

GROUPE SSD LA COUPOLE : GESTION DE CRISE EN EHPAD DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 : RETOUR D'EXPERIENCE DE LA CELLULE DE CRISE¹

Version du 07 Mai 2020 à 19H00

Sont en rouge foncé, les éléments modifiés pour la version du 17/04/2020 (pages 23 et 27).

Sont en rouge, les éléments modifiés pour la version du 20/04/2020 (pages 18, 19, 20, 27, 29, 31 et 36).

Sont en vert, les éléments modifiés pour la version du 24/04/2020 (pages 9, 11, 13, 21, 22 et 29).

Sont en bleu, les éléments modifiés pour la version du 29/04/2020 (pages 7, 13, 14, 16, 33, 34 et 38).

Sont en orange, les éléments modifiés pour la version du 07/05/2020 (pages 42 et 43).

Le rapport est basé sur les retours d'expériences des établissements et les réponses apportées aux différentes problématiques rencontrées lors de la gestion de l'épisode de crise de l'épidémie de Covid 19.

¹ Les remontées d'information à la cellule de crise proviennent de :

- Monsieur Serge DANINOS Président du Groupe SSD La Coupole
 - Madame Alexandra DANINOS Directrice Générale du Groupe SSD La Coupole et Administratrice nationale du Synerpa
 - Madame Aurélie MELATI Directrice adjointe Groupe SSD La Coupole
 - Madame Céline CHIOLO Directrice adjointe de l'EHPAD Maguen
 - Madame Anastasia RENAUD Infirmière référente EHPAD Maguen
 - Monsieur François DUMUIS, ancien sous-préfet et ancien Directeur d'ARS
 - Docteur Victor-Bernard MEIMOUN Médecin coordonnateur EHPAD Maguen
 - Docteur David ASKENATZIS Médecin coordonnateur EHPAD la Souvenance
 - Docteur Michel BENADY Médecin coordonnateur Maison Russe à Paris
 - Monsieur David GRIVEL Chargé de mission Synerpa PACA
 - Madame Laurence BARAY : Conseillère Technique Régionale Sud-Est SYNERPA
 - Monsieur Stéphane CHORRO Directeur EHPAD L'Estérel et Administrateur national du Synerpa
 - Monsieur Romain Bossy Directeur de la clinique La Phocéenne Sud
 - CLIN COCLIN infectiologie du CH d'Aubagne Edmond Garcin, Mme Anne Rahal, infirmière hygiéniste
 - Monsieur Charles MEMOUNE Président du groupe Bridge
 - Résidence Bois Lancy, Groupe Bridge
 - Docteur Albert BERDUGO, laboratoire Alphabio
 - Docteur Jean Charles BASTARD, Pharmacien
 - Maître Aurélie DAHMOUNE, avocate
 - Cabinet Lexavoue : Maître Michel BOULAN et Maître Coralie PELLOQUIN, avocats pénalistes
 - Brigitte FOCH, Directrice du développement et des activités, Association le Moulin Vert
- Nos partenaires institutionnels :
- SYNERPA
 - ARS PACA et ARS Hauts de France
 - Conseil Départemental des Bouches du Rhône

Table des matières

Introduction	4
1. Activation du Plan Bleu et plan de continuité d'activité	7
1.1 La cellule de crise.....	8
1.2 Gestion des ressources humaines	9
1.3 Gestion du matériel et liens avec les prestataires	12
1.4 Réorganisation de certaines activités	14
2 Organisation du confinement au sein des établissements.....	14
2.1 Les mesures barrières.....	14
2.2 Limitation des mouvements dans les structures	18
2.3 Mise à jour de la procédure d'isolement	19
2.4 Organisation des tâches.....	20
2.5 Suivi du personnel : contact tracing et sécurité au travail	21
3 Gestion des cas confirmés de Covid-19.....	23
3.1 Création des unités Covid avec un personnel dédié	27
3.2 L'antibiothérapie.....	29
3.3 Partenariat avec le réseau gérontologique et sanitaire.....	30
3.4 Sortie de l'unité Covid	34
4 Projet de vie des résidents	35
4.1 Veille du bien-être et de la santé des résidents en confinement	35
4.2 Rétablissement des visites en EHPAD.....	36
4.3 Veille des effets du confinement sur la santé	38
5. Cellule de communication.....	39
6. Apports du retour d'expérience.....	42
6.1 Stratégie de déconfinement	42
6.2 Participation à l'appel à projet de la CNSA	42
ANNEXE 1 : Exemple de procédure en mode dégradé	44
ANNEXE 2 : Convention de prise en charge des trajets en taxi	47
ANNEXE 3 : Information sur le financement des IDE libéraux intervenant en EHPAD	49
ANNEXE 4 : Procédure de mise en place systématique de dépistage en EHPAD	50
ANNEXE 5 : Note sur l'efficacité du port du masque chirurgical.....	53
ANNEXE 6 : Protocole de désinfection des visières	63
ANNEXE 7 : Mise en place du pédiluve	65
ANNEXE 8 : Questions/réponses du COCLIN	66
ANNEXE 9 : Mise en place des kits d'isolement	73
ANNEXE 10 : Retour d'expérience d'un confinement général en EHPAD	76
ANNEXE 11: Note du Synerpa sur la télémedecine.....	87

ANNEXE 12 : Note d'information : Campagne de dépistage Covid-19 des salariés et des intervenants extérieurs	90
ANNEXE 13 : Mode de fonctionnement de l'unité Covid-19	93
ANNEXE 14 : Schéma régional d'orientation des patients atteints du Covid19 en SSR (ARS PACA)	95
ANNEXE 15 : Modèle de courrier de demande d'hospitalisation	117
ANNEXE 16 : Modèle d'attestation d'information aux ambulanciers	118
ANNEXE 17 : Compte rendu d'hospitalisation et résultats des tests passés de positif à négatif puis positif à nouveau	119
ANNEXE 18 : Information sur la conduite à tenir relative à la prise en charge d'un patient infecté	130
ANNEXE 19: Protocole, charte et organigramme pour organiser la reprise des visites de familles.....	133
ANNEXE 20 : Modèle de charte de conduite à tenir pour les intervenants libéraux	140
ANNEXE 21: Le dosage des D-dimères en fonction de l'âge	142
ANNEXE 22 : Fiche de stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement	146

Introduction

Dans le contexte de l'alerte nationale actuelle en EHPAD, relative aux infections respiratoires liées au nouveau Coronavirus « SARS-Cov-2 », dans le cadre de la réunion d'information de l'ARS- PACA, du 28/02/2020, du dispositif relatif à la coordination de la préparation du système de santé face à la probabilité d'une dissémination du Virus et à la prise en charge des personnes « cas possibles » (La place de la médecine de ville et à l'organisation des établissements médico-sociaux des Bouches du Rhône), la stratégie de gestion actuelle des établissements du Groupe SSD La Coupole est de limiter l'introduction du virus au sein de ses établissements et le cas échéant freiner sa propagation.

L'objectif de ce retour d'expérience de gestion de crise, vise à mettre en exergue les principales lignes directrices élaborées du Groupe SSD La Coupole, et les Bonnes Pratiques élaborées au sein des établissements.

Les actions de préparation, de prévention et d'information mises en œuvre depuis cette cellule de crise s'appuient sur les recommandations officielles du ministère de la Santé, les recommandations régionales COVID-19 de l'ARS-PACA du 25/03/2020, mais également des différents retours d'expérience des confrères d'établissements médico-sociaux, sanitaires, nos partenaires de convention : Laboratoire, HAD, EMPPS ainsi que les flash d'information du syndicat SYNERPA, relative à la crise nationale épidémique « COVID-19 » des EHPAD.

Les orientations de la stratégie en réponse à la crise épidémique, et au confinement du 14 Mars 2020 visent :

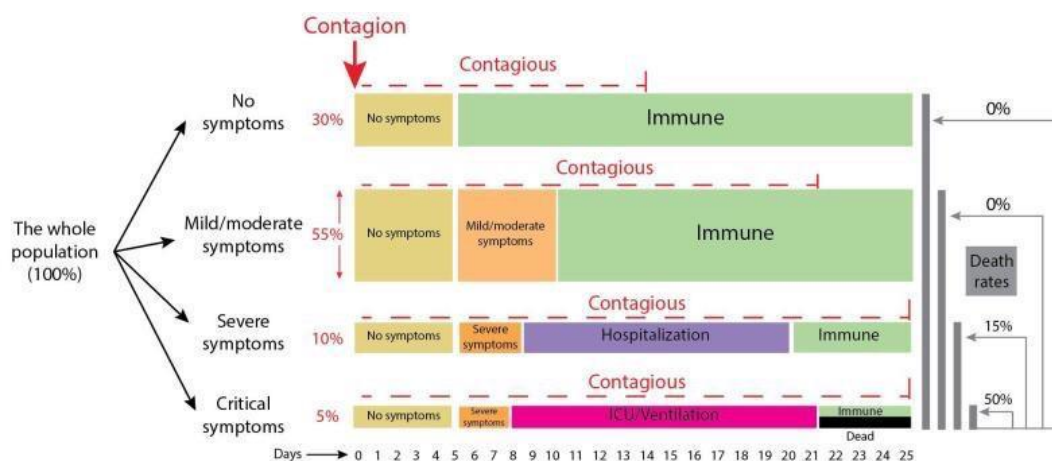
- La diffusion des consignes d'organisation et de prévention
- L'accompagnement des professionnels : effectivité des modes de garde, des transports et l'accompagnement psychologique,
- La prévention et la surveillance des ruptures d'approvisionnement
- L'organisation les renforts en professionnels des établissements
- La mise en place de coopérations et de filières entre les hôpitaux

Focus sur la contagiosité du virus SARS CoV 2

Pour mieux comprendre le caractère évolutif de la phase épidémique, le tableau² ci-dessous indique les durées de contagiosité selon la forme clinique de l'infection COVID. Il en ressort :

- Une durée de contagion possible de 14 jours pour une personne asymptomatique (« porteur sain »)
- Une durée de contagion possible de 21 jours pour une personne avec des symptômes légers (i.e. symptômes apparents sans hospitalisation)
- Une durée de contagion possible de 25 jours pour les autres cas de symptômes sévères ou critiques (i.e. avec hospitalisation / assistance respiratoire)

Une personne confirmée covid19 positif est contagieuse dans les 24 h précédant le début des signes cliniques.



References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. Ann Intern Med. 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Neil M Ferguson et al. Imperial College COVID-19 Response Team. 16 March 2020.
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. The Lancet, March 19, 2020.

La gestion de la situation nécessite l'identification, dans l'immédiat, des résidents et professionnels qui ont été en contact étroit (plus de 15 mn à moins d'1 mètre dans les 24 heures précédentes) avec le cas confirmé positif car ils sont à risque élevé pour le COVID19.

Les résidents en contact étroit avec le cas confirmé sont :

- Le voisin de chambre si le résident positif était en chambre double

² Dr Reingewirtz, médecin gériatre du groupe Bridge

- Les voisins de tables lors des repas,
- Les résidents qui sont restés en contact étroit avec le professionnel COVID+ : toilettes, aide au repas, aide à la marche...

