe mobile gériatrique.

Malgré tout ceci, les IDEC interrogées, se sont retrouvées dans un état d'impuissance, d'angoisses ou de culpabilité. L'ARS donnait des recommandations qui n'étaient pas forcément en adéquation avec les valeurs éthiques du professionnel.

Comme le dit Reverdy, « *l'éthique, c'est l'esthétique de l'intérieur* »²⁸, ce qui démontre que l'IDEC se retrouve dans un dilemme ou elle doit concilier valeurs et recommandations mais aussi et surtout, les valeurs de chacun (l'équipe dans sa globalité) et trouver celle qui sera la plus appropriée. Cette réflexion doit faire partie entière du soin en n'oubliant pas non plus, les quatre principes éthiques de Childress et Beauchamp.

En revanche, elles pensent avoir toutes respecté les valeurs inscrites dans le code de déontologie en phase avec les compétences infirmières. L'IDEC a dans son âme propre le sens des devoirs rejoignant les écrits de Monsieur Bentham dans son ouvrage : « *la déontologie est la science des devoirs* ». ²⁹

La finalité a été de préserver la santé du résident dans sa globalité tout en maintenant un isolement ne permettant pas ou tout du moins, en atténuant la transmission du virus. Le juste équilibre fut dans sa complexité à mettre ceci en place avec les valeurs qui sont celles de l'IDEC. En effet, les recommandations étaient parfois en contradiction comme par exemple, comment concilier de laisser mourir un résident seul sans avoir pu voir ses proches et ses propres convictions du bien soigner.

²⁸ Toupie.org.Ethique

²⁹ Déontologie et les professions libérales. Le portail des professions libérales

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de mieux comprendre et d'appréhender la crise sanitaire que nous subissons actuellement. Nous avons pu mettre en avant les difficultés vécues par les IDEC en EHPAD. Notamment le dilemme créé par le devoir d'appliquer des recommandations sanitaires et les valeurs soignantes.

Ce mémoire démontre bien l'impact et le traumatisme vécus lors du premier confinement. Il en ressort un sentiment de souffrance chez les résidents, leurs familles et pour le personnel soignant. Cela prouve bien la complexité à gérer la crise sanitaire dans un établissement de santé. Cette situation révèle l'importance du lien existant entre les familles et les résidents d'où l'intérêt d'établir une relation de confiance entre tous ces protagonistes.

Dans l'exercice de sa fonction l'IDEC a donc un rôle pivot et elle doit faire preuve d'une grande disponibilité, d'écoute et d'empathie avec chacun. Elle doit donc avoir des ressources pour pouvoir mener à bien ses diverses missions.

Aujourd'hui, nous sommes confrontés à une seconde vague d'épidémie qui a pour conséquence un nouveau confinement national mais cette fois heureusement les autorités ont choisi de tirer parties de leurs erreurs en autorisant les visites des familles en EHPAD.

Résumé

Comment l'IDEC, dans un EHPAD en situation de crise sanitaire, peut-elle concilier ses valeurs éthiques et sa déontologie professionnelle auprès des résidents et des familles tout en respectant les recommandations préconisées par les instances gouvernementales ?

Contexte: Dans une situation de crise sanitaire, notre attention s'est vite portée sur les difficultés que peuvent rencontrer les IDEC en EHPAD.

Plus précisément, lors du premier confinement avec une interdiction pour les familles de rendre visite à leurs proches. Pour les résidents et les familles, c'est une longue période de séparations.

Objectif : Identifier "Comment l'IDEC peut respecter les recommandations sanitaires et rester en accord avec ses valeurs tout en garantissant une prise en soins de qualité pour ses résidents?"

Méthode: Nous avons réalisé un entretien semi-directif auprès de quatre IDEC en EHPAD. Ensuite, nous avons utilisé leurs réponses, en les confrontant aux recherches effectuées dans notre cadre de référence. Cela nous a permis de confronter la théorie à la pratique.

Résultat: Les difficultés que l'IDEC rencontre pour concilier ses valeurs éthiques avec les recommandations sanitaires résultent de l'importance de prendre en compte les liens entre les résidents et les familles. L'IDEC aura pour missions, de tout mettre en œuvre l'application des diverses recommandations, comme celle d'informer les résidents et les familles de l'interdiction des visites. Pour cela, ils ont dû informer, rassurer les différents protagonistes, et mettre en place des outils de communication afin de permettre de garder un lien entre les familles et les résidents.

Conclusion: Pour conclure notre travail, il en résulte un sentiment de souffrances chez les résidents, les familles et le personnel soignant. Cela prouve bien toute la complexité à gérer une crise sanitaire en EHPAD.

Abstract

How can a nurse coordinator, working in a rest home during a global health crisis, conciliate ethics and deontology to elderlies and their families while respecting government recommendations?

Context: During global health crisis, our attention quickly focused on the difficulties a nurse coordinator may experiment in a rest home.

Target: To identify « How nurse coordinator can respect health recommendations when taking care of elderlies with quality, while keeping his own values? »

Method: We did semi-structured interviews with rest home nurse executives. Then we compared their answers to the researches we did for our reference framework. It allowed us to compare theory and field feedback.

Results: Nurse executive difficulties to conciliate his ethical values with health recommendations results in taking in account the links between elderlies and their own families. Nurse executive goal is to apply health recommendations, such as inform elderlies and their families that visiting them is not allowed. To do it, they had to inform, to reassure each actor and to deploy communication tools to make possible to keep families and elderlies linked.

Conclusion: As a result, our study show that this health crisis transmit a sense of suffering to elderlies, their families as well as nursing staff. It proves the entire complexity to manage a health crisis in a rest home.

BIBLIOGRAPHIE

https://www.ehpa.fr/medias/slides_assises/Assises_IDEC_2014/Fiche_IDEC_ARS_Alsace_Bockstaller.pdf

<http://www.ehpad-fr.org>

www.lesmaisonsderetraite.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.solidarite-sante.gouv.fr

L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Isabelle Donnio.
Dans *Gérontologie et société* 2005/1 (vol 28 /n°112) pages 73.

Marie SANISIDRO-mémoire de l'École des Haute Étude en Santé Publique -2008

[Alzheimer actualités n° 162 - avril 2019.](#)

www.larousse.fr

www.linternaute.fr

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

<https://www.insee.fr/>

https://petitsfreresdespauvres.fr/plusjamaisinvisibles/files/2020_06_04_rapport_isolement_des_personnes_agees_et_confinement.pdf page 80

Revue Pasteur www.pasteur.fr

Revue Vecteur Santé n°13 Novembre 2006 <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/control>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (consulté en ligne le 26 Octobre.
Disponible sur le site : [http:// www.cnrtl.fr/confinement](http://www.cnrtl.fr/confinement)

Revue L'ARS fait le point sur les actions mises en œuvre dans les EHPAD. Parue le 06/04/2020.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid-19>

Toupiexionnaire : le dictionnaire de politique. Ethique. La toupie. [Consulté en ligne].
Disponible à l'adresse : <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Ethique.htm>

Les principes et les dilemmes éthiques – Cours soignants [Consulté en ligne]

Disponible à l'adresse : <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/principes-et-dilemmes-ethiques>

Disponible à l'adresse : <https://www.espacesoignant.com/soignant/legislation-ethique-deontologie/principes-et-dilemmes-ethiques>

ANNEXES

ANNEXE 1 :



COVID-19 056 RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19

Gestion de crise et mesures de confinement dans les établissements et services médico- sociaux handicap pour adultes et pour enfants

Création

Date : 07/04/2020

Validation technique Direction Métier (DA)

Date : 13/04/2020

Approbation Cellule Doctrines

Date : 14/04/2020 Validation CRAPS Date : 15/04/2020

Version : 1

Date : 15/04/2020

Type de diffusion :

- Diffusion partenaires externes
- Site internet ARS

Toutes les doctrines régionales sont consultables sur :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

PRÉAMBULE

Document rédigé par la direction de l'Autonomie, la structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients en Ile-de-France (STARAQs) avec la collaboration du Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins auprès des établissements de santé et médico-sociaux (CPIAS) Ile-de-France.

Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.

OBJET DU DOCUMENT

Les personnes en situation de handicap hébergées au sein de structures médico-sociales présentent une vulnérabilité particulière face au COVID 19^{1,2}.

En phase 3 de l'épidémie, l'ensemble des structures médico-sociales accueillant des personnes en situation de handicap doivent renforcer les mesures barrières instaurées en phase 2 de l'épidémie.³

L'objectif est de protéger les résidents non contaminés (COVID-) et de maîtriser l'épidémie au sein de la structure en organisant le confinement de la structure et l'isolement des résidents probables et COVID+.

Ce document détaille les modalités organisationnelles de mise en place de ces mesures selon le nombre de résidents et leur symptomatologie en rapport avec le statut virologique, le type de handicap et les ressources de la structure.

Dans ce document, le terme « **confinement** » est employé pour désigner les mesures prises pour la structure dans sa globalité. Le terme « **isolement** » est réservé aux mesures instaurées lors de l'apparition de cas probables ou confirmés « COVID-19 ».

Ces recommandations rédigées le 07 avril 2020 évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.

Dans la présente doctrine, les conduites à tenir sont précisées en 4 parties :

- 1 Le rôle de l'équipe de direction ;**
- 2 La gestion administrative ;**
- 3 L'organisation du confinement de la structure**
- 4 L'isolement et prise en charge individuelle**

1 Le rôle de l'équipe de direction

1.1 L'activation du plan bleu

A la demande du ministère de la santé tous les plans bleus sont activés et mis en œuvre par l'ensemble des établissements médico-sociaux qui en disposent.

De plus, il convient de mettre en œuvre en tant que de besoin les mesures prévues dans le plan de continuité d'activité (PCA)^{6,7}.

1.2 La désignation d'un référent COVID

Sa mission principale est d'assurer le lien avec l'ARS (notamment à l'échelon du territoire, la délégation départementale), afin de coordonner les mesures de gestion au sein de la structure. Lorsque la structure fait partie d'un groupe gestionnaire ou d'une association, le référent COVID est l'interlocuteur privilégié du groupe ou de l'association.

Il peut s'agir d'un directeur, d'un médecin, ou d'un cadre de santé.

1.3 La mise en place et rôle de la « cellule de crise COVID »

Une « Cellule de crise COVID » est constituée dans chaque établissement pendant toute la durée de l'épidémie.

Composition :

Elle se compose au minimum du référent COVID, d'un représentant de la direction, du médecin coordonnateur, du cadre de santé ou d'un infirmier coordinateur (IDEC).

Peuvent y être associés selon les besoins, un représentant du pôle éducatif, le responsable restauration, le responsable hébergement, un psychologue, un pharmacien si Pharmacie à usage intérieur (PUI).

La cellule de crise peut désigner également :

Un « référent communication », pour la communication interne et avec les familles et proches des résidents (cf. infra) ;

Un « référent gestion des stocks et du matériel » qui s'assurera de la disponibilité et du suivi des stocks du matériel requis pour la prévention et la gestion de l'épidémie COVID 19.

La cellule de crise prévoit l'information du Président du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et son association à l'élaboration de l'organisation (par visio-conférence ou téléphone).

Il est constitué une liste des personnes concernées incluant leurs fonctions dans la structure et dans la cellule de crise, ainsi que leurs coordonnées téléphoniques.

La procédure d'astreinte sera modifiée/complétée afin d'inclure la possibilité de contacter un membre de la cellule de crise en dehors des heures ouvrables.

La cellule de crise se réunit régulièrement et relève ses décisions et informe le conseil de vie sociale.

Missions de la « Cellule de crise COVID » :

Les missions de cette cellule sont :

- L'évaluation de la situation organisationnelle et médicale de la structure à l'aide d'indicateurs préalablement définis :
 - Statut des résidents (nombre de personnes probables et / ou COVID-19+) ;
 - Statut du personnel COVID + (nombre de personnes probables et / ou COVID 19+) ;
 - Ressources humaines : absentéisme, recours à du personnel externe, renfort de personnel de nuit (IDE par exemple, etc....) ;
 - Ressources matérielles : besoins couverts/non couverts, par type de matériel y compris médicaments, en renseignant l'enquête quotidienne de l'ARS Ile-de France.
- La définition des mesures à mettre en place au sein de la structure pour limiter la diffusion de l'épidémie : modalités de confinement de la structure et d'isolement des résidents cas probables et COVID+ ;
- La coordination des différentes mesures organisationnelles ;
- Le suivi du renforcement des mesures d'hygiène ;
- L'anticipation des difficultés à venir, notamment en RH et en matériels

La cellule de crise disposera des plans de la structure afin :

- D'identifier les nouveaux circuits à mettre en place (pour les professionnels, matériels, DASRI, livraisons...) ;
- D'anticiper l'ouverture potentielle d'une zone d'hébergement dédiée « COVID » avec le transfert de résidents ;
- Identifier d'un espace collectif dédié aux résidents déambulant ou ne pouvant respecter les mesures de distanciation sociale.

La cellule de crise peut être amenée à aborder une réflexion éthique sur certaines situations rencontrées pour :

- Aider les professionnels dans la prise de décisions pour l'accompagnement des résidents et lors de la création d'une unité d'hébergement dédiée « COVID » ;
- Proposer un accompagnement psychologique aux professionnels ;
- Accompagner psychologiquement les résidents et leurs familles.

1.4 L'organisation de la communication

Gérer efficacement la communication en interne et en externe, au cours de cette situation de crise sanitaire est essentiel pour informer de façon transparente et maintenir la confiance de l'ensemble du personnel, des résidents, de leurs familles/proches, des personnes externes à la structure.

Il est donc important de nommer au sein de la cellule de crise un professionnel « **référént communication** ».

1.4.1 Quelques principes

- Un plan de communication sera élaboré et adapté à l'évolution de la situation dans la structure ;
- Les informations communiquées par le référént communication et les membres de la cellule de crise doivent s'appuyer sur les mêmes éléments de langage tout

en précisant que les connaissances et les recommandations évoluent continuellement ;

- Les modes et les supports de communication sont adaptés au public ciblé en particulier pour les personnes en situation de handicap ;
- Les affiches précisant les consignes d'interdiction des visites, de mesures barrières doivent être datées et signées de la direction.

1.4.2 Le rôle du référent communication

- Mettre en application le plan de communication décidé en cellule de crise ;
- Recenser l'ensemble des moyens matériels de communication disponibles (téléphones, fax, ordinateurs avec caméra, tablettes, courriers...)
- Recenser les modes de communication habituels : réunions, affichage, courriel interne et externe, lettre d'information
- Rechercher et diffuser des documents adaptés pour les usagers afin de leur faire comprendre les mesures barrières à respecter, et la notion de confinement⁹ ;
- Assurer la diffusion des supports de communication concernant les mesures prises au sein de la structure et s'assurer de la mise place de l'affichage dans tous les lieux : à l'extérieur de l'établissement, à l'accueil, dans les unités d'hébergement, les espaces communs ou de passage (vestiaires, salle à manger, salle de repos, de réunion, salle de soin, ascenseurs, escaliers ...)
- Rappeler au personnel qu'il est interdit de communiquer des informations internes à la structure notamment sur les réseaux sociaux, ou à des journalistes ;
- Être le premier interlocuteur des journalistes, filtrer les demandes.

