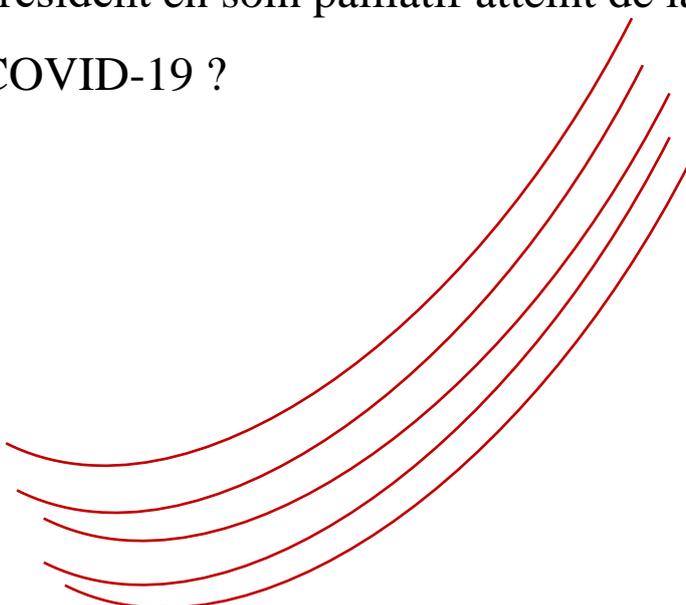


Doctrine nationale en EHPAD et COVID-19 :

Un décalage entre cadre théorique et réalité des pratiques lors
de l'accompagnement de résident en soin palliatif atteint de la
COVID-19 ?



Mémoire
Pour le Diplôme Inter Universitaire
Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD »
Et
Pour le Diplôme Universitaire
Formation à la fonction d'infirmière référente et coordinatrice
en EHPAD et en SSIAD »
Promotion 2020

**Doctrine nationale en EHPAD et COVID-19 :
Un décalage entre cadre théorique et réalité des pratiques lors de
l'accompagnement de résident en soin palliatif atteint de la
COVID-19 ?**

Présenté le 4 décembre 2020 par

CHIKHAOUI Hakim
CORREA DO NASCIMENTO Armenia
JEAN ROUSSEAU Sophie
MONNOU Annie-Claude

Directeur de mémoire
Mr KAUFMANN Vincent

REMERCIEMENTS

Pour commencer, nous souhaitons remercier notre directeur de mémoire, Vincent Kaufmann, pour sa disponibilité, son aide et ses encouragements pendant la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à toute l'équipe qui a su être à l'écoute, et disponible, un moment riche en rencontre qui nous a permis de tisser des liens tout au long de cette aventure.

Merci aux différents personnels soignants qui ont accepté de prendre sur leur temps pour répondre au questionnaire.

Enfin, nous adressons nos plus sincères remerciements à nos conjoints et nos enfants qui nous ont accompagnés, aidés, soutenus et encouragés pendant cette année.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	5
INTRODUCTION.....	6
1 Matériel et méthode de l'enquête	8
1.1 Description de l'étude	8
Choix de la population.....	8
Constitution du corpus : caractéristiques et critères d'inclusion	9
Recrutement du panel	9
1.2 Questionnaire électronique.....	9
Réalisation et élaboration du questionnaire.....	9
Modalité de l'analyse des réponses	10
1.3 Limites méthodologiques	10
La méthodologie.....	10
Biais de recrutement	10
Biais de la période et du délai.....	10
2 Résultats	11
Résultat de l'enquête	11
3 Discussion.....	16
Adaptation des EHPAD aux doctrines, personnels soignants et réseau gériatrique de proximité	16
Médicaments et équipements de protection individuelle.....	17
Conduite éthique des prises en charge et accompagnement psychologique des équipes.	18
4 Pistes d'amélioration	21
CONCLUSION	22
Bibliographie.....	23
Annexe 1	25
Annexe 2	34
Annexe 3	35
Résumé.....	44

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de **M**ise sur le **M**arché

ARS : Agence **R**égionale de la **S**anté

CMP : Cellule d'Urgence **M**édico-**P**sychologique

EHPAD : Etablissement **H**ébergement pour **P**ersonne **A**gée **D**épendante

EMSP : Equipe **M**obile de Soins **P**alliatifs

IDEC : Infirmier **C**oordonnateur

LATA : **L**imitation et **A**rrêt de(s) **T**hérapeutique(s) **A**ctive(s)

CCNE : Comité **C**onsultatif **N**ational d'**E**thique

CUMP : Cellules d'Urgence **M**édico-**P**sychologique

MEDEC : Médecin **C**oordonnateur

PA : **P**ersonne **A**gée

PEC : **P**rise **E**n **C**harge

USP : Unité **S**oin **P**alliatif

INTRODUCTION

Les chiffres actualisés de l'évolution de la COVID-19, issue de santé publique France, et l'université américaine Johns-Hopkins sont de : 42 millions de cas confirmés dans le monde, 5,5 millions en Europe, 1,1 million de décès dont plus de deux cent mille en Europe depuis le 31/12/19. Dès l'émergence de la COVID-19 fin janvier 2020, les personnes âgées ont été identifiées comme la tranche de la population la plus à risque, surtout les plus de 65 ans. Entre le 1er mars et le 8 septembre 2020, Santé publique France a rapporté :

- ✓ 113830 cas de COVID-19 hospitalisés, et 30764 décès de patients COVID-19,
- ✓ 20289 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation
- ✓ 10475 décès parmi des résidents en EHPAD
- ✓ 71 % des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de plus de 75 ans ou plus (90% avaient 65 ans et plus) et l'âge médian au décès était de 84 ans.

La conclusion d'études internationales corrobore les données françaises. Une étude japonaise récente publiée dans NATURE arrive au constat que les personnes âgées sont celles qui souffrent des formes les plus sévères de la COVID-19. ⁽¹⁾

En Islande une étude montre que les enfants de moins de 10 ans et les femmes sont moins touchés par l'infection. ⁽²⁾

Au plus fort de l'épidémie, les acteurs du système de soin ont été contraints de s'adapter et de repenser la prise en charge de personnes âgées atteintes des formes sévères de la COVID-19.

Les soins palliatifs sont poussés à s'organiser pour libérer des lits de court séjour, tout en assurant la continuité des prises en charge pour les patients non infectés par le virus Sars-Cov-2.

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a livré en ce sens une première note poussant à une nécessité de modification de son organisation ⁽³⁾ : « (...) qui doit prendre en compte la nécessité de restreindre la transmission du COVID-19 pour les patients, les familles et les soignants. »

Selon l'organisation du territoire, les médecins d'équipes mobiles de gériatrie apportent leur soutien aux EHPAD. Ce système de fonctionnement historique est rapidement pris en défaut par un afflux important de personnes âgées COVID-19 présentant une évolution rapide et grave de la maladie, ou ne pouvant être pris en charge en service de réanimation.

Nous sommes face à une problématique globale qui amène les acteurs du système de soin, à composer avec :

- ✓ Le contexte de la saturation des lits en services de réanimation
- ✓ Des Unités de soins palliatifs hospitaliers et qui accueillent les patients COVID 19, à leurs tours saturés, tout comme les services de médecine interne, pneumologie ou les services de

réanimation.

- ✓ Des unités de soins palliatifs extrahospitaliers devenant inadaptées :
 - Tant architectural, quel pour appliquer la doctrine du confinement des patients
 - Par le manque ou l'absence de plateau technique pour certaines
 - Des équipes en USP en effectif réduit.

Du fait de cette réorganisation du fonctionnement historique des unités de soins palliatifs, les EHPAD s'adaptent à leur tour, afin d'assurer la continuité des soins auprès de leurs résidents atteints de la COVID-19. Ce renforcement de la médicalisation des EHPAD, amène une solution stratégique de première ligne dans la prise en charge de personnes âgées en soins palliatifs atteintes de la COVID-19. Cela oblige les EHPAD à assurer la prise en charge des formes graves de la maladie COVID-19 : la dyspnée aigue et la détresse respiratoire asphyxique. C'est au travers de ce constat que notre réflexion s'est portée sur la doctrine de prise en charge des résidents relevant de soins palliatifs COVID-19. Nous nous sommes efforcés d'identifier les éléments de doctrine devant répondre aux principaux problèmes soulevés par l'épidémie COVID-19 sur le plan de l'organisation des soins palliatifs, des ressources humaines, et, de la réorganisation des locaux.

Étudier cette problématique, c'est questionner l'application pratique en EHPAD du cadre théorique de la doctrine. Le propos de ce mémoire est de comprendre, comment et dans quelles conditions s'est faite l'accompagnement des équipes soignantes dans le cadre de la prise en charge des résidents relevant de soins palliatifs COVID-19.

La problématique que nous soulevons est la suivante :

Existe-t-il un décalage entre le cadrage théorique de la doctrine et une réalité des pratiques en EHPAD lors de l'accompagnement des résidents COVID + relevant de soins palliatifs ?

1 Matériel et méthode de l'enquête

1.1 Description de l'étude

L'objectif est de réussir à faire émerger un volume d'informations issue des MEDEC, des IDEC et des directeurs d'établissement interrogés sur la gestion de cette crise sanitaire COVID-19 au sein de leur EHPAD. Nous avons choisi de réaliser une étude mixte, quantitative et qualitative. En combinant des données mixtes, nous pouvons recueillir le vécu des acteurs, leurs perceptions ainsi que les données statistiques nous permettant d'explorer l'efficacité des soins en EHPAD en contexte COVID-19. ⁽⁴⁾

Il est important de mettre en lumière des données chiffrées qui nous permettent de comprendre ce qu'a été le résultat sur le terrain de l'application des doctrines sur l'accompagnement des équipes soignantes. Lors d'une première approche, il a été discuté de la réalisation de conduite d'entretien. L'entretien (ou méthode de l'interview) est une des méthodes de recueil de données disponibles en sciences humaines, mais également utilisée en médecine générale. ⁽⁵⁾

La réalisation de ce type de procédé où les interviewés s'expriment librement, permet l'émergence et l'expression de représentations non consensuelles ou personnelles sur la question et conduit à de nouvelles interrogations. ⁽⁶⁾

La France ayant déclaré l'état d'urgence sanitaire, il apparaissait difficile de baser notre étude sur la technique de l'entretien. Nous donc avons choisi la méthode la plus adaptée pour répondre à la question de recherche.