C'est pour ces raisons que nous avons commencé à nous renseigner à propos du Covid-19 dès le mois de Février et nous avons participé (Direction, IDEC, MEDEC) à la première réunion d'information proposée par l'ARS PACA le 28 Février 2020.

Cette réunion nous a permis d'obtenir les premières directives pour informer le public accueilli et nos équipes sur les thématiques suivantes :

- Sites à consulter pour suivre l'évolution (Ministère de la Santé, Gouvernement, Santé Publique France),
- Définition d'une stratégie de réponse du stade 1 à 3 (de l'endiguement à l'atténuation),
- Définition d'un cas et des zones à risque,
- Conduites à tenir.

Compte-tenu du caractère très évolutif de l'épidémie de COVID-19, les directives et recommandations des autorités de tutelle sont suivies par les différentes directions qui se diffusent entre elles les dernières actualités. Cela permet d'être réactif dans l'application des nouvelles recommandations.

Tous les établissements ont notamment répondu aux sollicitations de l'ARS sur l'information du déclenchement du Plan Bleu et le renseignement de leurs stocks de masques.

Dans chaque établissement des points réguliers sont réalisés et des comptes-rendus sont rédigés pour permettre le suivi et communiquer aux tutelles si nécessaire. Les thématiques abordées sont diverses :

- Accompagnement des résidents et continuité des soins apportés,
- Gestion des visiteurs et communication avec les familles,
- Gestion des ressources humaines,

- Gestion des ressources matérielles et continuité de service des fournisseurs (restauration, pharmacie, dispositifs médicaux, produits d'entretien, entretien du linge...)
- Suivi du Plan Bleu : mesures de prévention, actualisation et diffusion des protocoles, organisation de la continuité de l'activité, renforcement de l'entretien des locaux.
- Préparation d'une organisation de l'activité pour le confinement des résidents en chambre.

Avec la propagation du virus et le passage des Bouches du Rhône en zone à risque le 17 mars 2020, la cellule de crise du Groupe s'est mise en place afin d'assurer une protection maximale des personnes âgées accueillies et de nos salariés en respectant les directives gouvernementales.

Dans ce rapport nous détaillons les différentes procédures mises en place sur les établissements du Groupe.

Pour information les chiffres³ des EHPAD de la région PACA au 23/04/2020 sont les suivants : 1453 résidents testés COVID + ; 286 hospitalisés ; 328 décès dont 232 décès en EHPAD.

Du côté des salariés la région compte 935 cas COVID + : symptomatiques ou asymptomatiques.

Afin que l'ARS puisse tenir à jour ces données, il est important de bien renseigner la plateforme de signalement quotidiennement avant 11H.

1. Activation du Plan Bleu et plan de continuité d'activité

Les plans bleus des établissements ont été activés dès le 7 Mars 2020 afin de se préparer à la lutte contre le Covid-19.

La stratégie nationale consiste à freiner l'introduction du virus et sa propagation par des mesures d'endiguement afin de retarder la phase épidémique. Le plan de continuité s'inscrit dans les démarches de prévention et de lutte contre l'épidémie COVID-19 que l'établissement doit anticiper.

Le plan de continuité d'activité permet de répondre à une double exigence : celle de maintenir un accueil de qualité pour les personnes accueillies et de garantir la sécurité des personnels et résidents.

³ Source : Laurence Baray, conseillère régionale SYNERPA suite conférence téléphonique régionale de la fédération du 23/04/2020

La mise en œuvre de ce plan implique une réorganisation en profondeur des pratiques courantes puisqu'il faut imaginer un fonctionnement habituel mis en difficulté par un fort absentéisme, l'accueil de nouveaux résidents, les retours d'hospitalisation et le respect de mesures d'hygiène très strictes. Il s'agit donc bien d'une gestion de crise et de mesures exceptionnelles de réorganisation de l'activité de l'établissement.

1.1 La cellule de crise

Le plan bleu activé déclenche la mise en place de la cellule de crise qui a pour fonctions :

- L'estimation de la gravité de la situation
- L'évaluation des besoins des établissements et des moyens dont ils disposent
- La mise en œuvre des actions nécessaires pour faire face à la crise
- En fin de crise, la réalisation d'une synthèse sous forme de retour d'expérience.

Pour ce faire, la cellule de crise a pour interlocuteurs les personnels d'encadrement de tous les établissements.

Les mesures énoncées dans les plans de continuité des activités sont fondées sur :

- Un examen des conséquences vraisemblables de la pandémie sur l'activité habituelle.
- L'identification et la hiérarchie et priorisation des missions qui seront partagées entre celles devant être assurées en toutes circonstances et celles pouvant être interrompues pendant la durée de l'épidémie.
- L'évaluation des ressources (humaines et matérielles) nécessaires à la continuité des activités indispensables.
- L'information et la protection des professionnels.
- Le fait que les établissements devront continuer à prendre en charge les personnes âgées contaminées.

Les personnes désignées comme référents de la cellule de crise sont pour tous les établissements du Groupe :

- Le Président du Groupe SSD La Coupole, Monsieur Serge DANINOS :
groupe@ssd-la-coupole.com
- La Directrice Générale du Groupe SSD La Coupole, Madame Alexandra DANINOS :
alexandra.daninos@ssd-la-coupole.com
- La directrice adjointe du Groupe SSD La Coupole, Madame Aurélie MELATI :
directrice-adjointe@ssd-la-coupole.fr

Veille documentaire

La cellule de crise s'est organisée de manière à rechercher systématiquement des informations à jour pour la gestion de cette crise.

En plus des recommandations de nos tutelles et de nos partenaires, nous avons élargi nos de sources documentaires afin de recueillir des indications supplémentaires pour nous organiser dans la lutte et la gestion de cette épidémie. Ci-dessous sont recensés des liens qui nous ont fourni des ressources utiles pour établir nos documents de travail et nous renseigner régulièrement de l'évolution des données concernant le Covid 19 :

Journal des médecins coordonnateurs :

https://www.ehpa.fr/pdf/JMC86.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=JMC86&utm_medium=email

Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD :

<https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2020/04/Stratégies-endiguement.pdf>

<https://onedrive.live.com/?authkey=%21AB217uOytdMqUlK&id=27FDFC187BEE5517%2157254&c&id=27FDFC187BEE5517>

1.2 Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est un élément important pour traverser cette épidémie. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin de limiter les problématiques liées à la gestion du personnel.

Organisation en mode dégradé

Chaque établissement a retravaillé la procédure d'organisation en mode dégradé afin de s'adapter à un éventuel absentéisme du personnel ([ANNEXE 1](#)).

Attestations de travail

Pour permettre les déplacements des salariés, nous avons fourni à chaque salarié un justificatif de déplacement professionnel en application de l'article 1^{er} du décret du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

Audit garde d'enfant

Dès l'annonce des mesures de fermetures des crèches et écoles, les salariés ont été interrogés sur les modes de garde. Ceci a permis d'identifier les salariés amenés à bénéficier de l'arrêt de travail pour garde d'enfant et organiser le service en leur absence.

Une nouvelle demande a été réalisée auprès des salariés pour les vacances scolaires afin d'anticiper également les absences de salariés pour cette période.

Les personnels dont les enfants sont gardés dans les écoles pendant le confinement sont recensés afin de pouvoir identifier les risques de contamination des enfants au sein des écoles et de transmission du virus ensuite à l'intérieur du foyer.

Pour exemple sur la commune d'Istres, un personnel d'encadrement des enfants a été testé positif et l'école a été fermée pour décontamination. Il faut donc prévoir du matériel de protection pour le personnel des écoles afin qu'ils soient protégés et qu'ils ne diffusent pas le virus.

Mesures de transport

Chaque salarié a été interrogé sur ses modes de déplacement afin d'identifier s'ils risquent d'être contaminés lors de leurs déplacements.

Pour les salariés identifiés comme étant à risque de contracter le virus dans les transports, un accord a été négocié avec les sociétés de taxi. Ceci permet de passer ensuite une convention (ANNEXE 2) avec la CPAM après avoir obtenu la prise en charge des frais de transport des personnels des établissements de santé et médico-sociaux.

Le protocole de recours aux taxis a été défini de manière à limiter les contacts et réaliser un suivi précis des chauffeurs qui ont transporté nos salariés. Les consignes à respecter sont le port du masque et des gants, la présence de solution hydroalcoolique dans la voiture, la limitation du nombre de passagers. Aussi une traçabilité de leurs températures et des symptômes est réalisée quotidiennement (aller et retour). Ceci a permis de proposer également des tests aux chauffeurs pour s'assurer qu'ils ne transmettent pas le virus aux salariés transportés.

Attention retour d'expérience : par ces tests, nous avons détecté un chauffeur positif au Covid-19, il est donc important de ne pas oublier de les tester.

Une négociation avec la société Total a aussi permis d'obtenir des bons pour fournir du carburant à nos personnels. La prise en charge initiale était prévue seulement pour le sanitaire et nous avons donc milité pour que cela soit étendu au secteur médico-social.

Protocole d'intervention des IDE libéraux en établissement

Afin de permettre la poursuite d'une prise en charge optimale des soins des résidents, le groupe a obtenu des mesures de financement complémentaire pour la réalisation de soins par des infirmiers libéraux ([ANNEXE 3](#)). Ceci permet pendant cette crise sanitaire d'obtenir un soutien pour nos personnels soignants dans l'accomplissement de l'ensemble de leurs missions.

Mesures concernant les médecins

Nous avons la possibilité d'augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 1 ETP pour la gestion des cas confirmés de Covid-19 et de faire appel à des personnels supplémentaires selon les décisions de l'ARS que l'on retrouve via le lien suivant :

<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

Ce guide de l'ARS sur la stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement (mis à jour le 21/04/2020) apporte des nouvelles mesures pour permettre de travailler avec un médecin.

Il indique que nous pouvons établir avec un médecin une convention qui permet de le rémunérer avec un forfait de 420 € par demi-journée plutôt que de facturer les actes un à un.

Cela permet aux établissements de prévoir une demi-journée pendant laquelle le médecin peut réaliser les prescriptions par exemple dans la cadre de la mise en place des prescriptions d'antibiothérapie en préventif pour nos résidents OU nos salariés (extrait du rapport ci-dessous).

2- Rémunération au forfait – contrat EHPAD/médecin libéral

A titre exceptionnel, pendant la durée de la crise, une valorisation financière au forfait est mise en place via un contrat entre l'établissement et le médecin.

Au titre de cette mission exceptionnelle d'intérêt général, le médecin percevra **un forfait de 420 € par demi-journée**. Les forfaits dans le cadre de tels contrats seront versés aux médecins par leur caisse primaire de rattachement sur la base d'un tableau récapitulatif des vacations effectuées élaboré par l'établissement. Ce forfait ne sera pas cumulable avec une facturation à l'acte.

De plus, il est rappelé que le médecin coordonnateur a un pouvoir de prescription générale dès lors qu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels, comme le déclenchement du stade épidémique (ANNEXE 4 procédure de mise en place systématique de dépistage en EHPAD).