1.4.3 La communication au sein des unités d'hébergement avec les familles/proches des résidents

- L'équipe soignante (médecin, cadre de santé/IDEC, IDE) est garante de la transmission d'informations en lien avec la santé du résident auprès du référent familial et de la personne de confiance. En cas d'interlocuteurs multiples, il est demandé à la famille de désigner un interlocuteur principal en charge de transmettre l'information aux autres membres de la famille ;
- Il peut être envisagé d'adresser aux familles des informations par mail lorsque l'état du résident ne présente pas d'inquiétude afin d'anticiper des appels téléphoniques qui mobiliseraient le personnel soignant au détriment des soins pour certains résidents ;
- Favoriser la communication entre les résidents et leurs familles/proches en mettant à disposition des résidents d'outils digitaux (téléphones avec applications visuelles ...) Et proposer aux familles d'envoyer des courriers postaux, des photos...

2 La gestion administrative

2.1 La déclaration des cas COVID + et la transmission des données à l'ARS

Le référent COVID ou le Directeur de l'ESMS Handicap répond quotidiennement à l'enquête régionale de l'ARS qu'il ait ou non des cas de COVID + à déclarer. Cette enquête est le lieu permettant également aux gestionnaires de transmettre et d'alerter l'ARS sur les besoins de chaque établissement (soutiens RH immédiat ou anticipé, matériels).

Cette enquête quotidienne remplace celle de Santé Publique France, qui ne doit être renseignée que pour la déclaration du premier cas de COVID +.

2.2 La mise en relation avec un établissement de santé COVID-19

Dans le cadre de l'activation du Plan Bleu qui définit les modalités de coopération et d'échanges de bonnes pratiques, il est à prévoir de prendre contact avec l'hôpital de référence du territoire pour anticiper les éventuels transferts en milieu hospitalier et le retour dans la structure.

2.3 La mise à jour de la liste des référents

La liste des référents pour faciliter les demandes d'avis spécialisés doit être mise à jour : - l'HAD

- le réseau de soins palliatifs
- les professionnels de santé libéraux...
- les laboratoires d'analyses biologiques
- le laboratoire identifié pour la réalisation des prélèvements de dépistage

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur privilégié des référents des structures externes mobilisées pour la prise en charge clinique des résidents (structures sanitaires dont HAD, réseaux, établissement COVID + ...).

3 Le confinement

3.1 Les règles de confinement de la structure

3.1.1 Création d'une zone d'entrée unique

La création d'une zone d'accueil unique et sécurisée a pour objectif de filtrer toutes les entrées en partant du principe que toute personne entrant dans la structure est à risque de propagation du virus. Elle nécessite la fermeture de tous les autres accès à la structure.

Les principes sont les suivants :

- Définir un lieu d'entrée ventilé destiné au passage obligatoire de toute personne pénétrant dans la structure en respectant les mesures de distanciation (marquage au sol si besoin). Cette zone doit être interdite aux résidents ;
- L'accueil des professionnels et des visiteurs est assuré par un personnel dédié, formé aux informations relatives aux modalités de repérage et disposant d'une conduite à tenir en cas d'anomalie. Cette personne dispose d'un flacon de Solution Hydro Alcoolique et d'un masque chirurgical.
- Mise en place d'un registre entrée / sortie, incluant nom, prénom, fonction, date et heure d'arrivée ;
- Hygiène des mains à l'entrée pour toute personne avec Solution Hydro-Alcoolique ;
- Prise de température tracée avec un thermomètre sans contact utilisé en respectant les mesures d'hygiène. Toute personne dont la température est supérieure à 38°C ne peut pénétrer dans la structure ;
- Chaque entrant renseigne un questionnaire individuel recherchant les critères de symptômes en lien avec le COVID. Ce document est horodaté et signé.

- Information sur les modalités de circulation dans la structure et rappel des règles d'hygiène ;
- Mise en place d'un sas d'habillage / déshabillage pour le personnel salarié, pour revêtir une tenue professionnelle ou sa tenue civile consacrée à la structure. Cette zone peut être le vestiaire habituel des salariés s'il est situé à proximité de la zone d'accueil. Si le local dédié ne permet le respect de la distanciation sociale, il est recommandé d'échelonner les arrivées des professionnels ;
- Mise à disposition de matériel de protection individuel pour toute personne extérieure à la structure : masque chirurgical avec friction Hydro-Alcoolique avant de mettre le masque ;
- Affiches d'information sur les nouveaux circuits dans la structure et sur le rappel des précautions standards d'hygiène.

3.1.2 Modalités d'entrée et de sortie

Afin de ralentir la propagation de l'épidémie et de protéger les personnes les plus vulnérables, les mesures de protection, même en l'absence de cas probable et confirmé sont renforcées :

· Pour les résidents

- Interdiction des sorties collectives ;
- Les sorties le week-end au domicile des familles et/ou des proches ou pour des séjours de loisirs sont suspendues ;
- Les consultations médicales qui ne sont pas urgentes doivent être reportées ou réalisées en téléconsultation dès l'ouverture des possibilités techniques ;
- Limitation des sorties individuelles au strict nécessaire. Cependant, des exceptions sont autorisées par le directeur de l'établissement sur demande du médecin coordonnateur pour des résidents (par exemple pour les troubles du spectre de l'autisme) dont ces sorties auraient un impact très fort sur leur bien être psychique. Cette demande doit être réalisée après une discussion pluridisciplinaire et en accord avec la famille. Ces sorties sont encadrées : sorties programmées, de courte durée, à proximité de la structure, dans le respect de la distanciation sociale et accompagnées par un professionnel de la structure.
- Le résident tout comme le professionnel accompagnant doit se munir de son justificatif de déplacement professionnel et d'une pièce d'identité.⁸

· Pour les familles et proches

- Les visites aux résidents de l'établissement sont interdites afin de protéger les résidents et les professionnels d'un risque de contamination ;
- De manière dérogatoire, sur autorisation expresse du directeur de l'établissement et après avis médical, des exceptions peuvent être accordées aux familles afin de prévenir une altération importante de l'état de santé du résident : décompensation psychique, troubles du comportement⁹. L'application stricte des mesures barrière sera alors nécessaire

· Pour les professionnels de santé extérieurs à la structure

- Il faut que l'intérêt et le caractère indispensable du soin soient clairement évalués par le médecin et le professionnel en traçant dans son dossier médical l'analyse du bénéfice risque pour le résident ainsi que pour la structure.
- Dans la mesure du possible, il faut privilégier la télé médecine et
- Appliquer strictement les mesures barrières.

3.2 Organisation du confinement en l'absence de cas probables et/ou de cas confirmés COVID +

Compte tenu du risque important d'un développement très rapide de l'épidémie à Sars-Cov-2 (COVID-19) dans les structures, il est indispensable de mettre immédiatement en place un dispositif de confinement rigoureux et d'anticiper les organisations en cas de survenue d'un cas probable ou COVID +.

· Les principes généraux de confinement reposent sur :

- Les mesures de distanciation sociale ;
- Le renforcement des mesures d'hygiène ;
- Le port d'une tenue propre réservée à l'activité professionnelle au sein de la structure (tenue professionnelle ou personnelle à manches courtes, lavée par l'établissement, changée quotidiennement).

· La vie de l'équipe

- Maintenir les temps de réunion d'équipe et de transmission essentiels ;
- Organiser les réunions dans des lieux adaptés permettant le respect des distances entre professionnels ;
- Organiser des temps d'information sur l'organisation mise en place dans la structure et son évolution potentielle ;
- Prévoir des temps de parole avec l'encadrement et pouvoir proposer des temps de soutien avec un psychologue (physiquement ou par téléphone) ;
- Organiser les temps de pause et de restauration (lieu, horaire) dans le respect des mesures de distanciation sociale tout en assurant des liens sociaux et conviviaux ;
- Organiser le lavage de la vaisselle utilisée par les professionnels en lave-vaisselle.

· La vie des résidents

- La restauration des résidents.

Il est recommandé dans la mesure du possible de servir les repas en chambre. Si les repas sont servis en salle à manger, mettre en place les mesures barrières : aménagement des tables respectant une distance entre chaque résident, hygiène des mains avant d'entrer dans la salle à manger et après retour en chambre, organisation de plusieurs services à table.