Choix de la population

Nous avons défini la population de notre étude comme étant : les MEDEC, les IDEC et les directeurs d'établissement en poste au sein d'un EHPAD (privé, public et mixte) pendant la crise sanitaire COVID-19 depuis février 2020.

Cette hétérogénéité nous permet de mettre en évidence les mesures prises dans les EHPAD, pour accompagner les équipes soignantes lors de la prise en charge des résidents atteints COVID+ relevant du soin palliatif.

Il convient de présupposer que le curseur temps est à prendre en compte, et qu'il influence indirectement les participants. Un point de vue d'un participant n'est pas le même au moment le plus fort de la crise sanitaire qu'à la fin de la première vague ou cinq mois après. Le vécu et la représentation que l'on a des difficultés et des problématiques s'émeussent avec le temps, ou peuvent être altérés remaniés par une réflexion à posteriori sur un état passé. ⁽⁷⁾

Constitution du corpus : caractéristiques et critères d'inclusion

Le choix d'étendre le critère d'inclusion aux trois types de statut d'un EHPAD, permet d'accroître la diversité des résultats nécessaires à une analyse finale des données qui se veut objective.

Les critères d'inclusion sont :

- ✓ EHPAD privés, mixtes, publics des régions Ile de France, Haut Rhin, Bas Rhin, Haut de France, Occitanie, Calvados et Guyane Française.
- ✓ Être MEDEC, IDEC et directeur d'établissement en EHPAD, entre février et Août 2020.
- ✓ Coordonnées mail et téléphonique actifs et à jour, obtenues sur *ViaTrajectoire* et en faisant appel au réseau professionnel local et universitaire des enquêteurs.

D'un point de vue méthodologique, il est difficile de calculer la puissance nécessaire, à atteindre pour notre étude, à l'avance. Du fait du contexte il nous a été impossible de nous faire aider d'un statisticien universitaire malgré les multiples envois courriels. Ce travail de mémoire se fixe l'objectif de solliciter 30 EHPAD par statut (soit 90 EHPAD au total), dans les régions citées plus haut.

Recrutement du panel

Une adresse mail dédiée au mémoire est créée pour cette étude. Les coordonnées du panel ont été récupérées sur *ViaTrajectoire*. Certaines adresses mails et coordonnées n'étaient pas à jour, si bien que nous avons dû intégrer ce paramètre dans nos critères d'inclusion. Nous avons ensuite privilégié un contact par mail qui nous semblait offrir du « temps » au participant pour apprécier le projet de recherche et répondre au questionnaire. Annexe 2

1.2 Questionnaire électronique

Réalisation et élaboration du questionnaire

Un questionnaire électronique quantitatif associant des questions à réponse libre, a été élaboré pour recueillir les données nécessaires. Le choix est fait de réaliser le questionnaire sur SURVIO. *Annexe 1*
Le questionnaire a été envoyé à la population étudiée le 28 juin 2020. Deux relances ont été effectuées, séparées de quinze jours d'intervalle. Une clôture finale intervenant quinze jours après la dernière relance.

Modalité de l'analyse des réponses

Les données statistiques brutes sont extraites directement en fichier Excel via SURVIO. Les données sont ensuite traitées et mise sous forme de tableaux et graphiques incorporés au mémoire.

L'analyse des réponses libres des participants est réalisée selon une méthode dite de double codage par deux enquêteurs, selon les mêmes critères, et avec les logiciels *ATLAS.ti* et *Microsoft Excel*.

Ces logiciels facilitent le traitement de ce type de donnée, en apportant une aide technique à l'analyse des réponses libres selon un mode thématique. Ce processus s'appelant codage. Il en résulte un tableau d'étude pour les enquêteurs, regroupant l'ensemble des idées fortes représentatives d'un thème.

1.3 Limites méthodologiques

La méthodologie

Les difficultés des calendriers professionnels des enquêteurs, leurs dispersions géographiques dans la France métropolitaine et l'outre-mer (Ile de France, Guyane Française, Occitanie et Auvergne Rhône Alpes), la difficulté pour eux de libérer du temps, ont été autant de défis à la réalisation de cette enquête.

Concernant les données quantitatives mises en avant dans cette étude :

Nous avons obtenu un retour de 25 questionnaires sur 90 EHPAD sollicités.

Concernant les données extraites des réponses libres du questionnaire :

Cette problématique nous invite à l'exploration de notions non quantifiables que sont le vécu et les représentations au travers de questions à réponse libre. Nous devons considérer les données des questions libres comme présentes pour alimenter certains paragraphes.

Nous avons constaté lors de l'analyse des réponses, que des questions ont posé un problème de compréhension, motivé des réponses aberrantes et inutilisables.

De plus, nous avons constaté que des participants n'ont pas renseigné certaines questions.

Biais de recrutement

Nous avons eu des difficultés à pouvoir rassembler un nombre convenable de questionnaires. Nous avons dû contacter quelques EHPAD pour ce travail et l'obtention des coordonnées a été un critère d'inclusion.

Biais de la période et du délai

Nous prenons en considération que la période d'envoi du questionnaire aux EPHAD n'est pas optimale pour favoriser un recueil maximal de réponses (questionnaire mis en ligne le 28 juin 2020, clôturé fin août 2020 après deux relances effectuées). Cette période étant propice aux congés.

2 Résultats

Cette partie présentera les données importantes que nous avons extraites de notre enquête. Il nous semblait important d'imager certains résultats à l'aide de graphiques. L'ensemble des figures relatives aux données brutes, sont retrouvées dans l'annexe 3.

Résultat de l'enquête

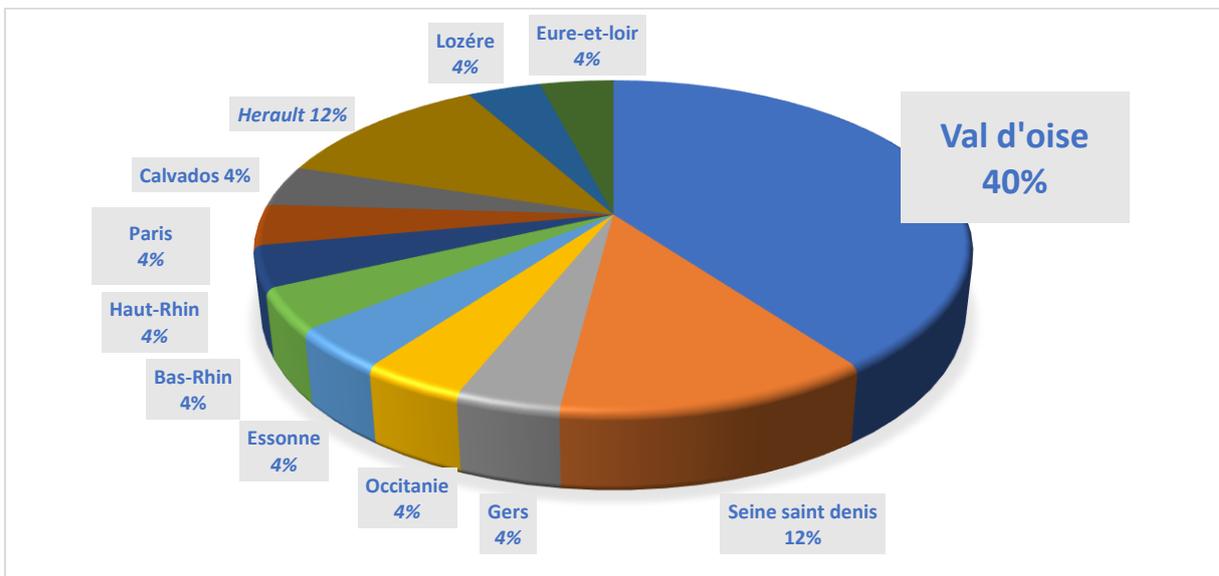
Concernant le sexe des participants :

88 % sont des femmes, 12 % des participants sont des hommes.

Concernant la fonction occupée des participants de l'étude :

48 % sont des IDEC, 40 % sont MEDEC, 12 % Directeur

La localisation des EHPAD d'exercice des participants à l'étude sont résumé sur ce graphique :



Le nombre d'années d'exercice en EHPAD des participants :

44 % des professionnels sont en poste depuis plus de 10 ans, 32 % depuis moins de 5 années.

Les EHPAD d'exercice des participants de l'étude sont à :

40 % des EHPAD privés à but lucratif, 36 % des EHPAD associatif à but non lucratif, 24 % d'EHPAD publiques.

Un nombre de lits d'accueil et direction de l'établissement

50% des EHPAD de notre étude possèdent un nombre de lits d'accueil compris entre 80 et 90 lits.

84% des EHPAD de notre étude déclare avoir en poste le trinôme : directeur d'établissement, MEDEC, IDEC.

En ce qui concerne l'impact du COVID-19, dans les EHPAD de l'étude :

88% des EHPAD de l'étude ont déclaré avoir eu des résidents COVID + en soins palliatifs ou en fin de vie.

Ils dénombrent en moyenne entre 5 et 10 décès de résidents en lien direct avec la COVID-19.

En ce qui concerne la prise de connaissance des doctrines nationales, et leurs mises en application dans les EHPAD respectifs :

95,8% des participants de l'étude déclarent avoir pris connaissance des doctrines et 80 % des participants les avaient mises en place

Les principaux canaux de prise de connaissance des doctrines nationales des participants de l'étude :

56 % par la direction de l'établissement, 48 % par les acteurs du réseau gériatrique du territoire (au travers de courriels d'informations, de formation, et de partage des recommandations de bonnes pratiques professionnelles).