Ceci provient de l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles qui cadre les missions du médecin coordonnateur en EHPAD comme ceci :

« Sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :
[...]

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement. »

L'intégralité de l'article de loi est disponible par le lien suivant :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E4A77628680F2DFD6A4D34A0F400181B.tplgfr34s_1?idSectionTA=LEGISCTA000032597026&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190707

Cette réglementation vient appuyer le fait que le médecin coordonnateur doit appliquer les directives issues des recommandations de l'ARS, et relayées par le responsable d'établissement.

1.3 Gestion du matériel et liens avec les prestataires

Au déclenchement du Plan Bleu, les stocks de matériel ont été contrôlés afin de réaliser le réassort nécessaire pour la période de crise.

Un suivi régulier des stocks s'est mis en place dans toutes les structures afin de connaître chaque jour l'autonomie en fonction des consommations quotidiennes.

Ceci a permis d'activer des contacts avec l'ensemble des fournisseurs pour permettre de se réapprovisionner en équipements individuels de protection.

Continuité de service des prestataires

Nous avons aussi pris contact avec l'ensemble des fournisseurs et prestataires de nos structures afin de s'assurer de la poursuite de leur activité et permettre un mode de fonctionnement normal pour les établissements.

Nous leur avons aussi communiqué les nouvelles modalités d'accès aux structures pour limiter l'accès intérieur à des personnels extérieurs.

Pour les intervenants dont l'accès est indispensable, nous avons prévu un registre de traçabilité complet (températures, symptômes, coordonnées) et nous les équipons d'un kit de protection pour leur intervention sur site.

Pour pallier les difficultés des prestataires de gestion des DASRI pendant cette crise épidémique, si les collectes sont espacées un arrêté du 20 avril 2020 porte la durée de stockage des productions de DASRI perforants inférieures à 15 kgs par mois en les portant de 3 mois à 6 mois.

L'arrêté du 20 avril 2020 modifiant l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques est consultable via le lien suivant :

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/DASRI_Porforants_Entreposage_Arrete_20_04_2020.pdf

Partenariat avec les laboratoires

Conformément aux indications de la fiche 6 du guide de l'ARS PACA, les établissements se sont mis en lien avec les laboratoires avec lesquels ils fonctionnent habituellement afin de mettre en place une organisation pour la récupération des écouvillons ayant servis pour les tests. Il a aussi été demandé pour chaque laboratoire de transmettre leur mode de fonctionnement d'astreinte notamment pour les **week-end et jours fériés** afin que nous puissions obtenir les résultats au plus tôt dans le cadre de suspicions de cas.

Il ne faut pas oublier que le personnel des laboratoires qui intervient sur l'établissement doit être équipé du matériel de protection individuel (masque, blouse, lunettes ou visière). Pour les prélèvements sanguins, le masque porté doit être un masque chirurgical de type IIR (ou un masque FFP2) pour les résidents en isolement et suspicions de cas Covid.

Des détails sur les différents types de masques selon les actes à réaliser sont reportés dans la partie 2.1 du présent rapport avec une fiche explicative en annexe.

Nouvelles mesures à propos de la TVA des produits de santé

Pour information, le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 (lien ci-dessous) prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire prévoit une modification du taux de TVA sur les gels et solutions hydroalcooliques.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041746694&categorieLien=cid>

1.4 Réorganisation de certaines activités

En plus de la prévision de l'organisation de l'activité en mode dégradé en cas d'absentéisme du personnel, nous avons également dû prévoir une nouvelle organisation des services.

Nous avons mis en place un renforcement de la désinfection des locaux en augmentant la périodicité.

Nous avons aussi prévu pour chaque établissement de redéfinir l'organisation dans certains domaines comme la prise des repas, les activités communes pour respecter les mesures de distanciation sociale.

2 Organisation du confinement au sein des établissements

2.1 Les mesures barrières

Dès l'apparition du Covid-19, les mesures barrières ont été mises en place et intensifiées avec le début du confinement.

Les affichages ont été réalisés et diffusés aux personnels et familles pour les informer des mesures à appliquer.



Des formations à propos de la bonne utilisation des équipements de protection ont été dispensées et nous avons sensibilisé les équipes aux risques de contamination croisée via des formations d'une infirmière hygiéniste du COCLIN.

Distinction entre masques chirurgicaux et masques FFP⁴

« Un masque chirurgical est un dispositif médical (norme EN 14683). Il est destiné à éviter la projection vers l'entourage des gouttelettes émises par celui qui porte le masque. Il protège également celui qui le porte contre les projections de gouttelettes émises par une personne

⁴ INRS : <http://www.inrs.fr/risques/biologiques/faq-masque-protection-respiratoire.html>

en vis-à-vis. En revanche, il ne protège pas contre l'inhalation de très petites particules en suspension dans l'air. On distingue trois types de masques :

Type I : efficacité de filtration bactérienne > 95 %.

Type II : efficacité de filtration bactérienne > 98 %.

Type IIR : efficacité de filtration bactérienne > 98 % et résistant aux éclaboussures.

Un masque FFP est un appareil de protection respiratoire (norme NF EN 149). Il est destiné à protéger celui qui le porte à la fois contre l'inhalation de gouttelettes et des particules en suspension dans l'air, qui pourraient contenir des agents infectieux. Le port de ce type de masque est plus contraignant (inconfort thermique, résistance respiratoire) que celui d'un masque chirurgical. Il existe trois catégories de masques FFP, selon leur efficacité (estimée en fonction de l'efficacité du filtre et de la fuite au visage). Ainsi, on distingue :

Les masques FFP1 filtrant au moins 80 % des aérosols (fuite totale vers l'intérieur < 22 %).

Les masques FFP2 filtrant au moins 94 % des aérosols (fuite totale vers l'intérieur < 8 %).

Les masques FFP3 filtrant au moins 99 % des aérosols (fuite totale vers l'intérieur < 2 %). »

Information sur l'utilisation des masques

Des rappels sont réalisés en fonction des recommandations du Haut Conseil de Santé Publique qui dans son avis (non diffusé au public) du 10 & 14 mars 2020 relatif aux conditions de prolongation du port ou de réutilisation des masques, autorise que les professionnels portent les masques chirurgicaux et appareils de protection respiratoire FFP2 pendant une durée maximale de temps correspondant à leur efficacité :

- **Maximum 4 h pour les masques chirurgicaux**
- **8 h pour les FFP2**

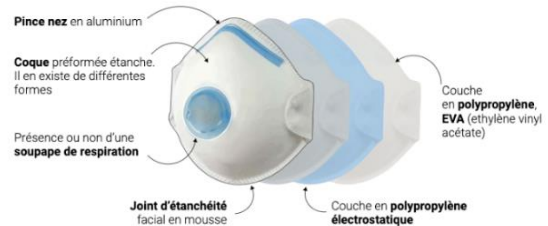
Ceci dans la limite de l'acceptabilité et de l'intégrité du masque durant leur activité professionnelle et sans réutiliser un masque dès lors qu'il a été manipulé et ôté.

Les masques de protection respiratoire : une protection à double sens

Ils protègent de l'extérieur

Masques de **protection respiratoire**

Exemple de matériaux utilisés pour la filtration dans les masques FFP2



Les 3 classes de performance, selon la norme

	% de filtration des aérosols	% de fuite totale vers l'extérieur
FFP1	80 %	22 %
FFP2	94	8
FFP3	99	2

Infographie **LE FIGARO**

Les masques chirurgicaux, anti-projections

Ils protègent l'entourage d'un malade

Masques **chirurgicaux**

- Les masques chirurgicaux **empêchent la projection** de gouttelettes émises vers l'extérieur par une personne malade



- Ils **ne protègent pas** contre l'inhalation des particules en suspension dans l'air
- Ils sont **confortables** à porter
- Ils **doivent être jetés** dès qu'ils sont souillés

Dans les règles à respecter, la vigilance doit être notamment portée sur les éléments en gras :

1. **Avant de mettre un masque, se laver** les mains avec une solution hydroalcoolique ou à l'eau et au savon.
2. Vérifier que le masque n'est ni déchiré ni troué.
3. Orienter le masque dans le bon sens (**bande métallique ou bord dur vers le haut**).
4. Vérifier que la face colorée du masque est placée vers l'extérieur.
5. Placer le masque sur le visage. **Pincer la bande métallique ou le bord dur** du masque afin qu'il épouse la forme du nez.
6. Tirer le bas du masque pour recouvrir la bouche et le menton.
7. Après usage, retirer le masque, enlever les élastiques de derrière les oreilles tout en **éloignant le masque du visage** et des vêtements afin d'éviter de toucher des parties du masque éventuellement contaminées.
8. Jeter le masque dans une poubelle fermée immédiatement après usage.
9. **Après avoir touché ou jeté le masque, se laver les mains** avec une solution hydroalcoolique ou à l'eau et au savon si elles sont visiblement souillées

Afin de préciser le type de masque à porter selon les actes réalisés, un rapport de l'AP-HP ([ANNEXE 5](#)) apporte des précisions concernant l'efficacité des masques chirurgicaux. Cette annexe est complétée d'un tableau explicatif sur le type de masques selon le risque infectieux et une fiche de recommandation du Ministère de la Santé.

Ceci permet de donner les précisions ci-dessous afin de bien expliquer les actes pour lesquels les masques FFP2 doivent être utilisés. Il est important que les masques de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants lors de la réalisation des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire ou ORL génératrices d'aérosols cités ci-dessous :

- Intubation / extubation (dont masque laryngé)
- Ventilation mécanique avec circuit expiratoire « ouvert »
- Ventilation mécanique non invasive (VNI)

- Aspiration endotrachéale (hors système clos)
- Fibroscopie bronchique
- Kinésithérapie respiratoire générant des aérosols (ex. kinésithérapie respiratoire pour désencombrement et expectoration induite)
- Aérosolthérapie
- Prélèvement nasopharyngé
- Explorations fonctionnelles respiratoires
- Autopsie

Les actes de chirurgie dentaire avec usage d'instruments rotatifs à haute vitesse (hors champ de l'avis) sont également considérés comme générateurs d'aérosols.

Les recommandations SFAR-SRLF citent également l'oxygénothérapie à débit élevé (> 6L/min.).

En dehors de ces indications, le port d'un masque chirurgical présente une efficacité suffisante pour la prise en charge des patients Covid-19.

Ces fiches explicatives ont été diffusées à l'ensemble des équipes pour qu'elles puissent prendre connaissance des bonnes pratiques d'utilisation des équipements et des risques de contamination comme dans les vidéos ou documents des liens ci-dessous :

Recommandations de l'OMS sur le port des gants :

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/slcyh_usage_des_gants_fr.pdf

Etude sur le lavage des mains et la friction par solution hydroalcoolique:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_desinfection_des_mains_par_friction_hydro-alcoolique_-_APHP.pdf

Vidéo sur le risque de contamination croisée par les gants :

<https://www.youtube.com/watch?v=UTWXNKX3Ou8>

Fiche sur le port du masque :

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI06/CP/cp7-Abiteboul.pdf>

Vidéo sur le port du masque et l'habillage/déshabillage avec les équipements de protection individuels :

<http://groupe-ssd-lacoupole.com/les-news-du-groupe/118-covid-19-les-bonnes-pratiques.html>

Lien sur les kits de protection des professionnels de santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/covid-19-recommandations-de-protection-pour-les-personnels-de-sante>

Ces vidéos ludiques ont été diffusées aux équipes en formation et par mail notamment pour les salariés absents.