- L'organisation de promenades des résidents

Le confinement nécessite de réfléchir aux sorties de la chambre pour des promenades programmées (jardin, terrasse ...) dans le respect des mesures de distanciation, afin que le résident puisse continuer à bénéficier d'une certaine mobilité dans la journée.

3.3 L'organisation de l'isolement des résidents probables et / ou COVID +

Les modalités d'isolement sont à anticiper dans le cadre d'une réflexion coordonnée par la cellule de crise avec tous les acteurs concernés, pour faire face à l'arrivée potentielle d'un premier cas probable ou d'un cas confirmé COVID+.

3.3.1 Les modalités de l'isolement

Elles répondent à certains critères stricts.

· **L'identification de la zone d'isolement**

L'accès ou les accès à la zone d'isolement nouvellement créée doivent être clairement identifiés par des affiches explicites.

L'accès à cette zone doit être marqué physiquement que ce soit par la fermeture des portes coupe-feu ou par l'installation de barrières physiques de type ruban de signalisation.

En aucun cas, la zone d'isolement ne doit être fermée par des objets pouvant gêner toute manœuvre d'évacuation (sécurité incendie).

· **Le personnel**

Les circuits autorisés pour les professionnels sont définis en fonction de la localisation des chambres ou des zones d'isolement et des parties communes : couloirs, ascenseurs, escaliers, les extérieurs (terrasses, zones fumeurs).

Un personnel dédié est affecté à la zone d'isolement en évitant les professionnels présentant des facteurs de risque (grossesse, diabète, asthme...). Le personnel dédié bénéficie des équipements de protection individuelle adaptés (cf. ci-dessous les mesures de protection du personnel et d'hygiène).

Une liste exhaustive et nominative des personnels amenés à travailler au sein d'une chambre ou d'une zone d'isolement est établie.

Pour limiter le nombre de professionnels affectés à la chambre ou à la zone d'isolement, les aides-soignantes ou les « auxiliaires médico-psychologiques » peuvent être amenées à réaliser des tâches d'entretien avec la possibilité d'extension des plages horaires.

Ce personnel bénéficiera d'une formation aux procédures d'hygiène spécifiques au COVID et aux règles d'isolement.

· **Optimisation des locaux au sein de la zone d'isolement**

Afin de limiter les déplacements en dehors de la zone d'isolement et en fonction de l'organisation de cette zone, prévoir des locaux ou des chambres destinées :

- À une salle de soins avec une armoire à pharmacie,
- Au stockage du matériel (linge des résidents, vaisselle, dispositifs médicaux, petits équipements...);
- Et une zone de restauration et de repos pour le personnel, disposant de toilettes et d'une douche.

· **Les mesures de protection du personnel et d'hygiène**

Pour la prise en charge d'un résident Covid+, le personnel porte un masque chirurgical et revêt sur sa tenue de base propre :

- Pour les soins rapprochés : une surblouse + /-un tablier si soins mouillants/souillant, des lunettes si risque de projection, et des gants si risques de contact avec des liquides biologiques et hygiène des mains ++++
- Pour toute autre entrée dans la chambre : hygiène des mains, masque chirurgical et tablier et gants en fonction du geste (évacuation du linge, des déchets...)
- Le masque chirurgical sera remplacé par un masque FFP2 pour tout acte à risque d'aérosolisation (aspiration trachéale, aérosolthérapie...)
- Un distributeur de produit hydroalcoolique est installé à l'entrée de la zone d'isolement.
- Le bio nettoyage doit avoir lieu une fois par jour au minimum avec un détergent désinfectant pour sols et surfaces.

· La restauration

Bien qu'aucune recommandation nationale ne propose cette organisation, le retour d'expérience de l'ARS Hauts-de-France préconise que si les repas ne peuvent être servis sur plateau à usage unique et avec vaisselle jetable, il faut prévoir le lavage de la vaisselle en machine à 60° en prévoyant une sortie de la vaisselle sur un chariot sécurisé, marqué «COVID ».

· Le linge

Le linge des résidents et le linge du lit est collecté quotidiennement, préférentiellement dans des sacs hydrosolubles¹⁰.

Ces sacs sont évacués dans des chariots dédiés au transport qui font l'objet d'un nettoyage.

Le linge des résidents, quel que soit leur statut virologique, et dont le lavage est habituellement assuré par les familles, sera traité par la structure.

3.3.2 L'organisation géographique de l'isolement

Elle dépend de :

- La configuration architecturale de la structure : disponibilité de plusieurs zones d'hébergement structurées, distinctes ou pas, et de lieux sécurisés pour des activités d'animation et permettant la déambulation ;
- Du type du handicap accueilli (psychique, polyhandicap, troubles du spectre de l'autisme ;
- Du nombre de résidents déambulant.

Trois organisations d'isolement sont possibles :

⇒ L'isolement en chambre

Cette option n'est possible que lorsqu'il n'y a qu'un ou quelques résidents probables ou COVID confirmés, hébergés dans la même unité. Dans ce cas, le principe de la marche en avant est respecté (il s'agit de réaliser les soins d'abord aux non Covid puis aux Covid non symptomatiques puis aux Covid symptomatiques.).

Les éléments suivants viennent compléter les critères stricts d'isolement précités :

- Une surveillance clinique rapprochée comprenant :
 - Une évaluation clinique quotidienne : symptomatologie COVID tracée dans le dossier du résident ;
 - Une évaluation de la capacité de compréhension de la situation et surveillance de manifestations d'inquiétude faisant évoquer un risque psychique ;
 - Un accompagnement psychologique adapté si besoin, proposition d'animations personnalisées et proposition aux proches d'apporter leur soutien ;
- Une mise à jour du dossier du résident et du Dossier de Liaison d'Urgence, afin qu'ils soient complets en cas d'hospitalisation ;
- Du matériel à usage unique ou dédié au résident ou nettoyé - désinfecté entre chaque résident ;
- Une signalétique rappelant les règles d'hygiène « gouttelette et contact » est apposée sur la porte de la chambre ;
- La mise à disposition du soignant en charge du résident des équipements individuels de protection à proximité de l'entrée de la chambre, nécessaires au respect des règles d'hygiène standard complétées par des précautions « gouttelettes » et « contact » : port des équipements de protection individuelle (EPI) : masque chirurgical, surblouse, charlotte, lunettes de protection +/- tablier et gants selon les précautions standard
- Le respect des règles d'hygiène lors du bionettoyage de la chambre (port des EPI) et l'utilisation d'un détergent-désinfectant virucide (norme NF EN 14476 ou eau de javel) ;
- L'élimination de tous les déchets issus d'un patient Covid ainsi que les EPI en DASRI ou à défaut double emballage dans les DAOM (Déchets assimilés aux ordures ménagères) limitation au strict nécessaire des personnels dans la chambre ;
- La prise des repas dans la chambre.

⇒ **La création d'une unité d'hébergement dédiée à l'isolement des résidents COVID confirmés**

Cette option est retenue lorsque la structure est confrontée à l'augmentation conséquente du nombre de résidents confirmés COVID + ou lorsque la structure dispose de locaux permettant la création d'une nouvelle unité dédiée avec la possibilité d'hébergement (ex : location de lits pour une unité d'accueil de jour...).

Cette zone permet de regrouper tous les cas positifs dans une zone spécifique pour éviter de contaminer les autres résidents.

- L'accès, ou les accès, de la zone d'isolement nouvellement créée doit être clairement identifié par des affiches explicites ;
- L'accès à cette zone doit faire l'objet d'une signalétique spécifique et être protégée par l'installation de barrières physiques de type ruban de signalisation ;
- En aucun cas, la zone d'isolement ne doit être fermée par des objets pouvant gêner toute manœuvre d'évacuation (sécurité incendie) ;

- Il est possible d'envisager un espace permettant une vie collective sociale (télévision par ex.) ainsi que des outils de communication pour permettre des relations avec l'extérieur.