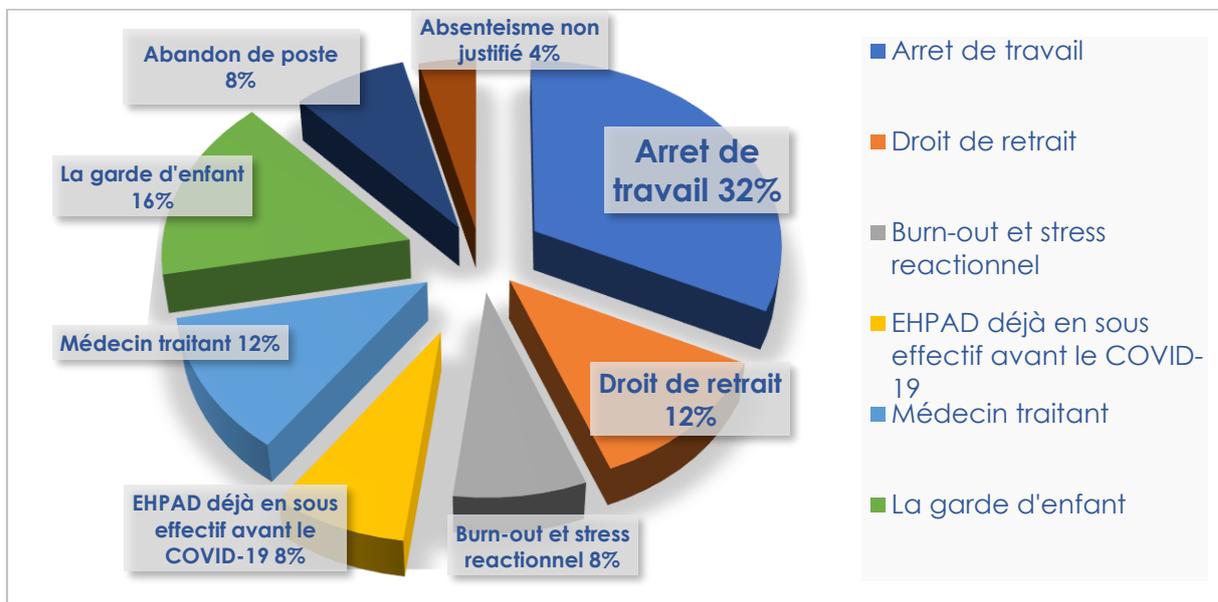
La temporalité de la prise de connaissance des doctrines nationales par les participants de l'étude :

65 % des EHPAD ont eu connaissance des doctrines nationales et des protocoles lors de la deuxième quinzaine de mars, 35% entre la première et la deuxième quinzaine d'avril 2020.

Concernant le maintien d'un effectif soignant suffisant dans l'établissement :

80 % des EHPAD interrogés rapportent des difficultés à maintenir un effectif soignant suffisant.

Les causes identifiées par les participants de l'étude sont énumérées dans ce graphique :



En ce qui concerne la prise en charge des formes pulmonaires graves de la COVID-19 et l'existence d'un protocole de fin de vie propre à EHPAD :

80 % rapporte l'existence d'un protocole de fin de vie propre à l'EHPAD et adapté COVID-19, 52 % ont éprouvé des difficultés dans la prise en charge des formes pulmonaires graves de la COVID 19.

Les difficultés rapportées par les participants de l'étude sont causées par l'approvisionnement en :

Midazolam® pour 52% des participants, Clonazepam® 28 % pour des participants, Haloperidol® pour 12 % des participants, et enfin les morphiniques® pour 8 % des participants.

Contrairement aux médicaments listés au-dessus

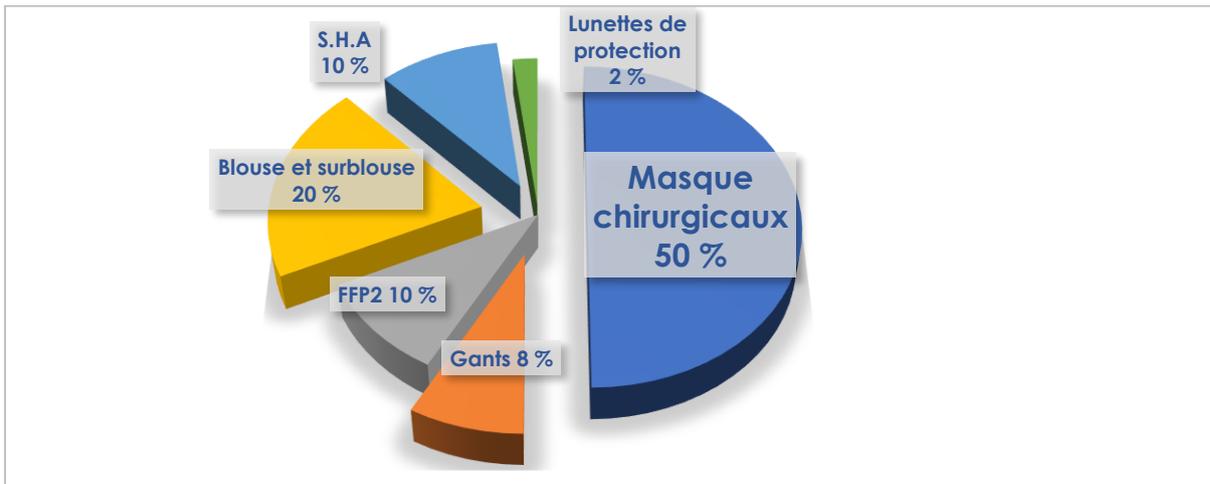
76 % des participants n'ont pas éprouvé de difficulté d'approvisionnement pour d'autres médicaments nécessaires à la prise en charge des résidents atteints des formes graves de la maladie COVID-19.

Concernant l'approvisionnement en oxygène :

68 % des participants ont connus des difficultés. Pour 80 %, les causes identifiées sont les ruptures de stock, les problématiques d'extracteur, et les litiges divers avec les sociétés prestataire.

Lorsque nous explorons la gestion des E.P.I

40 % ont eu des problèmes d'approvisionnement ou des ruptures de stock. Les produits impactés d'après les participants de notre étude sont représentés ci-dessous :



Sur la question de la décision d'accompagnement en fin de vie d'un résident atteint de forme grave de la COVID-19 :

60 %, l'ont prise en collégialité, associant toujours : MEDEC, IDEC, les IDE référentes du résident, le médecin traitant, et la famille.

Pour conserver une continuité dans la communication entre les familles et les résidents, ou entre les familles et l'équipe soignantes :

15 EHPAD ont eu recours aux outils numériques et aux réseaux sociaux (téléphone, tablette, ordinateur portable, Skype, WhatsApp), en précisant :

« Nous avons mis en place des sessions d'appels téléphoniques plusieurs fois par jour, des visio avec le portable perso car pas de matériel informatique mobile à l'EHPAD dans les 2 premiers mois (...) », « Nous avons mis en place des dialogues fréquents, par visio conférence, proposé des rendez-vous avec la psychologue (...) », « Nous avons mis en place des mails d'information bihebdomadaire, des Skype pour envoyer des photos aux familles. »

3 EHPAD ont maintenus les visites, mais uniquement autorisés pour les résidents en fin de vie imminente.

2 EHPAD : ont maintenus toutes les visites, en mettant en avant : « La configuration du bâtiment et des locaux aidant, les visites au plus fort de l'épidémie étaient toujours maintenues. Elles devaient néanmoins s'équiper totalement (en EPI) ». Ou bien, des visites maintenues car elle : « pouvaient se dérouler derrière les vitres des chambres grâce à la coursive le long du bâtiment. »

Sur la question des moyens mis en place, par les participants de l'étude, pour accompagner psychologiquement leurs équipes pendant cette période difficile :

12 EHPAD ont mis en place des entretiens (individuels ou en groupe) entre la psychologue de l'établissement et les salariés : « Nous avons augmenté le temps de présence des psychologues sur la structure (...) », « nous avons mis en place une cellule d'écoute interne au groupe. », « Il a été mis en place des réunions d'équipes quotidiennes personnalisées avec la psychologue pour des propositions de réunions individuelles ou collectives, un peu comme les cercles Balint (...). »

4 EHPAD ont orienté systématiquement les salariés vers la plateforme téléphonique d'écoute et de soutien du personnel soignant.

3 EHPAD répondent ne rien avoir mis en place pour l'accompagnement psychologique des équipes : « Nous n'avons rencontré aucun problème avec le personnel restant. », « Aucune ressource psy sauf le numéro de téléphone national »

Le partie commentaire en fin de questionnaire, invitait les participants de notre étude à se libérer du cadre volontairement rigide des questions quantitatives. Nous souhaitons qu'ils nous apportent des données supplémentaires potentiellement utiles. Cela nous a permis de mettre en avant des éléments du discours centré sur leur vécu de l'expérience de cette crise sanitaire :

« Crise épuisante à titre personnel. Tant sur les plans physiques et psychiques. J'en ressors profondément bouleversée. », « Une vigilance de tous les instants ! Un accompagnement chronophage des équipes, des résidents, nombres d'heures de travail non comptabilisées, astreinte 24/24, aucun repos (...) épuisement de tout le personnel, mais une gestion de la crise grâce à l'acharnement de l'équipe de direction présente tous les jours (...). », « Manque de cohésion État/soignant. »,

« Informations trop tardives, directives et différentes dans le temps. », « Nous avons transformé les

EHPAD en établissements sanitaires sans les moyens humains en nombre et en qualifications ni les moyens financiers (... »), « Certains ont fui, tant mieux. Les présents étaient motivés et ont beaucoup donné d'eux-mêmes avec difficultés de transport (...) ».