Tous les moyens nécessaires à la protection des salariés sont mis en place avec l'utilisation par exemple de visières⁵ avec les mêmes précautions que pour les autres équipements (ANNEXE 6).

Concernant le lavage des mains, vous retrouverez via les liens suivants les informations à propos des normes requises pour les solutions hydroalcooliques utilisées :

[https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pandemie-grippale/Les-produits-hydroalcooliques/\(offset\)/8](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pandemie-grippale/Les-produits-hydroalcooliques/(offset)/8)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041741016&categorieLien=id>

Les mesures barrières sont également rappelées dans le cadre des relations au travail en affichant les bonnes pratiques entre salariés au sein des locaux (distanciation sociale dans les bureaux ou vestiaires, désinfection du matériel

Des affichages pour le rappel de ces bonnes pratiques sont disponibles via le lien suivant :

<http://groupe-ssd-lacoupole.com/bonnes-pratiques.html>

2.2 Limitation des mouvements dans les structures

Dès le début de l'épidémie le registre des visiteurs a été complété afin d'identifier les différents mouvements au sein de la structure et de pouvoir remonter vers d'éventuels cas qui auraient pu avoir été présents sur site.

Nous avons informé les familles des mesures de restriction des visites dès le début du mois de mars. Ensuite nous avons communiqué la directive nationale d'interdiction des visites depuis le 12 mars sauf pour des cas exceptionnels. En effet, des droits de visite sur rendez-vous et encadrés peuvent être accordés pour des résidents en fin de vie par exemple.

Les interventions de prestataires extérieurs dont l'activité n'est pas urgente ont été interrompues (coiffure, animation extérieure...). Pour les kinésithérapeutes, seuls les actes indispensables tels que la kinésithérapie respiratoire peuvent se poursuivre. Lors de leurs interventions comme pour les médecins, nous les équipons d'équipements de protection individuels pour qu'ils puissent entrer et circuler dans l'établissement.

⁵ Fournis par des prestataires disposant d'imprimantes 3D (pour certains gratuitement et d'autre en fournissant seulement la matière première)

Mise en place d'un pédiluve

Pour les accès à l'intérieur de l'établissement nous avons aussi mis en place un système de pédiluve ([ANNEXE 7](#)) par lequel chaque personne qui entre doit passer pour désinfecter les semelles de chaussures et pouvoir circuler dans l'établissement.

Actuellement le COCLIN n'identifie pas le pédiluve comme nécessaire pour la limitation de la diffusion du SARS CoV 2 (question/réponse en [ANNEXE 8](#)) mais nous maintenons cette précaution.

Il est également important de bien nettoyer les fauteuils roulants pour limiter la propagation du virus par les roues qui peuvent être contaminées du fait qu'elles sont actionnées par les mains.

2.3 Mise à jour de la procédure d'isolement

Les protocoles existant dans le cadre de la prévention des épidémies de grippe ont été adaptés pour une application au Covid-19.

Ils permettront de s'organiser pour la prise en charge des cas confirmés mais également des suspicions de cas et des personnes arrivant de l'extérieur.

La procédure d'isolement pour les résidents présentant des symptômes a été actualisée pour être rediffusée aux équipes. Cette procédure ([ANNEXE 9](#)) explique la constitution des kits de protection, les modalités d'installation devant les chambres. Elle reprend également l'organisation de la prise en charge des résidents en isolement (suivi complet des constantes, ordre de prise en charge pour ne pas contaminer les autres résidents).

Des kits de placement en isolement ont été constitués d'avance pour les personnels. Lors de leur intervention auprès des résidents, cela permet de mettre en place immédiatement le protocole d'isolement s'ils identifient des symptômes chez le résident pris en charge.

Le protocole d'isolement est aussi prévu pour s'appliquer aux résidents dont l'admission urgente est réalisée pendant le confinement et pour les résidents qui reviennent d'hospitalisation. Ceci permet de réaliser une surveillance plus importante pendant 14 jours.

Pour les nouvelles admissions la mise en place d'un test avant l'entrée et un isolement de 14 jours sont donc mis en place en systématique.

Cas des EHPAD disposant d'une unité protégée⁶

La prise en charge et l'organisation de l'unité protégée devra faire l'objet d'une attention particulière du fait de la déambulation et des difficultés des résidents à comprendre et respecter les consignes de distanciation sociale.

La survenue d'un seul cas de COVID 19 pourrait entraîner la contamination de toute l'unité. **Dès lors qu'un résident présentera un symptôme évocateur de COVID 19, vous devrez envisager la possibilité de le sortir de l'unité et de le transférer dans la zone dédiée COVID 19 et/ou si besoin de le maintenir en chambre fermée. Le maintien en chambre fermée ne doit se faire qu'en cas de suspicion ou confirmation de Covid-19 et avant le transfert en unité Covid.**

Il est fortement recommandé qu'un personnel soignant soit, en permanence, présent au sein de l'unité, y compris la nuit.

La recommandation de l'ARS est consultable via le lien suivant :

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/Recommandations_arspaca_aux_EHPAD_25-03-202041.pdf

2.4 Organisation des tâches

La révision du plan de continuité d'activité a permis de classer les différentes tâches de chacun selon les priorités. Cela permet d'identifier les activités essentielles à maintenir en toutes circonstances et de définir leur répartition en mode dégradé.

Certaines missions ont fait l'objet d'un renforcement afin de s'assurer de toutes les mesures d'hygiène et de surveillance complémentaires.

Chaque établissement a dû réaliser des choix sur la stratégie à adopter pour limiter la propagation du virus en maintenant l'activité. Vous trouverez en annexe, le retour d'expérience d'un EHPAD ayant choisi le confinement total avec les salariés afin d'éviter l'introduction du virus (ANNEXE 10).

L'article sous le lien suivant y fait référence :

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/yonne-personnel-ehpad-confine-24h24-residents-1815464.html>

⁶ Recommandations régionales COVID 19 EHPAD de l'ARS PACA du 25/03/2020

2.5 Suivi du personnel : contact tracing et sécurité au travail

En période de confinement, afin de prévenir l'introduction du virus par les salariés, nous avons pris des mesures pour établir un suivi de leur santé.

En accord avec une procédure validée pour être conforme à la réglementation RGPD nous suivons l'état de santé de nos équipes.

Nous nous assurons lors de leur présence sur site de leur température et qu'ils n'aient pas de symptômes.

Lors de leurs jours de repos, nous leur demandons de maintenir leurs efforts de contrôle journalier de leur température (le groupe a pris en charge l'achat de thermomètres). Nous leur demandons de nous alerter de toute apparition de symptômes et de la présence de tout cas possible dans leur entourage. Ceci permet de leur exposer la conduite à tenir et d'organiser leur remplacement si nécessaire.

En plus de ce suivi des salariés, nous leur avons transmis le lien suivant (<https://maladiecoronavirus.fr/>) qui permet de réaliser une auto-évaluation de la gravité des symptômes et qui oriente les personnes vers les professionnels de santé adaptés.

Toutes ces mesures visent à s'organiser au mieux pour traverser cette épidémie et limiter la diffusion du virus. L'intensification du suivi a permis de mettre en place rapidement les dépistages nécessaires.

Pour les salariés, cela nous permet de les orienter vers leur médecin si nécessaire et de définir la possibilité de poursuivre leur poste avec des mesures de protection (équipement individuel de protection complet) afin de garantir la sécurité de tous.

Protection du salarié et droit du travail

Si un salarié a été testé négatif et présente des symptômes au domicile nous avons mis en place un système de téléconsultation (ANNEXE 11) avec le médecin coordonnateur qui est prescripteur du premier test. Le diagnostic de téléconsultation permet de donner les recommandations⁷ suivantes :

- Se rendre à l'IHU de la TIMONE ou aux urgences de la Timone afin de faire un nouveau PCR.
- Indiquer que la personne est salariée travaillant en unité Covid 19 avec un premier test négatif
- Présentation depuis de nouveaux symptômes

⁷ Procédure validée par Maître Dahmoune, avocate au barreau de Marseille

Il appartient au salarié de s'adresser en urgence, à son médecin traitant (Sos ou autres) qui jugera de l'opportunité d'éditer un arrêt de travail couvrant la période s'il ne devait pas avoir le résultat test avant la reprise sur le poste.

Dès le retour du test et uniquement s'il est négatif, le salarié peut réintégrer son poste de travail en adoptant les règles de sécurité sanitaire nécessaires.

Si le test est positif : une prolongation d'arrêt maladie de 14 Jours avec d'isolement et suivi médical est préconisé.

Suite à la note du SYNERPA en date du 14/04/2020, nous avons la possibilité de faire appel au médecin du travail qui est autorisé à :

- prescrire un arrêt de travail en lien avec le Covid-19 ;
- renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection au Covid19 ;
- et à procéder à des tests de dépistage du Covid-19.

Pour un salarié ayant bénéficié d'un arrêt de travail pour cause de Covid 19, la visite de reprise avec la médecine du travail n'est pas nécessaire pour les arrêts de travail d'une durée de moins de 30 jours.

Reconnaissance de la maladie professionnelle

Lors des questions au Gouvernement du 21/04/2020, Monsieur Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé a répondu concernant l'officialisation de la reconnaissance du Covid 19 en tant que maladie professionnelle. Voici sa réponse :

« S'agissant des soignants, quels qu'ils soient, quel que soit leur lieu d'exercice et leur mode d'exercice – à l'hôpital, en EHPAD, en ville –, quelle que soit la discipline concernée, nous avons décidé une reconnaissance automatique comme maladie professionnelle, ce qui signifie une indemnisation en cas d'incapacité temporaire ou permanente, et, en cas de décès, des mesures au bénéfice des descendants. Autrement dit, l'imputabilité du travail dans la survenue de la maladie est automatique. C'est unique. En outre, nous étendons ce mécanisme aux médecins libéraux, qui ne peuvent habituellement y prétendre.

Le travail, qui associe l'assurance maladie et les services du ministère, a été amorcé de manière à honorer cette commande politique très claire. Un soignant n'aura pas à démontrer qu'il a été contaminé sur son lieu de travail ; on considérera automatiquement qu'il l'a été.

S'agissant des autres professions, il existe des procédures classiques qui permettent d'obtenir la reconnaissance d'une maladie comme maladie professionnelle. À cette fin, un comité médical doit être saisi et se prononcer sur l'imputabilité : est-ce dans le cadre de la profession que j'exerce, lors des contacts que j'ai pu avoir avec des personnes malades dans mon exercice professionnel que j'ai pu contracter la maladie ? Il en va du Covid-19 comme des maladies infectieuses et d'autres maladies : si la preuve de l'imputabilité peut être apportée, alors une reconnaissance peut être obtenue, dans les mêmes conditions que pour les soignants.