⇒ **Une organisation intermédiaire**

En cas de difficulté de mise en place d'une zone d'hébergement dédiée uniquement aux cas de COVID+, la cellule de crise peut être amenée à retenir une organisation qui réunit dans une même unité d'hébergement des résidents non infectés, des cas probables et des cas COVID confirmés. Le choix de cette option s'appuie sur une réflexion éthique.

Plusieurs raisons peuvent amener à choisir cette option :

- Des raisons architecturales qui ne permettent pas de répondre à tous les critères d'isolement ;
- Le nombre croissant des cas probables et COVID+, disséminés dans plusieurs unités d'hébergement sans pour autant remplir une unité d'hébergement complète ;
- La prise en compte du nombre de résidents déambulant.

Pour cela :

- Il convient d'organiser l'isolement des résidents en chambre, porte fermée, et le passage régulier des personnels ;
- Apposer une signalétique rappelant les règles d'hygiène « gouttelette et contact » sur la porte de chaque chambre accueillant un cas probable ou un cas confirmé ; respecter le principe de marche en avant : soins des résidents non atteints en premier, puis des patients probables et finir par les résidents COVID+, du moins symptomatique au plus symptomatique.
- Il en est de même pour la distribution des repas et l'entretien des chambres.

Le transfert des résidents COVID+

La mise en place d'une unité d'isolement nécessite le transfert des résidents. Ce transfert nécessite l'application stricte de certaines règles pour éviter la contamination des résidents encore non contaminés :

- La définition avec le résident des biens et des effets personnels qui devront être transférés.
- Le stockage et l'étiquetage des biens ou des effets personnels qui ne pourront pas être transférés avec mise sous protection des biens et effets appartenant aux résidents COVID+ ;
- L'isolement effectif de tous les résidents de l'établissement dans leur chambre pendant les opérations de transfert ;
- Si le transfert du résident avec son lit est trop compliqué, un lit peut être intégré directement dans la chambre située dans la zone d'isolement ;
- Le nettoyage des espaces empruntés par le convoi est réalisé à l'aide d'un détergent désinfectant selon les précautions complémentaires ;
- Le bio nettoyage strict des chambres des résidents probables ou COVID+ transférés dans la zone d'isolement, après un délai d'inaccessibilité complet de la chambre d'au moins trois heures.

3.3.3 Particularités des résidents déambulant et/ou présentant un TSA et/ou un handicap psychique

Certains résidents peuvent présenter une symptomatologie rendant difficile la mise en application des mesures d'isolement en chambre ou le respect des distanciations sociales.

Il conviendra de définir, en équipe pluridisciplinaire, les consignes que l'on pourra mettre en œuvre afin de limiter le risque de transmission de l'infection tout en maintenant le mieux possible les habitudes de vie du résident.

Il peut être envisagé de définir une zone non utilisée (accueil de jour, salle d'animation...) qui accueillera, durant la journée, les résidents probables et confirmés COVID+ présentant des troubles du comportement, peu compatibles avec des mesures d'isolement.

Afin de limiter les transferts au sein de la structure, il est préférable que cette zone puisse contenir un espace repas et des toilettes. Une sortie sur un espace extérieur serait bénéfique dans la gestion des troubles du comportement.

Le personnel en charge de la surveillance des résidents respectera strictement les mesures de protection du personnel et d'hygiène (Cf. chapitre 3.3.1) et veillera à une hygiène régulière des mains pour les résidents. Le personnel doit être formé à la détection des signes de gravité et pouvoir alerter le personnel soignant ou médical rapidement.

Les transferts, matin et soir, de la chambre vers cet espace, et retour, doivent être anticipés et suivis d'un nettoyage des locaux.

3.4 Evolution des modalités d'isolement en fonction de la progression de l'épidémie

3.4.1 Niveau 1 : Aucun cas probable ni confirmé COVID+

Il n'y a aucun cas probable ni chez les résidents ni chez les professionnels.

Une réflexion est envisagée sur la possibilité pour les professionnels de rester hébergés dans la structure ou dans un hôtel de proximité afin d'éviter d'être source de contamination en provenance de l'extérieur et en protégeant leurs familles : objectif structure COVID 0.

3.4.2 Niveau 2 : Un cas probable

- Un cas probable chez un professionnel

Tout professionnel (soignant ou non) présentant des premiers symptômes (fièvre, toux...) doit prévenir son supérieur hiérarchique, se faire dépister **et ne pas se rendre à l'établissement dans l'attente des résultats du diagnostic COVID.**

- **Isolement** à domicile ou dans un autre lieu en fonction de ses possibilités, jusqu'au retour du résultat du dépistage ;
- **Identifier tous les cas contacts** dans la structure et accentuer leur surveillance : (température deux fois par jour et recherche des

symptômes ; application stricte des mesures barrières et port de masque chirurgical pour les soignants asymptomatiques) jusqu'au résultat du dépistage du professionnel :

- Si négatif : levée de l'isolement et reprise de l'activité
- **Si COVID+ confirmé : niveau 3**

- Un cas probable chez un résident

- Évoquer les diagnostics différentiels
- **Confiner** le résident en **isolement dans sa chambre**, faire un dépistage et mettre en place une surveillance clinique rapprochée ;
- **Identifier** dans la mesure du possible tous les cas contacts :
 - Les autres résidents : les mettre en **isolement dans leur chambre** en attendant le résultat du dépistage du cas probable ;
 - Les professionnels : mise en place des mesures renforcées : port du masque
 - Les proches (personne de confiance, le tuteur ou l'aidant familial du résident) : les informer et les inviter à s'isoler et à surveiller l'apparition éventuelle de signes cliniques ;
- **Selon les résultats du dépistage chez le résident :**
 - Si négatif sans signes respiratoires ou infectieux : levée de l'isolement
 - Si négatif avec signes respiratoires ou infectieux : poursuite de l'isolement en chambre
 - **Si COVID+ confirmé : niveau 3**

3.4.3 Niveau 3 : Un cas confirmé COVID+

Dès le premier cas confirmé au sein de la structure : tester tous les résidents symptomatiques et les professionnels.

En Ile-de-France, des dépistages élargis auront lieu en priorité dans les ESMS présentant le plus de cas confirmés COVID+, dans les structures accueillant les usagers les plus fragiles (exemple : polyhandicapés), ainsi que dans les structures les plus sensibles.

- Chez le professionnel

- S'il est dépisté COVID+ : arrêt de travail et isolement au domicile ou dans un autre lieu selon ses possibilités avec surveillance clinique. Reprise de l'activité professionnelle au minimum 8 jours après le début des symptômes et 48 heures après la disparition de la fièvre et de la dyspnée avec port du masque chirurgical pendant 7 jours ¹¹
- S'il est dépisté COVID- : poursuite de l'activité avec renforcement des mesures barrières.

- Chez les résidents

- S'il est dépisté COVID+ : poursuite de l'isolement dans sa chambre et surveillance médicale rapprochée du résident ou transfert dans une unité d'hébergement dédiée COVID +
- S'il est dépisté COVID- : le résident peut sortir de l'isolement mais devra respecter les gestes barrières et les zones de confinement de l'établissement si elles sont définies.

3.4.4 Niveau 4 : en cas de nombreux cas confirmés

- Chez les résidents :

- Les résidents COVID+ sont regroupés dans la zone dédiée COVID dans une perspective d'ouverture d'une ou plusieurs nouvelles zones dédiées COVID ;
- Isoler les résidents COVID-, surveiller l'apparition de signes cliniques évocateurs d'un COVID+ et amenant à la prescription d'un nouveau dépistage.