« Cette pandémie a révélé les déficiences de notre système de soin, un vécu douloureux de la part des professionnels face aux difficultés à appliquer les recommandations, un déconfinement très difficile à mettre en œuvre. Mais aussi de bonnes choses, les équipes COVID des CHU pour les EHPAD (une grande aide pour nous). Le professionnalisme des équipes hygiènes du territoire a été de super formateur, ça nous a aidés dans l'application des mesures d'hygiène (...) »,

« Un EHPAD n'est pas préparé ni pensé pour accompagner des fins de vie aiguës. Ni le MEDEC, ni les IDE, ni les autres soignants n'avaient la formation (...) ou alors il faut changer de paradigme et EHPAD devient un lieu de soins avec capacités d'accompagnement de fin de vie et soins palliatifs. Et dans ce cas il faut y amener les moyens techniques et humains appropriés (...) »

3 Discussion

Adaptation des EHPAD aux doctrines, personnels soignants et réseau gériatrique de proximité

Les ARS, en coordination avec les départements, mettent en place une cellule dite médico-sociale dédiée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap pour faire face au besoin en personnel des EHPAD¹. En effet, les 80% des EHPAD interrogés disent avoir rencontrés des difficultés importantes au maintien d'un effectif soignant cohérent durant cette période. (Tableau 13). La principale raison est l'absentéisme du personnel face à la charge de travail importante nécessitée par la prise en charge palliative en cette période COVID-19.

Comme vu précédemment et pour rappel, les causes identifiées du sous-effectif sont : (Figure 2)

- ✓ 32% d'arrêt de travail
- ✓ 16% pour des motifs de garde d'enfants
- ✓ 12% ont fait valoir leur droit de retrait
- ✓ 8% d'abandon de poste
- ✓ 8% suite à un burn-out
- ✓ 8% des établissements étaient déjà en sous-effectif avant la période COVID-19
- ✓ 4% sans motifs

Globalement, la surcharge de travail, associée à un effectif réduit, a engendré un épuisement physique, émotionnel et mental du personnel soignant dans les EHPAD et hôpitaux de France.

Ce qui est relevé aussi par un MEDEC de notre étude qui nous précise : « J'ai dû travailler 7 jours sur 7 et être sollicité la nuit ». Un autre nous précise : « Crise épuisante à titre personnel, sur le plan physique et psychique. J'en ressors profondément bouleversé ! ».

Pour pallier à ce manque de personnel soignant, 68% des EHPAD interrogés se sont appuyés sur les dispositions mises en place par la cellule médico-sociale des ARS. (Tableau 14)

En effet, ils affirment avoir eu recours à l'aide des HAD, des Équipes mobiles de soins palliatifs, des infirmiers libéraux, les plateformes nationales, des intérimaires, des CPIAS, ainsi que de renfort des médecins coordonnateurs. A la lumière de nos résultats, nous pouvons dire que ces dispositifs ont été utilisés par la majorité des établissements soit 17 sur les 25 interrogés.

Compte tenu de l'urgence de la situation, il nous apparaît important de faire ressortir la temporalité et les différents canaux par lesquels le personnel soignant a été informé des nouvelles doctrines de prises

¹ Fiche ARS « Stratégie de prise en charge des personnes âgées en EHPAD et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19 » adressée au DGARS lundi 30 mars et Fiche ES « Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » a été publiée lundi, elle prévoit la mobilisation de l'HAD -mars 2020

en charge en soins palliatifs des résidents atteints de COVID-19.

En ce qui concerne la temporalité, 3 établissements sur 25 ont été informés dès la 1^{ère} quinzaine de mars, 15 pendant la 2^{ème} quinzaine. En avril, 9 établissements ont reçu les informations sur les directives gouvernementales dont 4 dans la 2^{ème} moitié du mois. Ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse que la maîtrise des directives par les soignants a été progressive.

Notre enquête montre que la quasi-totalité des EHPAD de l'étude a eu connaissance des directives. Malheureusement il ne nous a pas été possible de savoir précisément si des formations spécifiques dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie ont été mise en place.

Néanmoins grâce à l'application des mesures demandées par le gouvernement, les résultats montrent que les équipes soignantes ont pu prendre en charge dans de meilleures conditions les résidents atteints de COVID-19 relevant du soin palliatif.

Médicaments et équipements de protection individuelle.

Malgré tout, les résultats font apparaître des difficultés lors des prises en charge des formes sévères de la maladie COVID-19 (dyspnée aiguë et de détresse respiratoire asphyxique). Cette problématique est essentiellement due à la difficulté d'obtenir les médicaments à prescription restreinte, jusque-là réservée au domaine hospitalier.

Bien que l'arrêté du 23 mars 2020 facilite l'accès au Midazolam®, Clonazepam®, Haloperidol® en EHPAD, la réalité est qu'il reste en pratique difficile de les obtenir. Cependant, les EHPAD de notre étude n'ont pas évoquée de problème d'approvisionnement d'autre thérapeutique (citons l'exemple des spécialités à base de paracétamol injectable, réservées en temps normal aux établissements hospitaliers.). Actuellement, du fait de la réactivation de l'état d'urgence sanitaire, le décret du 16 octobre 2020, rend de nouveau applicable un certain nombre de mesures pour lutter contre l'épidémie de COVID-19, dont celles qui concernent, les spécialités à base de paracétamol® injectable, le Rivotril injectable (clonazepam®) en utilisation hors AMM pour la prise en charge de la dyspnée, ainsi que pour la prise en charge en palliative de la détresse respiratoire aiguë chez les résidents atteints de COVID-19. ⁽⁸⁾

Sur les 25 EHPAD interrogés 40 % ont rencontré des difficultés d'approvisionnement en EPI). La protection du personnel de l'EHPAD et des intervenants extérieurs par des EPI, est indispensable pour intervenir dans des conditions de sécurité optimale.

Notre enquête nous a permis d'objectiver une pénurie de masques, réelle problématique sur le terrain.

La France a dû rapidement faire face à cette pénurie d'autant que les besoins ont été multipliés par 10.

Le 20 mars 2020 lors de de l'examen de projet de loi d'urgence au sénat, le ministre de la santé monsieur Olivier VERAN évoquait : « Nous étions un pays hélas pas préparé du point de vue des masques et des équipements de protection, en raison d'une décision prise il y a neuf ans. »⁽⁹⁾

Pourtant, en 2010, la France disposait d'un stock de 1 milliard de masques chirurgicaux et 600 millions de de masques type FFP2 qui a diminué au fil de temps par des décisions politiques des gouvernements successifs.

Malgré tout, 50% des EHPAD interrogés n'ont pu avoir en début de crise une quantité suffisante de masques (chirurgicaux et FFP2).

Conduite éthique des prises en charge et accompagnement psychologique des équipes.

Nos données montrent que la majorité des EHPAD ont adapté les recommandations nationales en matière d'éthique en ce qui concerne l'accompagnement de la fin de vie des résidents atteints par la COVID-19.

Sur les 25 EHPAD interrogés, 60% ont mis en place des réunions de concertations collégiales, pour décider de la prise en charge palliative des résidents ne relevant pas d'une hospitalisation en unité de réanimation. Et dans 20% des cas, c'est le duo MEDEC et médecin traitant qui ont été au centre de la prise de décision, sans sollicitation d'avis extérieurs (gériatre, HAD, EHPAD, ou aux les cellules de soutien éthique COVID-19).

Il ne ressort pas des résultats de notre enquête, la prise en compte de l'avis du résident, de l'utilisation des fiches LATA, ou l'utilisation des directives anticipées des résidents. Outils permettant une aide non négligeable lors la prise de décision.

Dans ce sens, le CCNE avait émis des recommandations éthiques pour aider les EHPAD dans la décision de prise en charge palliative, chez un résident ne relevant pas d'une hospitalisation en service de réanimation.^(10, 11,12)

Malgré ces recommandations et supports de soutien éthique, les équipes de soins travaillant en EHPAD se sont vues : « bousculées dans leur éthique de bienveillance » en cause, le contexte inédit de l'épidémie, et le changement de fonctionnement d'accompagnement des résidents en fin de vie.

Toutes les interrogations et disparités dans les modalités décisionnelles liées au contexte, sont éthiquement et émotionnellement complexe. La crise sanitaire engendrée par la COVID-19, crée un surcroit de situations anxiogènes pour de nombreuses personnels d'établissement.⁽¹⁴⁾

Notre enquête met en évidence que l'accompagnement des équipes de soin s'est fait essentiellement par

les psychologues internes des EHPAD de l'étude. Cet accompagnement s'est fait en individuel ou par groupe de paroles. Et 20% des établissements ont orienté systématiquement leurs salariés vers la plateforme téléphonique d'écoute et soutien. Néanmoins certains participants ont mis en avant des éléments de détresse psychologique dans nos résultats : « Crise épuisante à titre personnel. Tant sur le plan physique et psychique. J'en ressors profondément bouleversée. », « Une vigilance de tous les instants ! Un accompagnement chronophage des équipes, des résidents, nombres d'heures de travail non comptabilisées, astreinte 24/24, aucun repos (...) épuisement de tout le personnel, mais une gestion de la crise grâce à l'acharnement de l'équipe de direction présente tous les jours (...). »,

Il ne nous a pas été possible de savoir si les EHPAD de notre étude ont continué un suivi psychologique ou bien, mis en place une stratégie pour éviter l'apparition de syndrome de stress post-traumatique chez les salariés.

Basé sur nos résultats, il est important de nuancer nos propos. On s'aperçoit que l'épuisement des équipes s'explique aussi par d'autres facteurs, la surcharge de travail causée par le manque d'effectif, les astreintes rapprochées, l'absence de repos compensateur, l'application dans l'urgence (ou à la dernière minute) des doctrines nationales, sont autant à prendre en considération.