La différence tient à l'imputabilité : elle est automatique dès lors qu'on est soignant, à l'hôpital, en EHPAD ou en ville ; pour les autres professions, il est possible de saisir le comité ad hoc qui étudie l'imputabilité. »

Communication des résultats de tests à l'établissement

Concernant la communication des résultats des tests la Direction, une note d'information (ANNEXE 12) est établie afin d'informer les personnels, les intervenants extérieurs et les laboratoires de leurs obligations. En effet, afin de protéger la collectivité, chacun se doit de communiquer les résultats à la Direction afin que celle-ci puisse adopter les mesures qui s'imposent conformément à son obligation de sécurité.

3 Gestion des cas confirmés de Covid-19

Nous avons été précurseurs dans la réalisation des tests de Covid étendus à l'ensemble des résidents et salariés pour identifier au plus tôt les cas positifs.

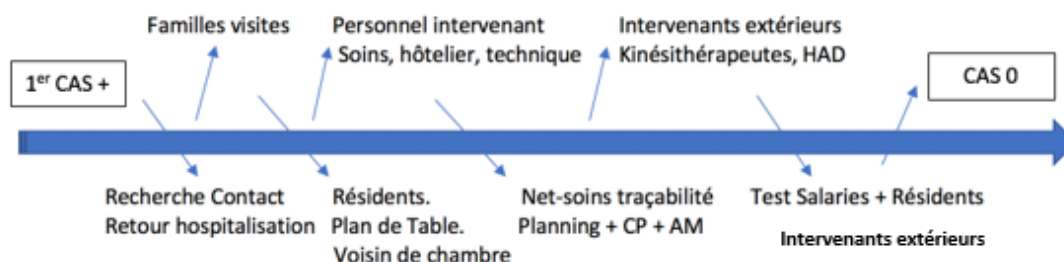
L'identification des cas au plus tôt est aussi un moyen de proposer une prise en charge adaptée rapidement et d'augmenter les chances de guérison.

Identification du cas zéro

L'organisation du dépistage a été réalisée de façon stratégique de manière à remonter vers le cas zéro.

Nous sommes repartis du premier résident dont le test est revenu positif pour tester en priorité les personnes ayant été en contact :

- Les familles (même avant le confinement),
- Les résidents voisins de chambre ou voisins de table,
- Le personnel intervenant auprès du résident (dans le secteur de sa chambre, lors du service des repas) identifié sur le logiciel de soins ou les plannings sur les 15 derniers jours
- Les contacts extérieurs (intervenants divers, transport, hospitalisation...)



Cas 0 : recoupement des cas contacts en remontant dans le temps : contact-tracing



Le contact-tracing est la méthode utilisée pour remonter dans le temps les personnes ayant été en contact avec une personne dont le test est revenu positif. Nous remontons de façon à identifier l'ensemble des personnes qui auraient pu être contaminées car une personne confirmée covid19 positif est contagieuse dans les 24 h précédant le début des signes cliniques.

Ce retour d'expérience porte sur la présence de résidents dont le premier test était négatif et qui présentaient des symptômes. Ces résidents, à l'apparition de symptômes, ont été placés en isolement (précautions gouttelettes, air et contact) et testés à nouveau. Si le test revient positif, nous devons refaire cette recherche croisée pour retrouver les personnes ayant été en contact. En effet, lorsque les résidents sont en isolement (hors unité dédiée Covid) les salariés utilisent des kits de protection mais sont amenés à exercer sur l'ensemble de l'établissement.

Cette recherche permanente de cas, nous permet de mettre en place les mesures nécessaires et de tester les personnes en contact pour identifier l'apparition de nouveaux cas.

Le Directeur de l'ARS PACA, Monsieur Philippe De Mester a déclaré le 15 Avril 2020 : « Il est encore prématuré de diagnostiquer la fin de l'épidémie, nous enregistrons depuis quelques jours une diminution de l'épidémie mais pas une régression, il faut impérativement respecter les mesures de confinement ces prochaines semaines pour éviter une deuxième vague de contamination ».

Test Covid 19 réalisés par PCR : analyse complémentaire CT pour connaître la charge virale

La réalisation des tests nous a permis d'identifier rapidement les personnes à isoler mais cela nous a aussi alerter sur un point de vigilance supplémentaire. En effet, le test comprend 3 mesures. Si l'une d'elles revient positive (exemple ci-dessous en photo 1), il faut réaliser une demande au laboratoire de précision sur la charge CT dont l'explication suit en photo 2.

Photo 1 :

AMPLIFICATION GENIQUE ET MOLECULAIRE	
Résultats ci-dessous réalisés le 10.04.2020 , validés le 10.04.2020	
CORONAVIRUS COVID-19 - PCR EN TEMPS REEL	
(PCR temps réel - Seegene 2019-nCoV Assay CE-IVD) (JA)	
<u>Nature du prélèvement :</u>	Ecouvillonnage naso-pharyngé
Détection du gène E de Coronavirus :	Négative
Détection du gène RdRP de Coronavirus SARS-CoV-2 :	Négative
Détection du gène N de Coronavirus SARS-CoV-2 :	Positive
<u>Conclusion :</u>	Examen présumé positif
	Résultats positif pour seulement une cible génique.
	La réalisation d'un nouveau test dans 48 heures est recommandée.

Le CT est une manière pour nous d'avoir « une idée » de la quantité d'ARN viral dans l'échantillon analysé.

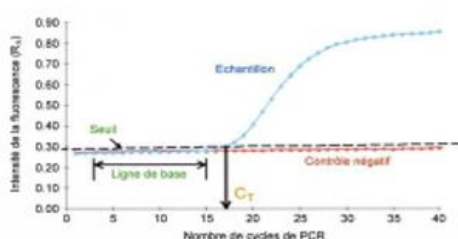
Ce n'est pas de la quantification, c'est seulement une appréciation de la charge virale. Cela correspond au nombre de cycle de PCR nécessaire pour obtenir un signal détectable. Ci-dessous une présentation faite dans le cadre d'un cours de virologie qui indique l'appréciation semi quantitative que peut apporter le CT.

Grossièrement on distingue 3 types de charge virale (forte, modérée ou faible) selon la valeur du CT (< 20, entre 20 et 25 et >25)

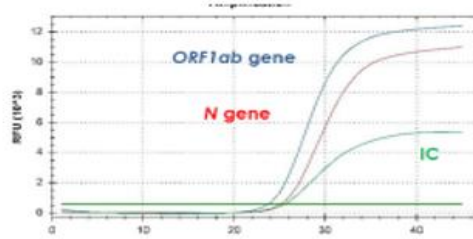
Photo 2 :

PCR SARS- CoV2

- Réaction de RT-PCR en temps réel
- Au moins 2 cibles amplifiées dans N, S, RdRp, ORF.. (diminution de la variabilité) ex : China CDC (gene targets, ORF1ab and N), Charité – Germany (gene targets, RdRP, E, N) , US CDC (gene targets, three N primers, RdRP).
- Limite de detection of ≥ 10 copies par reaction



- charge virale forte $15 < Ct < 20$
- charge virale modérée $20 < Ct < 25$
- charge virale faible $Ct > 25$



Ct inversement proportionnel au nb de copies d'ARN cible dans l'échantillon

ICI l'interprétation que l'on trouve sur les Résultats de L'IHU :

Interprétation des valeurs de Ct : Les valeurs de Ct (nombre de cycles de PCR) sont inversement proportionnelles à la charge virale des prélèvements.

A titre d'exemples, une liste de quelques valeurs de Ct et les charges virales correspondantes :

Ct	Copies/mL
15	800 millions
20	25 millions
25	800 000
30	25 000
34	1 500
>35	Non significatif

Si des cas confirmés surviennent dans les structures, nous avons organisé le fonctionnement pour prendre en charge les résidents avec les mesures de sécurité nécessaires pour ne pas propager le virus.

3.1 Création des unités Covid avec un personnel dédié

Pour prendre en charge les résidents testés positifs, une unité spécifique est créée sur les établissements afin de ne pas se retrouver dans la situation du « bateau » décrite par le Professeur Raoult et limiter la propagation à l'ensemble de la structure.

Nous avons décidé pour chaque établissement d'identifier un secteur qui deviendrait l'unité de prise en charge des résidents touchés par le Covid-19. Cette sectorisation permet de dédier le personnel à l'unité et il ne sera donc pas amené à s'occuper des autres résidents pour éviter de les contaminer.

C'est un secteur dont l'accès est limité et par lequel les autres résidents ne doivent pas transiter (étage le plus élevé, fin d'une aile).

Le matériel de ce secteur est aussi dédié et ne doit pas être utilisé pour le reste de l'établissement. Un protocole est mis en place pour expliquer les mesures particulières à cette unité ([ANNEXE 13](#)).

Attention, l'arrivée d'un résident dans l'unité Covid-19 ne doit se faire que lorsque le résultat de son test est revenu positif. En effet, si des symptômes apparaissent, l'isolement est mis en place dans la chambre grâce au kit préparé en avance dans l'attente de la réalisation du test. Le transfert dans l'unité Covid-19 ne se fera qu'après la réception du résultat s'il est positif.

Si le résultat est négatif, le résident restera en isolement dans sa chambre et n'aura pas été au contact des résidents de l'unité Covid.

Suite à l'actualisation du guide de l'ARS PACA du 17/04/2020, afin de limiter la circulation virale au sein de l'établissement, les deux premiers résidents testés Covid seront hospitalisés dans l'unité Covid de l'établissement de santé de proximité même en l'absence de facteurs de gravité ou de facteurs de risque. Ceci est indiqué en page 33 de la version mise à jour et disponible via le lien suivant :

<http://groupe-ssd-lacoupole.com/documentation-actualisee-covid-19.html>

Afin de pouvoir orienter les résidents en hospitalisation, l'ARS PACA a publié le schéma régional d'orientation en SSR mis en place ([ANNEXE 14](#)). Ce document donne la liste des structures de la région susceptible d'accueillir des patients atteints du Covid 19.

3.2 L'antibiothérapie

Si l'hospitalisation est refusée, le médecin peut mettre en place une antibiothérapie. Pour les résidents ayant des symptômes, le médecin peut prévoir un traitement préventif dans l'attente des résultats du test.

Par anticipation, les établissements commandent un stock tampon¹⁰ d'Azithromycine. La constitution d'un stock tampon de médicaments, de manière limité et sécurisé, permet de faire face à une éventuelle crise lors des week-ends notamment, lorsque peu de pharmacies de garde sont disponibles, qui plus est, avec les nécessaires délais d'approvisionnement qui en dépendent.

La délivrance de ces médicaments auprès des résidents sera strictement conditionnée à la réalisation d'une prescription par le médecin traitant, ou le médecin disponible en l'absence de celui-ci, ou le médecin coordonnateur.

Afin de respecter la sécurisation du circuit du médicament, la constitution du stock tampon et le mode d'utilisation ont été soumis au pharmacien de ville (pharmacien préparateur et organisateur du circuit du médicament des établissements du groupe) qui a validé la procédure.