3.5 L'organisation des approvisionnements

3.5.1 Modalités de livraison des médicaments et dispositifs médicaux

Modification des modalités de livraison

- L'information est transmise à la pharmacie d'officine ainsi qu'aux sociétés délivrant le matériel médical et le matériel de protection individuel ;
- Les médicaments et les dispositifs médicaux sont déposés au niveau de la zone d'accueil spécifique. L'agent d'accueil note la date et l'heure de livraison, signe le bon de livraison. Ces livraisons étant particulièrement sensibles, elles ne doivent pas être laissées sans surveillance avant répartition dans leurs zones de stockage.

Livraison des médicaments

- Les médicaments sont livrés de préférence dans des contenants scellés ;
- L'agent d'accueil informe l'infirmier de la livraison ;
- Les contenants scellés sont transportés dans l'infirmerie après désinfection par un produit détergeant désinfectant de surface ;
- Pour la livraison de médicaments nécessitant des précautions particulières (respect de la chaîne du froid, toxiques), la pharmacie informe l'infirmier du jour de la livraison ;
- L'agent d'accueil informe l'infirmier dès l'arrivée de la livraison ;
- L'infirmier réceptionne les produits et signe le bon de livraison ;
- Les médicaments sont rangés sans délai dans leur lieu de stockage.

Livraison des équipements de protection individuelle

- L'agent d'accueil informe la personne responsable du stockage de ces produits ;
- La livraison est rangée dans un local sécurisé, manipulation des cartons suivie d'une hygiène des mains ;
- Ne pas utiliser ces produits livrés durant 24h de préférence, sauf s'il s'agit d'une commande urgente de masques, surblouses en pénurie. Dans, ce cas, les bonnes pratiques habituelles seront recommandées (décartonnage hors du service et hygiène des mains) qui sécurisent l'action et permettent de disposer des produits immédiatement) ;
- Organiser la zone de stockage en fonction des dates de livraison.

- Livraison du matériel médical

- L'accueil informe la personne responsable du stockage du matériel médical ;
- Si ce matériel peut être stocké, désinfection avec un produit détergeant désinfectant de surface et stockage dans le local dédié ;
- Si ce matériel doit être attribué sans délai à un résident, désinfection avec un produit détergeant désinfectant de surface. Installation en chambre et désinfection avec un produit détergeant désinfectant de surface avant utilisation.

3.5.2 Modalités de réception des livraisons hors médicaments et dispositifs médicaux

- Produits non alimentaires

Tout produit doit être déposé à l'entrée de la zone d'accueil spécifique.

Prévoir une procédure incluant :

- L'information du livreur des nouvelles modalités de livraison au moment de la commande ;
- Le livreur prévient la structure de son horaire d'arrivée ;
- Le livreur passe par la zone d'accueil dédiée et suit le processus prévu ;
- Le livreur dépose la livraison dans la zone de livraison couverte sans pénétrer dans la structure ;
- La personne de l'accueil-livraison signe le bon de livraison avec un stylo personnel dédié, note l'heure de livraison et informe le destinataire de la livraison.

Avec quelques spécificités :

- Un temps de stockage avant livraison dans les services de la structure est préconisé, si possible 24h pour les contenants en carton ;
- Une désinfection par un détergeant-désinfectant de surface est préconisée pour les contenants en plastique.

- Produits alimentaires

La procédure est identique avec quelques spécificités :

- Respect des normes d'hygiène *Hazard Analysis Critical Control Point* (HACCP) ou Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise en mettant l'accent sur l'hygiène des mains ;
- Circuit court avec respect de la chaîne du froid pour les aliments à conserver entre 0 et +4°C, et ceux à -18°C, en supprimant les emballages non indispensables (doubles emballages).

Les ressources

- La **STARAQs** est la Structure d'Appui Régionale A la Qualité des Soins et à la sécurité des patients de l'Île-de-France <https://www.starags.com/>
- **0800 130 000** : des équipes régionales à votre écoute pour les questions non médicales

- [COVID 19 - Plateforme d'informations destinée aux professionnels de santé - COVID 19 - Professionnels de santé - ARS IDF](#)
 - [COVID 19 - CPIAS IDF](#)
 - [COVID 19 - HCSP COVID](#)
 - [COVID 19 - Soyez vigilants sur les médicaments](#)
 - [Liste de diffusion des messages d'alerte DGS](#)
 - [COVID en images](#)
 - [COVID 19 – Santé Publique France SPF](#)
 - [solidaires-handicaps.fr facilite la mise en relation entre les personnes handicapées, leurs aidants, les professionnels et les dispositifs d'accompagnement et d'appui - CNCPH ANCREAI](#)
 - [Tous mobilisés a pour but d'accompagner les familles dans cette période difficile – FNGE](#)
 - [Réponses à vos questions sur le COVID-19 - Ministère des solidarités et de la santé](#)
- Agence régionale de santé Île-de-France – Le Millénaire 2, 35 rue de la Gare, 75935 PARIS Cedex 19
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

ANNEXE 2 :

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'IDEC :

- Votre tranche d'âge ?
 - 20-35 ans
 - 35-50 ans
 - 50 -65 ans
- Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que IDEC, dans votre EHPAD ?
- Combien de résidents avez-vous à prendre en charge dans votre établissement ?
- Vous avez eu des patients COVID + dans votre EHPAD ? Si oui, combien et combien de décès ?

Mesurer les répercussions de la crise sanitaire sur les résidents :

- Comment cette crise sanitaire a-t-elle été perçue et comprise par vos résidents ?
- Quel impact sur leur bien-être et leur morale ? Comment avez-vous pu les soutenir ?

- Quelles ont été vos principales difficultés dans leur prise en charge ?

Identifier le rôle de l'IDEC auprès des familles pendant la crise :

- En tant IDEC, quelles actions avez-vous pu mettre en place pour garder le lien entre les proches et les résidents ?
- Avez-vous été amenée à réaliser des aménagements dans l'application des recommandations sanitaires ?
- Comment avez-vous pu gérer les effets d'annonces par les médias et la contradiction des recommandations par l'ARS ?

Identifier le dilemme éthique de l'IDEC partagé entre les recommandations et les valeurs professionnelles :

- Quelles ont été vos principales difficultés lors de cette crise en tant qu'IDEC ? Et comment les avez-vous gérées ?
- Parmi toutes les recommandations, laquelle vous a semblé la plus difficile à mettre en place ? Pourquoi ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Quelles sont pour vous, les principales valeurs professionnelles à respecter, en tant qu'IDEC ? Durant cette crise, pensez-vous avoir pu être en accord avec celles-ci ?
- Pouvez-vous me donner les règles du code de déontologie des infirmiers, qui sont pour vous indissociables de notre pratique (proposer une lecture du code de déontologie) ? Durant cette crise, pensez-vous les avoir respectées ?

ANNEXE 3: Tableau de comparaison des entretiens

	QUESTIONS	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Présentation IDEC	Date de l'entretien	29/7/2020	10/8/2020		
	Age ou tranche d'âge	57 ans	43 ans	20-35 ans	20-35 ans
	Temps en tant qu'IDEC dans l'EHPAD	12 ans	5 ans 1/2	Depuis juin 2019 (1 an)	Depuis janvier 2020 (- 1 an)
	Nombre de résidents	128	68	52/55	110