Certains EHPAD, ont reçu les directives gouvernementales à la 2^{ème} quinzaine de mars 2020, et d'autre la 1^{ère} et 2^{ème} quinzaine d'avril 2020. Et en attendant les directives, les professionnels interrogés se sont investis pour maintenir un accompagnement de qualité des résidents et des familles. Des participants ont d'ailleurs mis en avant ce : « Manque total de cohésion entre l'État et les soignants. », pour ne citer que cet exemple.

Dans nos résultats il apparait que quelques EHPAD n'ont rien mis en place en matière de soutien psychologique : « Nous n'avons rencontré aucun problème avec le personnel. », « Aucune ressource psychologique mise en place, sauf le numéro de national ».

Nous n'avons pas pu mettre en évidence d'éléments qui nous permettent de comprendre cette position. Pourquoi ont-ils fait l'impasse (consciemment ou inconsciemment) sur l'utilisation des psychologues bénévoles ou de se faire accompagner par la CUMP et Psychologues Solidaires ?

Serait-ce par manque de temps ? La méconnaissance de l'existence des telles ressources ? Où tout simplement par les non-dits et le refoulement de leurs émotions ?

D'un point de vue méthodologique, nous pouvons aussi nous poser la question de savoir si le cadre du questionnaire ne permettait pas aux répondants de s'investir longuement dans une réponse plus argumentée.

Notre enquête révèle que des EHPAD n'ont pas restreints ou interdit les visites famille, alors la majorité

des EHPAD de l'étude ont mis en place d'autres solutions pour maintenir le lien entre les familles et les résidents. Malgré tout, nos résultats ne peuvent mettre en avant un taux de contamination COVID-19 plus élevés, ou bien corrélé ces pratiques avec un taux de décès dans l'EHPAD plus important.

Bien que cette absence de fermeture de l'EHPAD aux publiques apparaisse surprenante, les participants mettent en avant la configuration singulière de certains établissements qui permettait finalement de continuer les visites famille : « La configuration du bâtiment et des locaux aidant, les visites au plus fort de l'épidémie étaient toujours maintenues ».

Ils devaient néanmoins : « s'équiper totalement en EPI. », et une IDEC précise les visites « pouvaient se dérouler derrière les vitres des chambres grâce à la coursive le long du bâtiment »

Bien que les outils numériques se sont imposés comme une solution de communication de choix :

Nous nous demandons quel fut l'impact psychologique d'une transmission audiovisuelle pour les familles de résidents en fin de vie ?

Le cadre imposé d'un questionnaire ne nous permet pas d'explorer le retour d'expérience des participants de l'étude sur le vécu des résidents en fin de vie avec des déficits neurosensoriels.

4 Pistes d'amélioration

La fin de la première vague a eu un impact important sur le corps médical et paramédicale. En ce début de seconde vague il faut plus que jamais mettre en place des solutions pertinentes et efficaces sur le terrain de la pratique, et permettre une continuité des soins hors COVID-19 des résidents.

Quelques pistes :

- ✓ Formation régulière des équipes soignantes en EHPAD par une réactualisation régulière des connaissances :
 - Pharmacologie
 - Détresses respiratoires
 - Différentes pathologie d'urgence
 - L'utilisation des EPI...
- ✓ E-formation régulière de l'EHPAD avec le service gériatrique du CHU sur des thématiques. Ce qui permet un apprentissage adapté au rythme de la vie professionnelle.
- ✓ Établir et mettre en place un réseau structuré de télémédecine entre l'EHPAD et une cellule de coordination du territoire de soin palliatif.
- ✓ Des conférences/réunions régulières des retours d'expérience sur des situations de crise entre les EHPAD d'un territoire : pour échanger partager, anticiper...
- ✓ Stages dans différents services de soins pour permettre une remise à niveau, des pratiques en soins infirmiers ainsi que la manipulation des dispositifs médicaux.
- ✓ Instaurer un livret de compétence propre et personnel à chacun avec les différents actes à acquérir. Notamment sous forme de tableau vu/fait/acquis/ non acquis
- ✓ Intégrer dans les entretiens annuels une fiche des connaissances à développer.
- ✓ Médicaliser les EHPAD
- ✓ Former les personnes du CODIR à la gestion de crise en EHPAD

CONCLUSION

La doctrine mise en place par le gouvernement a pour but d'améliorer et d'aider dans de bonnes conditions humaines et sanitaires la prise en charge de la personne âgée atteinte de la COVID-19 en fin de vie.

Pour permettre son application dans de bonnes conditions, la synergie du trio MEDEC, IDEC, Directeur est indispensable et révèle toute son importance.

L'efficacité de ses nouvelles dispositions ne peut s'appuyer que sur la disponibilité des équipes en place, et le renfort des équipes extérieures.

L'optimisation du temps, et l'efficacité des équipes intervenant en renfort, ne peut fonctionner que si l'effectif permanent des structures est au complet. Or notre travail met clairement en avant un problème de sous effectifs, ayant comme conséquence direct une surcharge de travail en cas d'absentéisme important.

La stratégie nationale en élaborant cette doctrine a pris en compte le besoin de renfort en personnel pour les équipes en place malheureusement la plupart de ces structures étant déjà en effectif réduit ce renfort a plutôt servi à pallier l'absentéisme.

L'objectif après cette période sera de faire un bilan des difficultés rencontrées afin de trouver des pistes d'améliorations adaptées et réalisable dans les EHPAD.

La deuxième vague est amorcée, nous commençons à tirer les enseignements de cette crise d'une ampleur inégalée.

Bibliographie

- 1 - The of mortality from novel coronavirus disease (COVID-19) suggests no large difference of susceptibility by age. Ryosuke Omori, Ryta Matsuyama, yukihiro nakata- Journal Nature, 6 October 2020.
- 2 - Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population: Daniel F. Gudbjartsson, Ph.D., Agnar Helgason, Ph.D., Hakon Jonsson, Ph.D., Olafur T. Magnusson, Ph.D., et al. Nejm 14 Avril 2020.
- 3 - La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : note sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid 19. Site web SFAP, 17/03/20.
- 4 - Site web du CAIRN : LES MÉTHODES DE RECHERCHE QUANTITATIVES ET QUALITATIVES PEUVENT-ELLES DÉJÀ COEXISTER ? : Elena Hunt, Anne-Marise Lavoie. N° 105 | pages 25 à 30, ISSN 0297-2964. Février 2012.
Blanchet A, Gotman A. L'entretien : l'enquête et ses méthodes. 2nd ed. Paris: Armand Colin; 2012.
- 5 - Paille. P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. Recherches Qualitatives.1996. 15: 179-194.
- 6 - Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research. 4th ed. Sage Publications; 2011.
- 7 - SFAP : « Prise en charge des détresses respiratoires asphyxiques à domicile ou en EHPAD »;
DOI : <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>
- 8 - Francois Vignal : « Pénurie de masques : une responsabilité partagée par les gouvernements. » ;
DOI : <http://www.publicsenat.fr> du 23 mars 2020
- 9 - Benoît Collombat : « Coronavirus-19 Pénurie de masques : l'ex directeur de l'ARS Grand Est dénonce les carences de l'état ». France Info publié le 18/09/2020
- 10 - Conseil National d'Éthique : La contribution du CCNE à la lutte contre COVID-19 : Enjeux éthiques face à une pandémie. [En ligne]. [Consulté le 25/05/2020].
DOI : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf .
- 11 - Solidarités-santé : Dispositif national de soutien médico-psychologique aux soignants et aux

professionnels en charge de l'accompagnement de personnes vulnérables dans le cadre de l'épidémie de coronavirus (covid-19). [en ligne]. [Consulté le 25/05/2020].

DOI : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plateforme-soutien-medico-psychologique-professionnels-covid-19.pdf>

12 - La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19. Site web de Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. [en ligne]. [Consulté le 25/05/2020].

DOI : http://www.sfap.org/system/files/gt_etiq_rea_covid_16_mar_20_19h_0.pdf >.

13 - Bernard Gavid : La bientraitance bousculée par le Covid. La revue du praticien médecine générale, [en ligne], avril 2020, Tome 34, n°1039, p.267 [Consulté le 25/05/2020].

DOI : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/ehpad-la-bientraitance-bousculee-par-le-covid> >.

Annexe 1

Questionnaire d'enquêtes en ligne- SURVIO

Questionnaire COVID-19

Partie I : Caractérisation

Sexe :

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Homme
- Femme
- Ne se prononce pas

Fonction :

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- MEDEC
- IDEC
- Directrice/Directeur

Département d'exercice en EHPAD

Nombre d'années d'expérience en EHPAD

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Moins de 5 ans
- Entre 5 ans et 10 ans
- Plus de 10 ans

Si oui, combien?

Avez-vous eu connaissance des nouvelles doctrines nationales et des protocoles pour la prise en charge des résidents en fin de vie atteints de COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, par quels moyens ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Par la structure ou par le groupe gestionnaire
 Par la direction
 Par des associations professionnelles
 Autre...

Quand avez-vous eu connaissance des doctrines nationales pour la prise en charge des résidents en fin de vie atteints de COVID-19 ?

	1ère Quinzaine	2ème Quinzaine
Mars	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Citez les principales mesures qui ont été mises en place dans votre EHPAD pour l'application de ces doctrines?

Type d'EHPAD

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Public
- Privé associatif à but non lucratif
- Privé à but lucratif

Nombre de lit dans votre EHPAD :

Votre Ehpad possède-t-il, en poste, le trio (Directeur d'établissement, MEDEC, IDEC) ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

Partie II : Questions

Avez eu des cas COVID-19?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

Avez-vous eu des décès de résidents liés au COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

Si oui, combien?

Avez-vous eu connaissance des nouvelles doctrines nationales et des protocoles pour la prise en charge des résidents en fin de vie atteints de COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, par quels moyens ?

Propositions de réponse: *Choisissez une ou plusieurs réponses*

- Par la structure ou par le groupe gestionnaire
 Par la direction
 Par des associations professionnelles
 Autre...