¹⁰ La réalisation d'un stock tampon a été réalisé conformément à la demande par mail de l'ARS PACA le 30/03/2020 pour la mise à jour des dotations de médicaments pour les situations d'urgence. Il s'agit d'anticiper les situations aiguës et de permettre aux équipes de pouvoir utiliser les médicaments de la dotation pour besoins urgents en attente de la dispensation des médicaments utilisés à partir d'une prescription nominative.

De plus un audit des interactions médicamenteuses possibles avec les traitements actuels des résidents est réalisé et tracé sur le logiciel de soins. La recherche des interactions médicamenteuses est consultable avec le module « Banque Claude Bernard » relié à la partie « Prescription » du logiciel Netsoins par exemple. Si un logiciel de soin ne permet pas cette vérification, il faut se rapprocher de la pharmacie qui dispose de logiciel d'alerte pour les interactions médicamenteuses.

Le risque d'interaction médicamenteuse sera précisé sur le Dossier de Liaison d'urgence en cas d'hospitalisation.

Pour l'antibiothérapie les recommandations du Professeur Parola sont les suivantes :

Prescription non hospitalière : Zithromax 250mg¹¹ : 2 comprimés en même temps au cours de la journée sur 4 jours minimum et peut être poursuivi en fonction de l'évolution de l'état de santé.

Prescription hospitalière : Tazocilline 2G : en intraveineuse : 2g par jour pendant 10 jours min et peut être poursuivi en fonction de l'évolution de l'état de santé.

La mise en place d'un partenariat avec une équipe HAD est indispensable pour permettre la dispensation de ces traitements (pharmacie hospitalière).

C'est le médecin coordonnateur ou le médecin traitant du résident qui prescrit et les services de la HAD qui administrent les traitements hospitaliers.

3.3 Partenariat avec le réseau gériatrique et sanitaire

Convention avec les services de HAD (hospitalisation à domicile)

Nous avons signé une convention avec les services d'HAD de la Timone qui dispose d'une équipe dédiée pour le Covid-19. Il faut une convention avec des services HAD qui disposent d'une **PUI hospitalière**.

Cette convention permet à nos résidents de bénéficier de traitements hospitaliers (cf. 3.2).

Le personnel du service HAD est dédié au secteur Covid afin de limiter le nombre de personnels devant intervenir et limiter la propagation du virus.

Ci-dessous, un rappel du fonctionnement du service HAD de La Timone qui prend en charge les patients atteints du Covid-19 en EHPAD.

¹¹ Pour limiter les troubles liés à l'antibiothérapie, l'établissement pourra prévoir des yaourts et des gélules d'ultra levure pour les résidents recevant le traitement (hors antécédent d'immunodépression)

« L'HAD de l'AP-HM souhaite encore plus jouer son rôle pour soulager les services de MCO (et en particulier les services d'Urgences), des patients pouvant relever d'une prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD) sur leur lieu de vie et faire le lien avec l'ensemble des HAD du territoire.

Notre volonté est de prendre en charge:

- **A partir des urgences ou des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des patients ayant une indication potentielle d'HAD et de faciliter un retour au domicile en direct en HAD**
- **Tous les patients vivant en EHPAD et/ou ESMS l'HAD pouvant leur éviter d'être hospitalisés en MCO.**

Conformément aux recommandations « prise en charge des patients Covid-19 en HAD » :

Les patients Covid-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs ou réanimation mais relevant d'une hospitalisation peuvent être pris en charge en HAD :

Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :

- *Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée/oxygénothérapie*
- *Traitement intraveineux (hydratation, antibiotiques...)*
- *Existence de comorbidités*
- *Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications*

Dans ce contexte, l'HAD de l'AP-HM, en partenariat avec les HAD du territoire, est prête à activer des procédures de prise en charge, sans délai, dans la mesure de nos capacités.

Pour admettre un patient en HAD, il suffit d'**un simple appel au standard de HAD (04 91 43 53 00).**

Nous vous engageons même à nous informer de manière anticipée sur la situation de vos établissements afin peut être d'assurer une réactivité nécessaire et immédiate pour des patients déjà identifiés comme pouvant se dégrader et bénéficier d'un traitement d'urgence 24/24, 7/7 (PCA, traitement IV).

Et bien sûr, nous resterons à votre disposition et mobilisés de façon permanente dans l'avenir pour la prise en charge de vos résidents fragilisés et susceptibles de décompenser dans les semaines ou les mois qui suivront la phase aigüe de cette épidémie. »

Accès aux services de hotlines des établissements sanitaires

Centre départemental Gérontologique de Montolivet

Permanence de 9h-18h

Unité COVID+ déambulants : 06 07 43 17 05
Unité COVID+ non déambulants : 06 45 37 29 91

HOTLINE Gériatrique Hôpital

Saint Joseph

Permanence 9h-18h

Tél : 04 91 80 82 80

HOTLINE, Hôpital de Salon

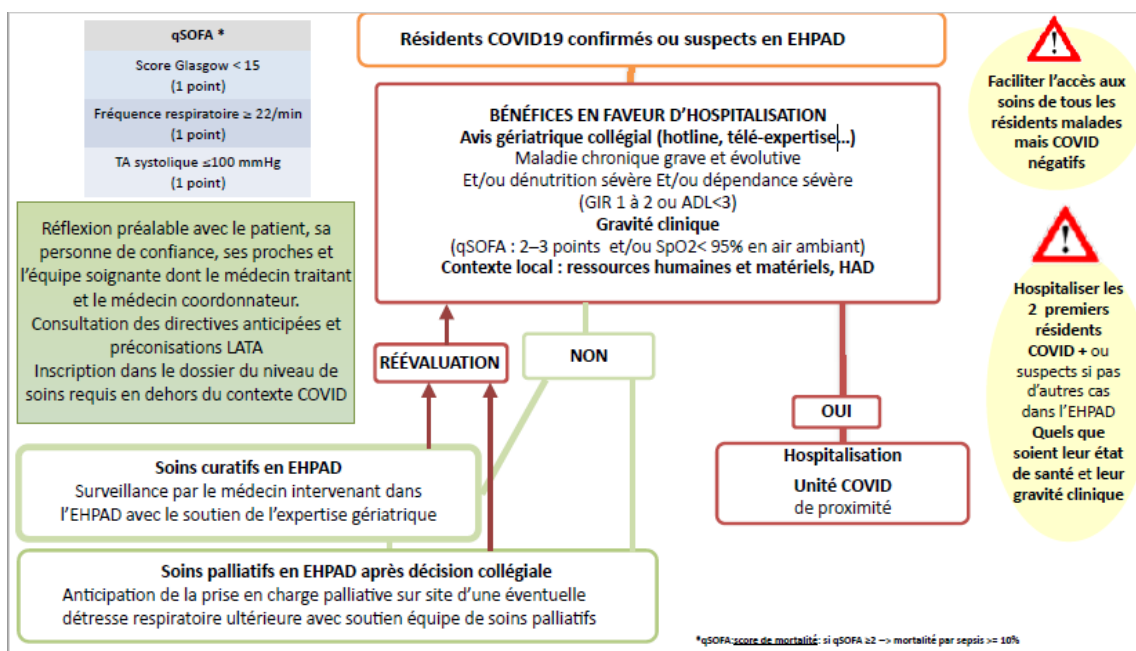
(pour le bassin Salonnais)

Permanence Lundi, mardi, jeudi et
vendredi de 10h-16h

Mercredi 10h-12h

Tél : 04-90-44-90-85

Nous avons contacté les hotlines des services sanitaires pour pouvoir les solliciter à propos des prises en charge pour les résidents dont le test est positif. La notice de fonctionnement de la hotline est représentée dans le schéma suivant.



Ils conseillent sur la prise en charge thérapeutique :

- Conseil et information sur les procédures de soin
- Possibilité d'une décision médicale collégiale en vue d'une hospitalisation (en lien si besoin avec les HAD) ou d'une limitation thérapeutique (en lien si besoin avec les EMSP)
- Information et discussion avec les familles

Ils assistent sur la définition du parcours de soins, une aide à l'orientation afin d'optimiser et de fluidifier le parcours des personnes âgées, en limitant le passage par les services d'urgence et favorisant autant que possible les admissions directes.

Capacité de suivi des soins sur l'établissement

Grâce à la création de l'unité Covid, aux partenariats avec les services HAD et les hotlines des hôpitaux, nous sommes en capacité de fournir les soins nécessaires à nos résidents et de réaliser un suivi.

En effet, les services HAD permettent la mise en place des traitements.

Nous avons prévu des extracteurs à oxygène supplémentaires si nécessaire et nous avons équipé les établissements d'électrocardiogrammes pour réaliser le suivi cardiaque des patients pendant le traitement à J+6.

Avec le syndicat Synerpa PACA et la fédération française d'étude et des sports sous-marins PACA (FFESSM), nous avons organisé l'approvisionnement en matériel d'oxygénothérapie en cas de défaut de fourniture par les fournisseurs habituels.¹²

Gestion des déplacements des résidents

Pour les transferts de résidents vers les établissements sanitaires, nous avons mis en place un protocole d'information pour les ambulanciers avec lesquels nous collaborons. Nous leur remettons une fiche d'information que la personne transportée est testée positive et cela est aussi indiqué sur le dossier de liaison préparé pour le transport (modèles en [ANNEXE 17](#)).

Renforcement de la collaboration entre SYNERPA et FHP

Le SYNERPA et la FHP ont décidé de renforcer la collaboration entre EHPAD, SSR et cliniques privées pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées. L'objectif de ce partenariat est double : transférer rapidement un résident vers des soins adaptés et renforcer le personnel des EHPAD.

Ceci permet de compléter l'offre des filières gériatriques mises en place par les ARS, en :

- Faisant appel aux hôpitaux, cliniques privés MCO et soins de suite et de réadaptation adhérents de la FHP du territoire qui disposent de places disponibles pour accueillir rapidement et soigner les personnes atteintes de COVID-19 sans passer par le Centre 15 ;
- Mettant à disposition du personnel des hôpitaux, cliniques privées et des SSR afin de venir en renfort des EHPAD si besoin.

¹² Monsieur David Grivel, SYNERPA

Les délégués régionaux de chaque fédération vont mettre en place ce partenariat et le suivi par région à compter du 27/04/2020. La situation sera adaptée en fonction des régions pour répondre aux besoins des EHPAD dans des délais rapides.

Lors du point téléphonique du 28/04/2020 avec les membres du bureau SYNERPA des Bouches du Rhône, la question a été abordée et la conseillère technique Sud-Est prévoit de faire un retour aux établissements dès que cela sera mis en place.

3.5 Sortie de l'unité Covid

Proposition sous réserve de l'arrivée des futurs tests sérologiques permettant de s'assurer de la présence d'anticorps

Pour les résidents ayant été hospitalisés : après un test négatif au Covid 19 et un test sérologique, le retour peut être organisé sur la structure pour reprendre les activités habituelles.