	Nombre de patients Covid et de décès	9 morts	15 cas dont 1 décès	5 cas et 2 décès	30 cas et 10 décès
Répercussion crise sanitaire sur résidents	Perception et compréhension de la crise par les résidents	Bonne compréhension pour ceux en capacité mais angoisse au vu des médias. Difficile pour les résidents désorientés	Agréablement surpris car finalement, ils l'ont bien compris du fait que c'était pour leur bien	Acceptation des mesures mais très mal comprises. C'était drastique pour les résidents	Mal vécue par l'isolement social et répercussions différentes suivant troubles cognitifs des résidents
	Impact sur le bien-être et moral et gestion	Difficile	Moral en baisse pour 90 % des résidents car beaucoup moins d'animations	Perte de poids importante avec moral en baisse et angoisses majeures.	Confinement difficile car résident isolé dans les chambres avec des activités solitaires sans animation. Ils ne voyaient que le personnel soignant.
	Le soutien par IDEC	Travail avec les soignants et animatrices en créant site WEB avec des photos, ou de la communication avec les familles par WhatsApp. Beaucoup de communication		Les personnes en difficulté étaient suivies par la psychologue de façon personnalisée et l'animatrice proposait des activités afin de changer leur quotidien	Les intervenants ne venaient plus et de ce fait, le personnel soignant avait pris l'initiative de faire des activités dans les chambres comme des jeux de société
	Renfort des équipes dans l'organisation		Renfort surtout de l'équipe infirmière, pas de manque voire plutôt un surnombre. Les tâches étaient réparties dans une polyvalence.		
	Principales difficultés dans la prise en charge	La prise en charge des personnes infectées dans l'organisation des locaux mais aussi dans les soins. La gestion de la douleur des personnes ayant des difficultés	Incompréhension des familles pour l'interdiction des visites . Certaines familles ont réagi violemment notamment avec des insultes. De ce fait, une résidente va être expulsée.	Le manque de contact avec les familles et leur entourage avec une certaine incompréhension	La gestion des plannings des soignants avec les renforts pour le personnel absent (malades ou suspicions Covid) Difficulté psychologique de voir les résidents s'arrêter de s'alimenter du fait de leur quotidien

		respiratoires. L'absence des proches lors des décès.			chamboulé: leur vie n'avait plus de sens car ils ne voyaient plus leurs proches. Difficulté avec les familles car interdiction des visites considérées comme injustes et contraire à notre volonté, parfois des insultes.
Rôle IDEC auprès des familles	Actions mises en place pour garder le lien avec les proches	Les outils informatiques et appels des proches pour les tenir informés	Achat de tablettes sollicité par le président pour communiquer par Skype et beaucoup de communication par téléphone. L'animatrice donnait des explications aux familles afin de pouvoir parler à distance.	La Visio avec des rendez-vous sur Skype et appel à un journal informatique qui s'appelle Famileo. On pouvait imprimer et on distribuait aux familles de façon hebdomadaire	Des tablettes numériques ont été fournies afin de faire des vidéos avec les familles. Il a été créé une adresse mail pour que des mails et des photos puissent être envoyés et garder le lien familial. Lors des anniversaires, on mettait des banderoles et on envoyait des photos aux familles.
	Aménagements dans l'application des recommandations sanitaires	Dans l'accompagnement des fins de vie, le premier décès a été respecté dans les recommandations, mais au vu des difficultés psychologiques, les familles des suivants pouvaient les rencontrer en mettant des protections et en les laissant dans la plus stricte intimité. Les interdictions des visites ont été appliquées de suite mais malgré tout, les familles venaient faire manger les	Tout a été respecté sur les recommandations. En revanche, le port des masques a été réalisé même lorsqu'on disait au début de ne pas les mettre. Ceci a permis d'éviter des contaminations.	Mesures sanitaires appliquées mais prises de RDV avec les familles adaptées en fonction état clinique	Dans l'accompagnement en fin de vie, unanimité sur le fait que les familles puissent voir leurs proches même ceux Covid +, tout en étant équipés, afin de faire leur deuil.

		résidents tout en étant protégé.			
	Gestion effets d'annonces par les médias et contradiction avec l'ARS	Complicé. Les recommandations étaient citées au CVS en s'appuyant sur les articles. Malgré tout ceci a été suivi par les familles en mettant en place une pédagogie, en communiquant beaucoup.	Les familles étaient averties par les médias bien avant qu'on ait les recommandations de l'ARS . On les faisait malgré tout patienter puis on les informait via le site de la structure Family's. De ce fait, ceci a été bien géré	Complicé car les familles étaient au courant par les médias avant-même d'avoir les recommandations de l'ARS . Ceci a amené des difficultés dans la gestion des familles	Difficile car contradictions du gouvernement et de l'ARS, concernant les masques (chirurgicaux puis FFP2), les visites (après le confinement droit aux visites mais restrictions non dites). Gestion des visites car contraignant: signature décharge, prise de la température.
Dilemme éthique entre recommandations et pratique	Principales difficultés et ses gestions	En colère, de devoir gérer les cas Covid dans la structure et non à l'hôpital . En revanche, bien soutenus par l'équipe mobile gériatrique et l'HAD. Autre dilemme : absence du personnel par manque de professionnalisme de peur de la maladie	Il y avait une symbiose avec l'équipe pluridisciplinaire, surtout en l'absence de la directrice. Les familles les plus récalcitrantes étaient contactées par la psychologue et l'animatrice. Les résidents trouvaient le temps très long malgré que notre politique de bien-être du résident. En tant qu'IDEC, tout était intense, la fatigue dûe aux heures de travail, le personnel atteint du Covid et sa peur de la maladie. Celle-ci était plus difficile à gérer au niveau du personnel que des résidents. Il a fallu les rassurer mais aussi gérer les familles	La gestion des familles qui étaient dans l'incompréhension et rejetaient la faute sur nous. Le protocole de l'hôpital gérait des patients Covid et non des patients avec des pathologies spécifiques.	L'interdiction des visites et la recommandation pour les défunts avec la mise en bière. La gestion du matériel qui demandait beaucoup de temps car il fallait courir après. Le rythme était très soutenu. J'étais disponible et je me montrais très présente dans les différentes unités.

	<p>La recommandation la plus difficile, pourquoi et comment ceci a été vécu?</p>	<p>La restriction des tests PCR mais surtout au sujet des masques pour lesquels les recommandations de non port (au début) n'ont pas été suivies afin de ne pas propager le virus mais aussi pour rassurer le personnel</p>	<p>Le plus difficile a été le revirement de situation : pas de visite aux résidents sans que les précautions soient respectées par les familles. La crainte que le virus pénètre de nouveau dans la structure et veiller aux bonnes pratiques. Ceci est très compliqué même pour le personnel</p>	<p>Toutes étaient difficile car nouvelles et de plus imposées. Les protocoles hospitaliers donnaient l'impression de tuer.</p>	<p>Faire respecter les visites et devoir se justifier sans cesse. Cette discipline du masque est fatigante pour le personnel et moi-même. Faire respecter les recommandations de visite : prise de température, port du masque. Pour moi, en début de carrière en tant qu'IDEC, ceci a été beaucoup de pressions et d'émotions.</p>
	<p>Les principales valeurs professionnelles à respecter en tant qu'IDEC, les raisons et respectées?</p>	<p>Etre présent en cas de crise car le soignant se doit en tant que professionnel de soigner à tout prix. Elles ont été respectées dès l'instant où le soignant en avait la conviction.</p>	<p>Trouver le respect de la personne soignée dans toute sa dignité et son individualité. Il a fallu trouver un équilibre entre les recommandations de l'ARS et les valeurs des familles afin de ne pas dénigrer les instances. Il a fallu aussi faire des choix au sujet des extracteurs d'oxygène car réquisitionnés pour les hôpitaux. Je pense les avoir respectées tout en étant en phase avec les règles qui ont pu être adaptées.</p>	<p>L'écoute, la transparence et la communication. Et oui avec les moyens du bord</p>	<p>Montrer sa disponibilité auprès du personnel et des résidents permet de montrer qu'on s'intéresse à eux et qu'ils n'étaient pas seuls face à cette crise. Je pense avoir été en accord avec ces valeurs.</p>
	<p>Les règles du code de déontologies indissociables de notre pratique</p>	<p>Le soignant se doit de soigner malgré ses craintes et faire tout son possible pour guérir et accompagner les</p>	<p>Le respect de la personne soignée dans sa dignité afin d'être en accord avec son métier sans le dénigrer.</p>	<p>Le savoir-être, le savoir-faire, le savoir tout court et la bienveillance.</p>	<p>Respecter le patient et ses volontés au maximum. Respecter les règles d'hygiène malgré le manque de matériel. Prendre en compte</p>

		résidents et leurs proches	<p>Le secret professionnel a été difficile à être respecté quant au nombre des décès.</p> <p>Le devoir d'assistance pour tous compliqué lorsqu'il faut faire des choix.</p> <p>Concours à la santé publique appliqué afin de signaler toutes les précautions et chacun a adhéré tout en étant conscient d'agir pour le bien de tous dans la structure.</p> <p>Informations et consentement du patient: informations données quotidiennement aux résidents et leurs familles quant à l'évolution .</p> <p>Coopération avec d'autres professionnels compliquée car il a fallu expliquer.</p> <p>Un travail a été formalisé en amont pour chaque résident afin de mettre en place des protocoles qui conviennent à tous. Les résidents et leurs familles ont été averties et inclus le projet en</p>		<p>l'aspect psychologique du patient.</p> <p>Principes difficiles à respecter face aux recommandations comme le deuil : ne pas mourir seul et dans la dignité.</p> <p>L'empathie a permis une meilleure prise en charge</p>
--	--	----------------------------	--	--	---