Quand avez-vous eu connaissance des doctrines nationales pour la prise en charge des résidents en fin de vie atteints de COVID-19 ?

	1ère Quinzaine	2ème Quinzaine
Mars	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avril	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Citez les principales mesures qui ont été mises en place dans votre EHPAD pour l'application de ces doctrines?

L'organisation de votre EPHAD a-t-elle connu une ou plusieurs difficulté(s) pour maintenir un effectif soignant suffisant ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, quelles ont été la ou les difficultés rencontrées ?

Avez-vous eu recours à des professionnels et/ou organismes de santé extérieurs pour vous accompagner dans la prise en charge des résidents atteints de COVID-19 en fin de vie ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles ?

Connaissez-vous l'existence d'un protocole de fin de vie propre à votre EHPAD adapté au contexte COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, l'avez-vous appliqué aux nouvelles doctrines nationales du 20 mars 2020 en matière de soins palliatifs en phase 3 de l'épidémie de COVID-19 ?

- Oui
 Non

Si oui, comment s'est déroulée l'application de ce protocole adapté aux nouvelles doctrines nationales?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Insuffisamment
- Très peu

Avez-vous reçu des informations en interne de prise en charge des soins palliatifs et/ou d'accompagnement de fin de vie des résidents atteints de COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

A titre personnel ou dans l'équipe soignante, avez-vous rencontré une ou plusieurs difficulté(s) dans la prise en charge des détresses respiratoires aiguës chez les résidents atteints de COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

Concernant spécifiquement le Clonazépam[®], Midazolam[®], Haloperidol[®], et les morphiniques : Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre approvisionnement ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
- Non

Si oui, quelles difficultés ? Pour quel(s) produit(s) pharmaceutique(s)?

Avez-vous eu une ou des difficulté(s) d'approvisionnement pour d'autres médicaments nécessaires à la prise en charge des résidents atteints COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, laquelle/lesquelles?

Avez-vous eu des difficultés d'approvisionnement en oxygène ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous eu des difficultés pour obtenir le matériel de soin nécessaire dans la prise en charge des résidents atteints des formes graves COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, pour quel(s) matériel(s) ?

Concernant les résidents atteints COVID-19, comment s'est organisée la décision d'accompagnement vers une fin de vie d'un résident ne relevant pas d'un service de réanimation ?

Avez-vous eu une ou des difficulté(s) d'approvisionnement pour d'autres médicaments nécessaires à la prise en charge des résidents atteints COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, laquelle/lesquelles?

Avez-vous eu des difficultés d'approvisionnement en oxygène ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous eu des difficultés pour obtenir le matériel de soin nécessaire dans la prise en charge des résidents atteints des formes graves COVID-19 ?

Propositions de réponse: *Choisissez une seule réponse*

- Oui
 Non

Si oui, pour quel(s) matériel(s) ?

Concernant les résidents atteints COVID-19, comment s'est organisée la décision d'accompagnement vers une fin de vie d'un résident ne relevant pas d'un service de réanimation ?

Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux les familles dans la situation d'interdiction des visites aux résidents atteints de COVID-19 en fin de vie ?

A quelles ressources humaines ou institutionnelles, votre EPHAD a-t-il eu accès pour accompagner psychologiquement vos équipes ?

Pour finir, avez-vous des commentaires ?

Nous vous remercions pour le temps que vous avez dédié aux réponses de ce questionnaire.

Annexe 2

Mail d'invitation au questionnaire.

Objet : Université Paris Descartes Prise en charge des soins palliatifs en EHPAD des résidents COVID 19 +

Madame, Monsieur,

En mars 2020, pendant l'épidémie de COVID 19, le gouvernement a mis en place une doctrine de prise en charge des soins palliatifs pour les résidents en EHPAD en fin de vie suite (atteint de l'infection) COVID 19.

Plusieurs échanges avec des professionnels d'EHPAD nous permettent de penser que la mise en œuvre de ces directives nationales a pu parfois être complexe.

Pour notre mémoire, de notre diplôme universitaire MEDEC et IDEC en EHPAD et SSIAD à l'université Paris Descartes, nous conduisons une enquête auprès des: médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs et infirmiers référents dans les EHPAD.

Nous faisons donc appel à votre expérience vécue durant cette crise sanitaire pour répondre à un questionnaire autour de la prise en charge de vos résidents COVID +.en soins palliatifs

Ainsi, nous pourrions grâce à vos réponses mieux investiguer cette problématique, en faire émerger les points saillants et espérer pouvoir proposer quelques pistes d'améliorations

Pour remplir ce questionnaire il vous suffit de cliquer ici : <https://www.surveymonkey.com/survey/G0C8M6V7O2C6J2Y8V>

Nous vous remercions par avance.

Bien cordialement.

Hakim David Chikhaoui : Médecin coordonnateur

Armenia Correa Do Nascimento Robalo: Infirmière diplômée d'Etat

Annie-Claude MONNOU : Infirmière diplômée d'Etat

Sophie JEAN Rousseau : Infirmière diplômée d'Etat

Annexe 3

Sexe des participants :

TABLEAU N°1

	Réponse	Ratio
Homme	3	12 %
Femme	22	88 %

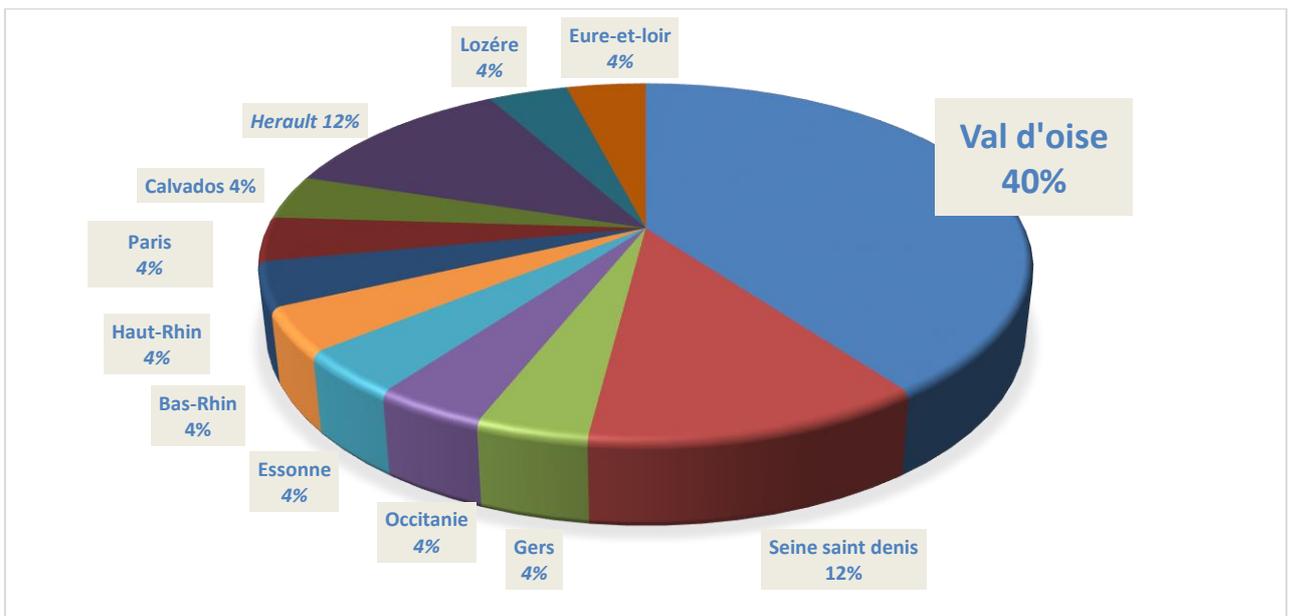
Fonction exercée en EHPAD des participants à l'étude :

TABLEAU N°2

	Réponse	Ratio
MEDEC	10	40 %
IDEC	12	48 %
Directeur/directrice d'établissement	3	12 %

Localisation des EHPAD d'exercice, rapportés par les participants de l'étude

FIGURE N°1



Nombre d'années d'exercice en EHPAD, des participants à l'étude

TABLEAU N°3

	Réponses	Ratio
Moins de 5 ans	8	32 %
Entre 5 ans et 10 ans	6	24 %
Plus de 10 ans	11	44 %

Le statut des EHPAD d'exercice des participants à l'étude

TABLEAU N°4

	Réponses	Ratio
Publique	6	24 %
Associatif à but non lucratif	9	36 %
Privé à but lucrative	10	40 %

Nombre de lit dans la structure EHPAD ou exercent les participant à l'étude :

TABLEAU N°5

Nombre de lit	Nombre d'EHPAD
Plus de 100	3
91 à 100	5
81 à 90	8
71 à 80	2
61 et 70	3
50 à 60	3
Pas de réponse	1

Les EHPAD de notre étude avec en poste le trio - Directeur d'établissement, MEDEC, IDEC

TABLEAU N°6

	Réponses	Ratio
Oui	21	84 %
Non	4	16 %

Les EHPAD de l'étude ayant eu des résidents COVID + en soins palliatifs / fin de vie

TABLEAU N°7

	Réponses	Ratio
Oui	21	87,5 %
Non	3	12,5 %
Sans réponse	1	

Les EHPAD de notre étude ayant rapportés des décès résidents atteint par le Sars-Cov 2 en soins palliatifs / fin de vie

TABLEAU N°8

	Réponses	Ratio
Oui	19	79,2 %
Non	5	20,8 %
Sans réponse	1	

Comptabilisation, par les participants de notre étude, du nombre des décès résidents COVID + en soins palliatifs / fin de vie

TABLEAU N°9

Nombres de décès	Nombres d'EHPAD
Plus de 15	2
11-15	3
5-10	10
1-4	4
Sans réponse	6

Connaissance par les participants de l'étude, des doctrines nationales et protocoles de prise en charge s'appliquant aux résidents COVID + et en soins palliatifs / fin de vie