Pour les résidents restés dans l'unité Covid de l'établissement, un nouveau test doit être réalisé après 14 jours. Si le test est négatif au Covid 19, un test sérologique est aussi demandé pour s'assurer de l'immunité du résident. Après ces vérifications, la sortie de l'unité pourra être organisée pour une reprise des activités habituelles.

Vigilance sur les résultats de tests post Covid-19

Par ce retour d'expérience, nous attirons votre attention sur l'évaluation de la guérison d'un résident.

En effet, nous avons eu le cas d'un résident testé positif au Covid 19 le 31/03/2020 (résultat le 01/04/2020). Ce dernier a été hospitalisé le 03/04/2020 (il n'a pas pu bénéficier du protocole du Professeur Raoult à cause d'une contre-indication médicale). Lors de son hospitalisation, il a été testé deux fois (16/04/2020 et 19/04/2020), les deux résultats ont été négatifs et le résident est rentré sur l'EHPAD.

Le résident a été testé à son retour d'hospitalisation et le test était négatif le 22/04/2020. Par précaution avant de lever l'isolement, un deuxième test a été réalisé le 24/04/2020 et nous avons eu le résultat de ce test le 27/04/2020 indiquant que le résident était de nouveau positif avec une charge virale faible.

Le délai de contagiosité après le premier test devrait être dépassé selon le schéma présenté en introduction et nous cherchons donc à analyser si le résident a pu être recontaminé ou bien s'il était toujours porteur malgré trois tests négatifs.

Pour le moment nous éloignons une possible recontamination par le personnel car il a été testé au même moment le 24/04/2020 et nous n'avons eu aucun retour positif parmi eux.

Nous avons vérifié avec les infirmières, le résident acceptait le prélèvement nasopharyngé qui a pu être correctement réalisé à chaque fois ce qui limite donc le risque de résultat « faux négatif ».

Nous sommes donc toujours vigilants à propos de ce cas dont le compte rendu d'hospitalisation et les résultats de test sont consultable en [ANNEXE 18](#).

4 Projet de vie des résidents

4.1 Veille du bien-être et de la santé des résidents en confinement

Nous portons une attention encore plus grande à l'état de bien-être de nos résidents pour identifier au plus tôt la nécessité de réaliser un test.

Nous avons dès le début de la crise, mis en place des mesures visant à contrôler au plus près l'apparition de symptômes. En effet, nous avons mis en place des tours supplémentaires (*matin, midi, après-midi, soir et nuit*) de prise des températures, de contrôle de la saturation en oxygène et d'identification des symptômes. **Deux réunions d'équipes par jour sont réalisées afin d'échanger sur l'état de santé des résidents, les points de vigilance, l'alerte sur l'apparition de symptômes et syndrome de glissement.**

Dans le cadre du confinement, les équipes ont communiqué de manière adaptée la situation aux résidents pour expliquer les raisons des changements d'organisation du quotidien.

Les animateurs ou animatrices ont adapté leurs activités en développant la diffusion de gazettes, l'édition de livrets de jeux, **la réalisation de lotos d'étages sur les pas de porte**. Les soignants prêtent une attention particulière à tout signe chez les résidents pour prévenir tout syndrome de glissement.

Pour garder le lien avec les familles, nous avons pu organiser des appels visio entre les résidents et leurs proches. Les établissements sont équipés de tablettes qui sont désinfectées entre chaque utilisation.

Nous avons également bénéficié de l'envoi via des associations de **dessins d'enfants qui sont affichés et distribués aux résidents pour égayer et décorer les chambres.**

Visites facilitées en cas de fin de vie

Le chef de l'Etat Monsieur Le Président Emmanuel Macron, le 13 Avril 2020, a souhaité que les maisons de retraite puissent permettre d'organiser pour les plus proches avec la bonne protection la visite aux personnes en fin de vie afin de pouvoir leur dire adieu.

Le comité consultatif national d'éthique sur la limitation des mouvements des résidents d'EHPAD en pleine épidémie de Covid 19, dans son avis rendu public le 1er Avril 2020, précise : « qu'un accueil organisé pour les familles et les proches aidants, parfaitement régulé et sécurisé avec les protections qui s'imposent, pourra également être envisagé en particulier pour les résidents en fin de vie ».

Cela a été confirmé dans la fiche diffusée par le Ministère de la Santé et des Solidarités envoyée le 27 mars 2020 suite à l'avis du 24 mars 2020 du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé Covid-19 ([ANNEXE 19](#)).

4.2 Rétablissement des visites en EHPAD

A l'annonce du 19 Avril du Premier Ministre, Edouard Philippe, et du Ministre de la Santé, Olivier Véran, sur le rétablissement du droit des visites des familles en EHPAD, nous avons préparé l'organisation de la remise en place des visites. Nous nous sommes basés sur les recommandations établies par Jérôme Guedj dans le rapport consultable sur le lien suivant :

<http://groupe-ssd-lacoupole.com/les-news-du-groupe/120-charte-de-droit-de-visite-ehpad-groupe-ssd.html>

Les quelques règles qui figurent dans le protocole et sont articulées autour de deux phases :

Phase 1 : La préparation de la visite

- Il convient évidemment de recueillir d'abord les besoins des résidents.
- Il faut ensuite recueillir les demandes des familles et des proches (ou des bénévoles autorisés) qui devront envoyer une demande écrite de rendez-vous qui leur servira par ailleurs de motif d'attestation dérogatoire pour se déplacer.
- Le visiteur devra signer une charte dans laquelle il s'engage à respecter le protocole.
- Les instances du personnel (CTE/CSE) et le Conseil de la Vie Sociale devront être informés de cette nouvelle organisation.
- Les visites seront interdites aux moins de 18 ans sauf dans le cas précis d'une visite à une personne en fin de vie.
- Elles seront limitées à deux personnes sauf dans les chambres où ne devra entrer qu'une seule personne.
- Il est conseillé de donner priorité aux personnes âgées pour lesquelles l'absence de visites apparaît poser un problème particulier.
- Le temps de la visite peut varier entre 30mn et 1 heure.

- Idéalement, il conviendrait de proposer une visite hebdomadaire même si l'organisation interne de l'Ehpad et notamment la charge de travail des équipes peut entraîner plutôt une visite tous les 15 jours pour le moment.
- Un registre devra mentionner identité du visiteur et jour et heure de la visite.
- Pour encadrer ces visites, et pour peu que les personnels sous tension ne soient pas en nombre suffisant, il pourra être fait appel à la protection civile, aux pompiers, aux bénévoles de la Croix-Rouge ou des Petits Frères des Pauvres.

Phase 2 : Le déroulement de la visite

- Il est rappelé aux visiteurs les gestes barrière.
- Établir une double circulation qui empêche résidents et visiteurs de se croiser
- A l'arrivée, passage par un sas, déshabillage, lavage des mains, prise de température, port d'un masque etc...
- Pendant la visite, distanciation d'au moins 1,50m.
- Après la visite : nettoyage des surfaces susceptibles d'avoir été touchées.
- Concernant le lieu de la visite, privilégier dans l'ordre : l'extérieur (jardin, terrasse), un espace dédié à l'intérieur, la chambre si l'état du résident le nécessite.
- A chaque visite, deux personnes (salariés ou bénévoles) sont sollicitées, l'une pour les visiteurs, l'autre pour le résident.
- Pour respecter l'intimité de la famille, les personnels laissent de préférence seuls familles et résidents pendant le rendez-vous.

A partir de ces recommandations et des capacités de chaque structure, le Groupe SSD La Coupole a établi un protocole d'organisation des visites qui prévoit une charte à destination des familles pour le respect des conditions de ces visites (ANNEXE 20). Cette annexe a été complétée d'un organigramme¹³ récapitulatif de l'organisation et du déroulement des visites.

Afin de respecter les visites « Sans Contact », le Groupe SSD La Coupole a fait le choix d'offrir aux familles des masques "grand public", certifiés AFNOR, lavables et réutilisables à minima 5 fois, respectant ainsi les protections gouttelettes. Cette commande de masques sera destinée également aux équipes des établissements afin de les protéger sur leurs temps périphériques hors de l'EHPAD.

Les liens suivants sont communiqués aux utilisateurs de ces masques pour qu'ils prennent connaissance de la fiche technique et des explications d'utilisation de ces derniers :

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/AFNORSpec-S76-001-Masques-Barrieres.pdf

¹³Transmis par Brigitte FOCH, Directrice du développement et des activités, Association le Moulin Vert

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/Fiche-Technique-Masques-Barriere.pdf

Les maisons de retraite du groupe possédant toutes un jardin, les visites seront organisées en leur sein afin de limiter l'entrée du virus en EHPAD, de respecter les distanciations sociales et les mesures barrières recommandées par les ARS, en sus des masques sera mis à leur disposition du gel hydro alcoolique.

Ces visites permettront aux résidents de profiter d'une sortie à l'extérieur entourés de leurs familles, de tisser à nouveau des liens sociaux et reprendre le cours de leur projet de vie en établissement.

4.3 Veille des effets du confinement sur la santé

Réintégration des intervenants libéraux

Dans l'actualisation du guide du 21/04/2020, l'ARS PACA encourageait la reprise de l'intervention des libéraux dans les établissements notamment les kinésithérapeutes. Les établissements ont réévalué les besoins des résidents afin d'organiser les interventions libérales en toute sécurité.

Afin de permettre la reprise d'activité des libéraux au sein des établissements, il a été mis en place la réalisation d'un test Covid avant de revenir sur la structure.

Les intervenants sont soumis au respect des mesures mises en place par l'établissement qui sont expliquées au sein d'une charte qu'ils doivent signer (modèle du Synerpa en ANNEXE 21)

Test sanguins (D-dimères) en prévention du risque d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse

Après plusieurs semaines de confinement, certains résidents ont présenté des signes liés à des conséquences de l'alitement malgré la mise en place de traitement anticoagulant de type Lovenox.

Afin de prévenir des risques d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse, nous avons mis en place des analyses sanguines avec dosage de D-dimères pour les résidents identifiés à risque (syndrome de glissement, alitement prolongé...). Vous trouverez ci-dessous un exemple de résultat d'analyse pour une résidente dont le dosage été très élevé en comparaison à la valeur antécédente.

HEMOSTASE		
	STAGO - STAR Evolution, STAR Max - Plasma citaté	
	Valeurs de référence	Antéc
D Dimères (immunoturbidimétrie)	19,76 ug/mL	1,82 17,
Interprétation D Dimères - Recommandations ESC 2014 - Valeur seuil d'exclusion d'un épisode aigu de MTEV : - Patient <= 50 ans : 0.50 µg/mL - Patient > 50 ans : la valeur seuil doit être ajustée à l'âge du patient selon le calcul = âge x 0.01 (exemples : 0.51 pour 51 ans, 0.60 pour 60 ans, etc...)		

Une fiche¹⁴ explicative sur le dosage des D-dimères chez la personne âgée est consultable en [ANNEXE 22](#).

Déconfinement

Monsieur Jean CASTEX, ancien secrétaire général adjoint de l'Elysée et ancien directeur du cabinet du Ministre de la santé Xavier Bertrand, est nommé délégué interministériel en charge de la stratégie de déconfinement. Nous attendons donc les retours pour organiser dans le futur le déconfinement des établissements.