			<p>lien avec les équipes de soins palliatifs tout en tenant compte de la prise en charge de la douleur. On a eu raison d'anticiper. Une seule famille n'a pas voulu respecter la fermeture de la résidence. Ils ont pris le parent chez eux puis il est décédé du Covid, certainement contaminé à l'extérieur car il venait d'un secteur non contaminé.</p>		
	<p>Ont-elles été respectées ?</p>	<p>Oui même si les tâches avaient glissé entre les professionnels et il a fallu être polyvalent</p>		<p>Je pense les avoir respectées</p>	

ANNEXE 4 : Tableau de dépouillement

QUESTIONS	REPONSES CONVERGENTES	REPONSES DIVERVERGENTES	REPONSES MARGINALES
Comment cette crise sanitaire a-t-elle été perçue et comprise par vos résidents ?	Pour 2 IDEC sur 4 cette crise sanitaire a bien été comprise par les résidents.	2 IDEC sur 4 disent que cette crise a été mal vécue par leur résident. L'IDEC 1 et 4 ajoute que les difficultés étaient majorées chez les résidents présentant de troubles cognitifs.	
Quel impact sur le bien-être et leur moral ?	Les réponses des 4 IDEC se rejoignent, parlant de résidents angoissés entraînant une baisse de morale.		L'IDEC 4 évoque l'isolement sociale.
Comment avez-vous pu les soutenir ?	2 IDEC sur 4 ont pu bénéficier d'un travail d'équipe avec création d'outil de communication. Les 4 IDEC ont pu compter sur les animatrices pour poser des activités et l'IDEC 2 et 3 ont pu faire intervenir la psychologue pour les résidents qui en avaient besoin.		
Quelles ont été vos principales difficultés dans leur prise en charge ?	La réponse que l'on retrouve chez les 4 IDEC, est l'interdiction de visites.	Dans les réponses, l'IDEC 1 parlent de cette absence lors des décès alors que l'IDEC 2 et 4 parlent de certaines familles qui ont réagi violemment à cette annonce. Pour l'IDEC 3, cela va toucher le contact humain.	L'IDEC 1 mentionne en plus, ses difficultés dans la prise en charge des personnes infectées, dans l'organisation des locaux mais également des soins. Elle ajoute, la gestion de la douleur des personnes ayant des difficultés respiratoires. L'IDEC 4, cite la gestion des plannings dû à l'absentéisme du personnel soignant (malade ou suspicions Covid).
Quelles actions mises en place pour garder le lien avec les proches et les résidents ?	Pour les 4 IDEC, les outils informatiques ont permis aux résidents de		

	garder le lien avec les familles.		
Avez-vous été amenée à réaliser des aménagements dans l'application des recommandations sanitaires ?	Pour 2 IDEC sur 4, des aménagements ont été mis en place concernant la présence des familles lors de l'accompagnement des fins de vie.	L'IDEC 2 et 3 disent avoir appliquées les recommandations.	L'IDEC 2 ajoute tout de même, qu'elle a fait porter le masque aux personnels pour éviter toutes formes de contamination. Alors que les recommandations disaient le contraire.
Comment avez-vous pu gérer les effets d'annonces par les médias et contradiction par l'ARS ?	Pour l'ensemble des IDEC, cet exercice s'est avéré compliqué.	Pour l'IDEC 1 et 2, la communication a été primordiale et indispensable. Pour l'IDEC 3 et 4, nous n'avons pas de réponses ;	
Quelles ont été les principales difficultés lors de cette crise en tant qu'IDEC ? Et comment avez-vous géré ? et ses gestions	Selon 3 IDEC sur 4, la principale difficulté était la gestion des familles. 2 IDEC sur 4 ajoutent la charge de travail et les 2 autres évoquent l'absentéisme du personnel par peur de contracter la maladie. 2 IDEC sur 4 ont pu compter sur les l'unité mobile gériatrique ainsi que les HAD. 2 IDEC sur 4 se montrent disponibles pour le personnel et les résidents.	L'IDEC 1 parle de devoir gérer les cas Covid dans la structure et non à l'hôpital alors que l'IDEC 3 mentionne que l'hôpital ne prenait que les cas Covid et non les résidents avec pathologies spécifiques.	L'IDEC 4 a eu des difficultés dans la gestion du matériel.
Parmi toutes les recommandations, laquelle vous a semblé la plus difficile à mettre en place. Pourquoi ? Comment l'avez-vous vécue ?	2 IDEC sur 4 citent la recommandation qui concerne le respect des visites des familles. 2 IDEC mentionnent le fait qu'elles soient nouvelles en poste. Chez les 4 IDEC ont peu percevoir l'angoisse et la pression vécue lors de cette crise.	Pour l'IDEC 3, tout était difficile.	Pour l'IDEC 1, la recommandation la plus difficile va être au sujet du non port du masque. L'IDEC 3 exprime une certaine culpabilité face aux protocoles hospitalier.
Quelles sont les principales valeurs professionnelles à respecter en tant qu'IDEC ?	Pour la majorité des IDEC, la disponibilité auprès du personnel et le respect de la	L'IDEC 1, précise dans sa réponse "dès lors que le soignant en a les convictions ».	

<p>Pensez-vous avoir pu être en accord avec celles-ci ?</p>	<p>personne soignée sont les principales valeurs à respecter. Les 4 IDEC disent avoir respecter ses valeurs.</p>	<p>L'IDEC 2 ajoute qu'il a fallu trouver un équilibre entre les recommandations de l'ARS et les valeurs des familles. L'IDEC 3, ajoute qu'elle a dû "faire avec les moyens du bord".</p>	
<p>Pouvez-vous me donner les règles du code de déontologies des IDE qui sont pour vous indissociables de notre pratique ?</p>	<p>La réponse, le respect de la personne soignée revient chez la majorité des IDEC.</p>	<p>L'IDEC 2, cite le devoir d'assistance pour tous mais ajoute que c'est compliqué lorsqu'il faut faire des choix. Elle dit aussi, "sa difficulté à faire respecter le secret professionnel". L'IDEC 3 dit "que ses principes étaient difficiles à faire respecter face aux recommandations liées au deuil"</p>	
<p>Durant cette crise pensez-vous les avoir respectées ?</p>	<p>3 IDEC sur 4 pensent avoir respectées les règles du code de déontologie infirmier.</p>	<p>L'IDEC 1, ajoute "même si les tâches avaient glissées entre les professionnels".</p>	

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.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau – 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 – www.fng.fr



Version révisée 2007

ANNEXE 6: Code de déontologie des infirmiers

Devoirs généraux

Champ d'application

« **Art. R. 4312-1.** - Les dispositions du présent chapitre constituent le code de déontologie des infirmiers. Elles s'imposent à tout infirmier inscrit au tableau de l'ordre, à tout infirmier effectuant un acte professionnel dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et suivants ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers mentionnés à l'article L. 4311-12.