TABLEAU N°10

	Réponses	Ratio
Oui	23	95,8 %
Non	1	4,2 %
Sans réponse	1	

Les principales sources, cités par les participants de l'étude, de prise de connaissance des doctrines nationales et protocoles de prise en charge des résidents atteints de COVID-19 en fin de vie

TABLEAU N°11

	Réponses	Ratio
Par la structure ou le groupe gestionnaire	5	21,7 %
Par la direction	13	56,5 %
Par des associations de professionnelles	11	47,8 %
Autre...	7	30,4 %
Sans réponse	1	

Temporalité de la prise de connaissance des doctrines nationales de prise en charge des résidents en fin de vie atteints de COVID-19, par les participants de l'étude

TABLEAU N°12

	1 ^{er} quinzaine	2 ^{ème} quinzaine
Mars	3 (13,0 %)	15 (65,2 %)
Avril	5 (21,7 %)	4 (17,4 %)
Mai	1 (4,3 %)	0

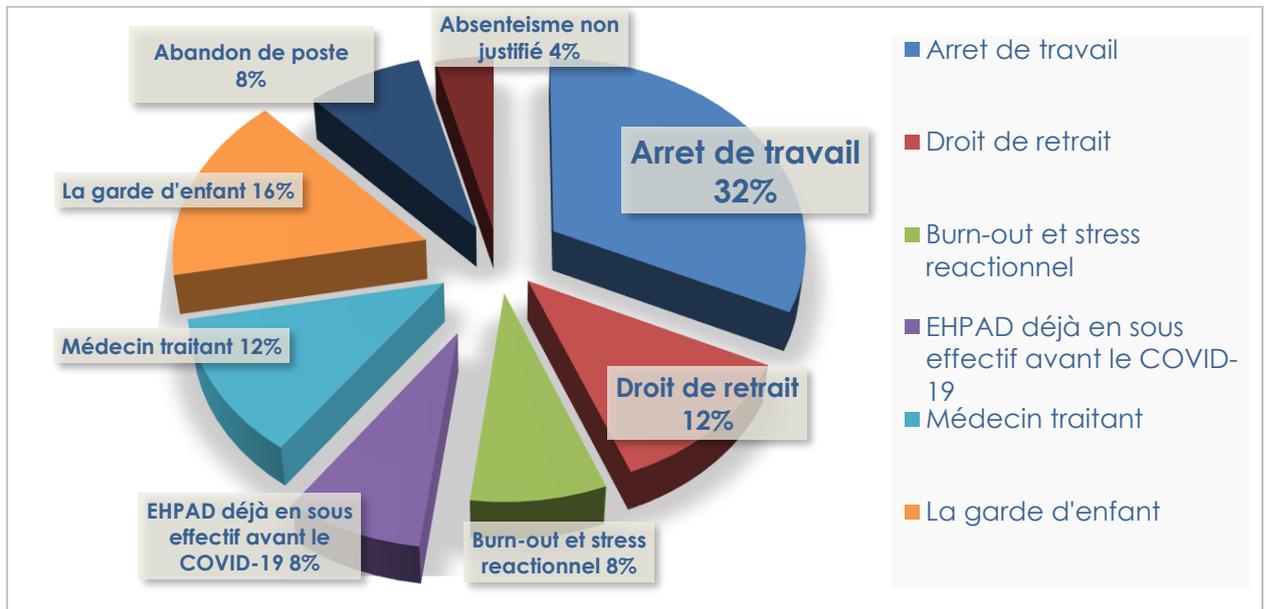
L'existence de difficultés au sein de l'EHPAD, pour le maintien d'un effectif soignant suffisant, rapportés par les participants de l'étude

TABLEAU N°13

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	20	80 %
Non	5	20 %

Les principaux facteurs identifiés en EHPAD ayant impacté la cohésion et le travail des équipes soignantes, rapportés par les participants de l'études, pendant l'épidémie COVID-19

FIGURE N°2



Le recours à l'aide de professionnels et organismes de santé dans l'accompagnement des résidents atteints de COVID-19 en fin de vie, rapportés par les participants de l'étude.

TABLEAU N°14

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	17	68 %
Non	8	32 %

La connaissance d'un protocole de fin de vie propre à EHPAD adapté au contexte COVID-19, rapportés par les participants de l'étude.

TABLEAU N°15

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	20	80 %
Non	5	20 %

Le niveau d'application des doctrines nationales du 20 mars 2020 en matière de soins palliatifs en phase 3 de l'épidémie de COVID-19, rapportés par les participants de l'étude.

TABLEAU N°16

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	18	85,7 %
Non	3	14,3 %

Les participants de l'étude ayant reçu des informations interne, relatif à la prise en charge des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie des résidents atteints de COVID-19.

TABLEAU N°17

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	18	72 %
Non	7	28,0 %

L'existence de difficultés à la bonne la prise en charge des détresses respiratoires aiguës chez les résidents atteints de COVID-19 en EHPAD.

TABLEAU N°18

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	13	52 %
Non	12	48 %

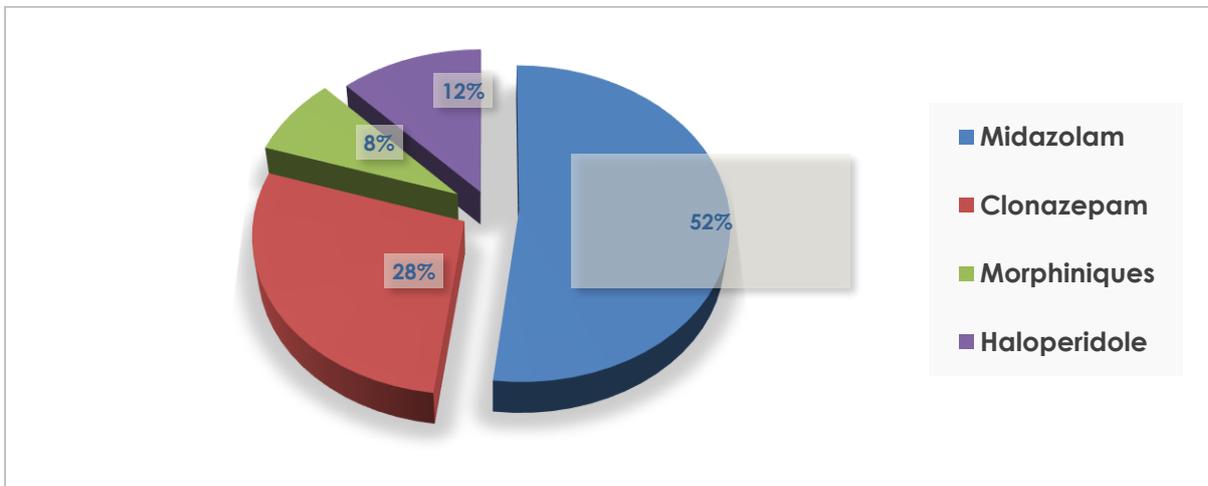
Difficultés rencontrées lors de l'approvisionnement Clonazépam ®, Midazolam ®, Haloperidol ®, et les morphiniques.

TABLEAU N°19

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	11	44 %
Non	14	56,0 %

Répartition du Clonazépam ®, Midazolam ®, Haloperidol ®, et des morphiniques, en fonction de leurs difficultés d'approvisionnement, rapportés par les participants de l'étude

FIGURE N°3



Difficulté d'approvisionnement rencontré, par les participants de l'étude, pour d'autres médicaments nécessaires à la prise en charge des résidents atteints COVID-19 en soins palliatifs

TABLEAU N°20

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	6	24 %
Non	19	76 %

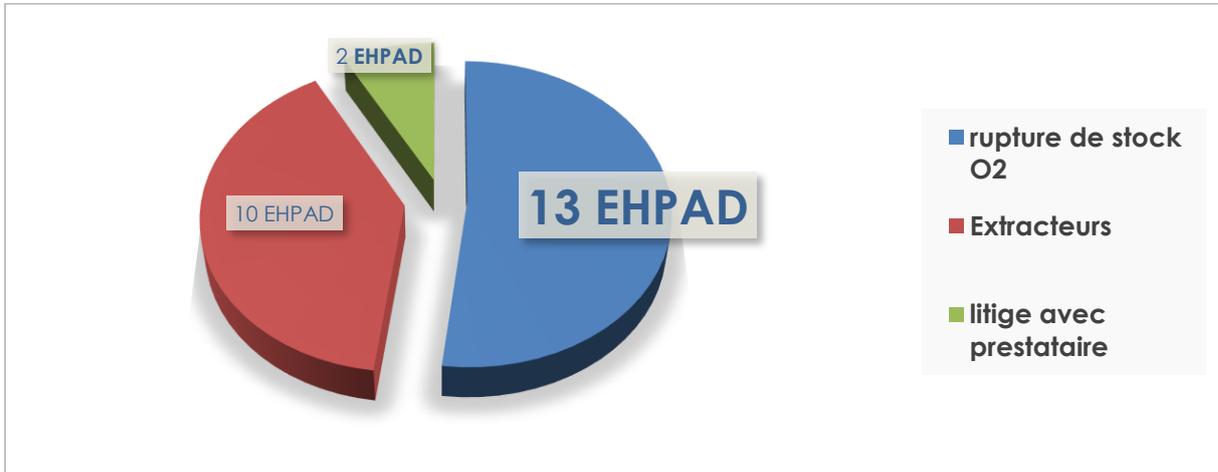
Difficultés rencontrées par les EHPAD lors de l'approvisionnement en oxygène, rapportés par les participants de l'étude

TABLEAU N°21

	Nombre d'EHPAD	Ratio
Oui	8	32 %
Non	17	68 %

Les causes de difficultés d’approvisionnement en oxygène rencontrés dans les EHPAD de l’étude, rapportées par les participants.

FIGURE N°4

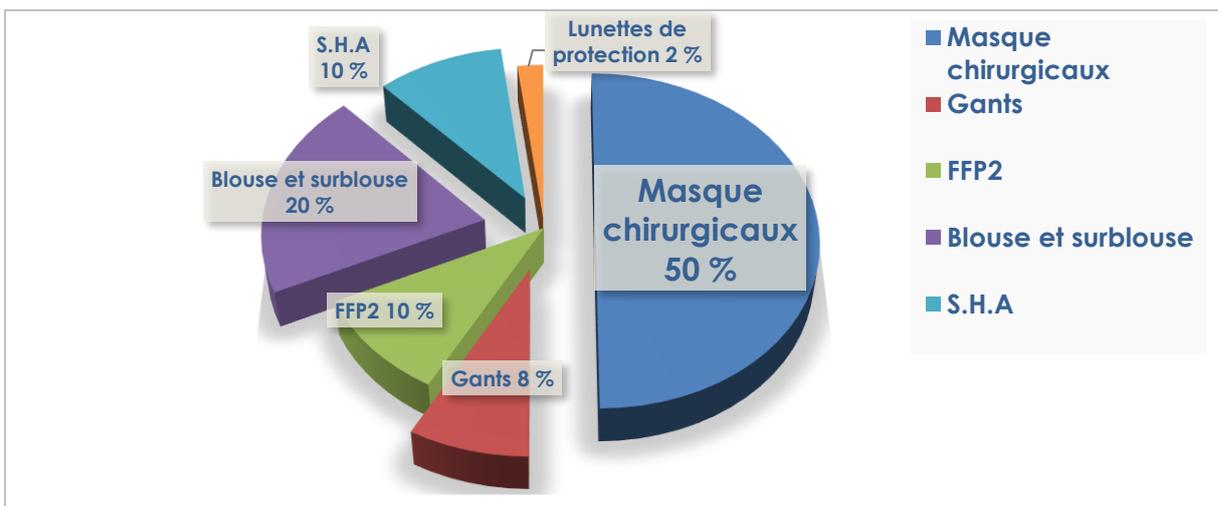


Difficultés pour obtenir le matériel de soin nécessaire à la prise en charge des résidents atteints des formes graves COVID-19, rapportées par les participants de l’étude.

TABLEAU N°22

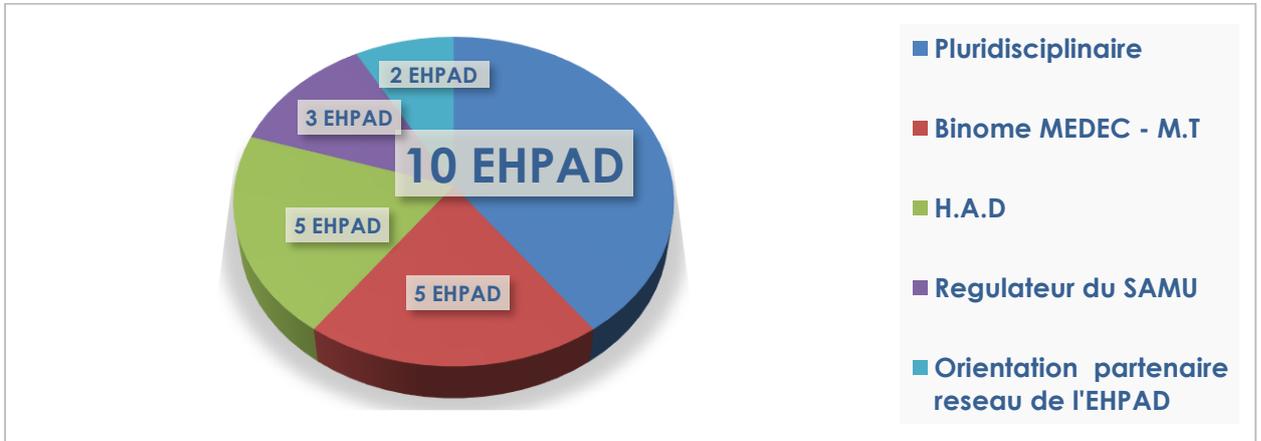
	Nombre d’EHPAD	Ratio
Oui	10	40 %
Non	15	60 %

Les principaux équipements de soins répertoriés par les participants de l’étude ayant répondu oui à la question résultats en pourcentages.



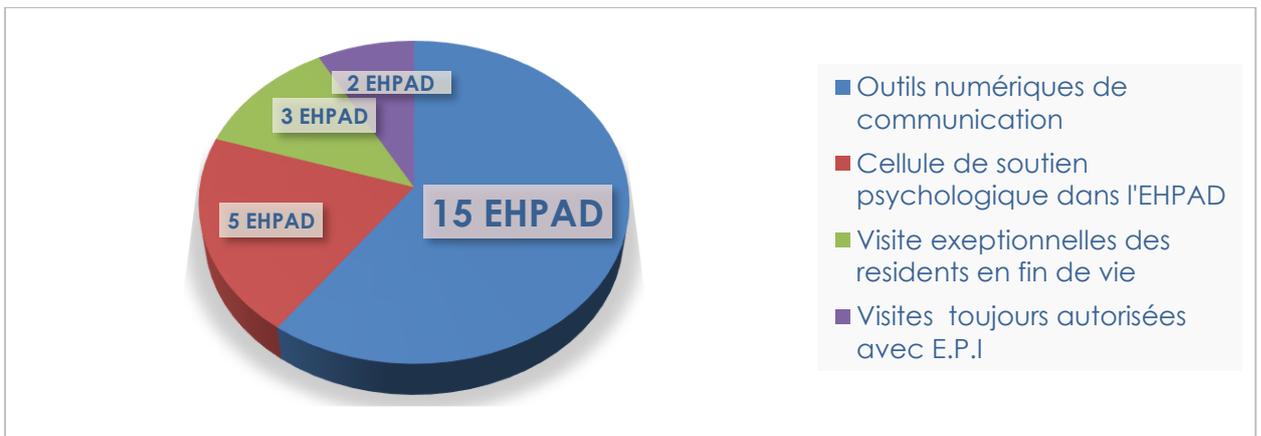
Comment s'est organisée la décision d'accompagnement vers une fin de vie d'un résident ne relevant pas d'un service de réanimation ?

FIGURE N°6



Qu'avez-vous mis en place pour accompagner au mieux les familles dans la situation d'interdiction des visites aux résidents atteints de COVID-19 en fin de vie ?

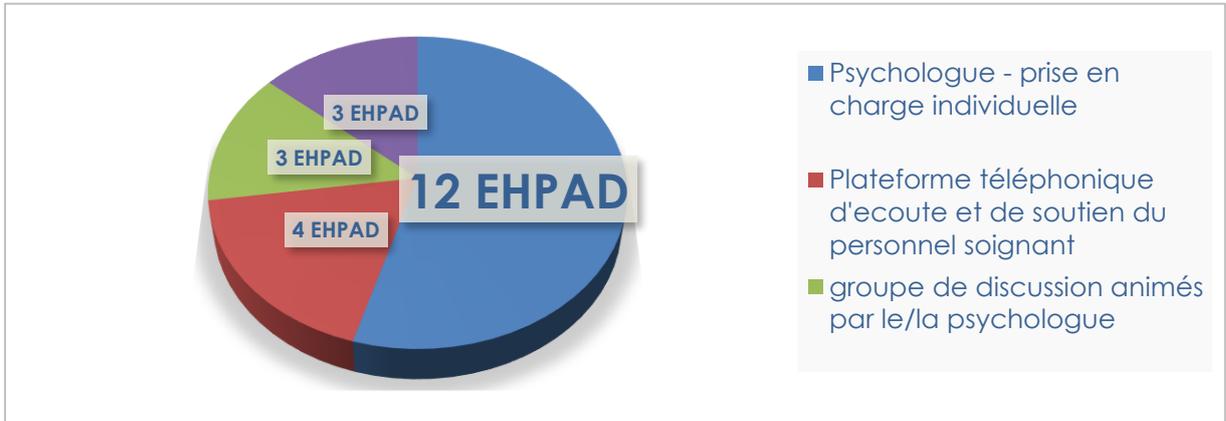
FIGURE N°7



A quelles ressources humaines ou institutionnelles, votre EHPAD a-t-il eu accès pour accompagner psychologiquement vos équipes ?

FIGURE

N°



Résumé

La nouvelle doctrine nationale concernant la prise en charge, en EHPAD, des soins palliatifs de la personne âgée atteinte de la COVID-19, se veut une démarche de construction commune et coordonnée entre tous les acteurs de santé. L'application de cette doctrine a pour objectif, un soutien efficace et humain de la personne âgée en fin de vie.

Au travers de ce mémoire, nous avons cherché à savoir de quelle façon les soignants ont été accompagnés dans ces nouvelles attributions de prise en charge médicale et paramédicale durant la période de crise.

Suite à l'analyse des résultats de notre enquête, les participants (Directeur, MEDEC et IDEC) nous ont relaté un certain nombre de difficultés. Ce résultat peut nous permettre de réfléchir à certaines pistes d'amélioration que seul le retour d'expérience des EHPAD pourra contribuer à affiner.

Mots clefs : EHPAD, Soins palliatifs, crise sanitaire, Recommandation nationale

Abstract

The new national doctrine concerning the care, in retirement home, of the palliative care of the elderly person suffering from coronavirus disease, is intended to be a common and coordinated construction process between all health actors. The application of this doctrine aims to provide effective and humane support to the elderly at the end of their life.

Through this thesis, we sought to know how the caregivers were supported in these new responsibilities of medical and paramedical care during the period of crisis.

Following the analysis of the results of our survey, the participants (director, medical coordinator and nurse coordinator) told us about several difficulties. This result can allow us to reflect on certain avenues for improvement that only feedback from retirement home can help refine.

Keywords: Retirement home, Palliative care, Health crisis and National Recommendations.