5. Cellule de communication

Les établissements du Groupe SSD La Coupole ont appliqué depuis le 28 Février un pré-confinement suite à la réunion d'information de l'ARS sur le virus « COVID-19 » : contrôle des températures des salariés, des familles ou intervenants extérieurs, port du masque pour les équipes soignantes et application des mesures barrières.

Ce pré-confinement ont permis l'anticipation pour les équipes, les directions et les familles du possible risque épidémique au sein des établissements.

La mise en place de la cellule de crise de communication COVID-19 du Groupe SSD La Coupole a été décidée le Lundi 14 Mars suite aux recommandations du Ministère de la Santé sur la protection de la dissémination du virus des personnes résidentes en EHPAD, demandant aux établissements de type EHPAD d'aller vers un isolement individuel.

La Cellule de communication regroupe l'équipe de la Direction Générale en lien avec les équipes de direction de chaque établissement et leurs équipes de soins.

¹⁴ <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-446/D-dimères-et-suspicion-d-embolie-pulmonaire-seuil-adapte-a-l-age>

L'objectif de cette organisation consiste à informer du mieux que possible les familles, les tuteurs sur cette crise sanitaire, sur l'évolution des situations de chaque EHPAD du Groupe, et sur l'information de chaque résident concernant les cas de suspicion, les cas à risque, les cas testés et les cas avérés COVID-19.

Elle a aussi pour vocation de faire passer des messages, notamment sur les mesures Barrières ou de protection appliquées au sein des établissements pour éviter l'entrée du virus au sein de l'établissement ou de freiner sa propagation conformément aux recommandations régionales COVID-19 EHPAD de l'ARS PACA du 25 Mars 2020.

Cette cellule accueille également les médecins coordonnateurs des établissements et le Président du groupe SSD La Coupole, Il s'agit d'un spécialiste de la coordination et des réponses à apporter en cas de crise sanitaire.

Il a été privilégié, une communication assurée par Mme Daninos, Directrice Générale du groupe en direct avec les familles de tous les EHPADs du Groupe dès le premier cas de suspicion 0, chez les salariés ou résidents avec un retour tous les 48 H 00 sur l'évolution des situations, des tests effectués et des résultats positifs ou non positifs.

A partir du 6 Avril, une campagne de tests pour l'ensemble des salariés et des résidents a été lancée, les résultats ont été communiqués par SMS à l'ensemble des familles par la Direction Générale. Pour les cas positifs ou de suspicion, la communication aux familles a été assurée par les médecins coordonnateurs, IDECS ou direction de l'établissement.

Pour les résultats des tests des salariés, ont été communiqués soit par le Laboratoire en direct aux directions puis communiqués aux salariés, soit les salariés communiquent aux directions leur résultat.

Nous avons appelé systématiquement les salariés, sur leurs jours de repos, afin de connaître leurs éventuels symptômes « COVID-19 » (fièvre, toux et problème respiratoires, perte du goût et de l'odorat...) permettant de détecter des éventuels cas de suspicion extérieurs et d'anticiper sur les prélèvements.

Un tableau de reporting général est réalisé pour chaque établissement qui reprend les éléments suivants :

- Listes des résidents avec les dates et résultats des tests,
- Liste des coordonnées des proches à contacter et suivi de la communication aux familles,
- Liste des salariés avec les dates et résultats des tests.

Ces informations sont recensées dans le respect de la réglementation RGPD.

A noter, que pour les établissements du Groupe considérés comme « COVID- FREE » soit aucun cas de suspicion, ni aucun cas avéré à déclarer, l'ensemble des familles ont été également appelées, limitant les risques de stress après une période de 3 semaines.

Au sein des EHPADs afin de maintenir le lien entre familles et résidents, des séances de visio ont été organisées quotidiennement par les équipes d'animation ou de responsable hébergement.

La cellule de soutien psychologique :

La cellule de soutien psychologique (comme préconisé dans la fiche stratégique de l'ARS en [ANNEXE 23](#)) s'adresse prioritairement aux salariés qui connaissent une forte exposition à des facteurs de stress et d'anxiété du fait de leur activité professionnelle dans un contexte organisationnel impacté¹⁵ par la crise du Coronavirus :

Gestion de planning dans une situation organisationnelle dégradée, exposition à la souffrance/la mort, crainte d'une contamination, difficultés liées au management à distance, surcharge/sous charge de travail mais aussi les salariés impactés par des mesures de télétravail.

Des réunions cliniques sont mises en œuvre une à deux fois par semaine, ou le cas par cas des patients est abordé sur le versant de la réalité psychique sont orientés vers les soignants et leurs permettent d'élaborer autour du sens et des difficultés de leur mission.

Les psychologues en sus des groupes de paroles dédiés au travail en équipe, afin de répondre au plus près à la souffrance psychique induite par les risques liés au Covid 19 et la situation de confinement, ont mis en place une ligne téléphonique destinée au soutien psychologique du personnel.

A cette fin, la direction générale a alloué un téléphone portable au psychologue afin qu'un message puisse lui être laissé en cas de difficulté.

Les psychologues s'engagent à consulter ce téléphone quotidiennement et à rappeler le membre du personnel en souffrance dans les délais les plus brefs.

L'ensemble du personnel a été tenue informé de cette possibilité de soutien par le psychologue lors des réunions d'équipe hebdomadaires et l'information a été affichée dans la salle de soin à destination de l'équipe.

¹⁵ Les EHPAD du Groupe SSD La Coupole font partie des clusters de la démarche de Qualité de Vie au Travail de l'ARACT (volet social de la démarche RSE)

6. Apports du retour d'expérience

6.1 *Stratégie de déconfinement*

Avec l'allongement de la période épidémique qui se fait ressentir auprès des résidents confinés, la réflexion pour retrouver des activités collectives se met en place tout en gardant à l'esprit la nécessité de protéger l'ensemble.

Dans le cadre de la préparation au déconfinement les établissements ont pu intégrer une expérimentation en partenariat avec l'hôpital Européen. Pour cela un protocole est mis en place pour permettre les points suivants :

- Obtention rapide des résultats d'analyse par le partenariat avec le laboratoire.
- Diminution de la période d'isolement en chambre.
- Faciliter l'hospitalisation (si identification de cas positif) grâce au partenariat entre le Synerpa et la FHP.

Ce protocole vise à organiser des mesures de dépistage en réalisant un bilan complet (qui comprend notamment un test PCR et un test sérologique ABBOTT) pour les résidents nouvellement admis en EHPAD ou qui sont de retour d'hospitalisation ou de l'extérieur. En effet, dans le cadre de la lutte contre la propagation du Covid-19 dans les établissements, des mesures d'isolement étaient mises en œuvre pour ces résidents pendant 14 jours.

Dans le cadre de l'assouplissement des mesures de confinement, l'objectif de ce protocole est de s'assurer que ces résidents ne sont pas atteints du Covid-19 et de leur état de santé général afin de leur permettre de réduire la durée d'isolement.

L'analyse des résultats des tests, bilans et du suivi quotidien des résidents permettra de guider les décisions pour lever les mesures d'isolement plus tôt (au bout de 3 ou 4 jours au lieu de 14 jours) tout en maintenant des mesures barrières et de distanciation sociale lors des activités en pièces communes.

Lors du suivi, tout signe présenté amènera à la réalisation de nouveaux examens afin de décider de la conduite à tenir.

6.2 *Participation à l'appel à projet de la CNSA*

Ce retour d'expérience nous amène à souhaiter participer à l'appel à projet lancé par la CNSA lancé le 5 Mai 2020 visant à « Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap ».

Nous pouvons nous appuyer sur notre retour d'expérience afin de répondre à l'axe 2 : « Coordination, coopération, partenariats et solidarités entre acteurs à l'échelle territoriale en période de crise ».

En effet, les actions de coopération mises en place par le Groupe décrites dans ce document ont contribué à accompagner les EHPADs dans la gestion de crise :

- Le partenariat avec le laboratoire a permis de réaliser rapidement des campagnes de dépistages avec des résultats rapides y compris week-end et jours fériés.
- Les conventions avec les cliniques (partenariat SYNERPA / FHP) permettent de prévoir la prise en charge des résidents en cas de test positif puis un accompagnement en SSR par la suite si nécessaire.
- L'adhésion au Coclif a permis d'accompagner les établissements sur la formation et les réponses aux questions concernant l'hygiène en période épidémique.
- La réflexion pour la mise en place de solutions de télémedecine afin de limiter les rendez-vous extérieurs.
- Dans le cadre de la préparation au déconfinement, l'entrée dans une expérimentation avec l'hôpital Européen qui consiste à réaliser les tests et bilans nécessaires pour sécuriser les admissions et retours d'hospitalisation afin de pouvoir diminuer les durées de confinement de ces résidents en chambre.

Le projet présenté viserait à évaluer les dispositifs mis en place et les recommandations qui en découlent en vue d'être en mesure de répondre à la survenue d'une crise épidémique future.

ANNEXE 1 : Exemple de procédure en mode dégradé

1. OBJET

Assurer la continuité des soins aux résidents en cas d'absence d'une ou deux aides-soignantes.

2. PERSONNEL CONCERNE

Les aides-soignantes, les agents de service hôtelier, les infirmières, l'infirmière référente et la direction.

3. DESCRIPTION

L'organisation en mode dégradé s'inscrit dans le plan de continuité des soins (PCA). Les services qui assurent des activités essentielles à la vie quotidienne doivent se donner les moyens de poursuivre leur activité, notamment auprès des personnes malades, tout en protégeant leurs salariés.

QUI	QUAND	QUOI
Tout le personnel	Lors du signalement de l'absence d'un salarié	➤ La nuit, transmettre l'information par écrit sur le bureau de l'infirmière référente et dans le bureau de la direction en indiquant le nom de la personne absente ➤ La journée, transmettre l'information directement au personnel de direction ➤
Infirmière référente	Dès la prise de connaissance de l'absence d'une Aide-soignante (AS)	➤ Identification du secteur où l'aide-soignante absente était affectée. ➤ Diffusion de l'information aux Aides-soignantes et à l'infirmière présentes ➤ Répartition équitable de l'aide au petit déjeuner du secteur où l'AS est absente entre les Aides-soignantes présentes
Responsable hôtelière	Dès la prise de connaissance de l'absence d'une AS	➤ Diffusion de l'information aux agents de service hôtelier
Infirmière référente, responsable hôtelière, Direction	Dès la prise de connaissance de l'absence d'une Aide-soignante	➤ Envoi un Texto à tout le pool de vacataire pour une diffusion rapide et large de l'information. ➤ Envoi un Texto à la contre équipe de repos pour savoir si l'une d'entre elle serait intéressée par des heures supplémentaires. ➤ Après 10 minutes sans réponses aux textos, appels des vacataires et de la contre équipe. ➤ En dernier recours appel des agences d'intérim : Domino, Eureka et Appel médical
Infirmière référente	Si un aide-soignant remplaçant accepte la vacation	➤ Si le vacataire précise qu'il arrivera avant 10H : reprise d'un fonctionnement normal ➤ Si le vacataire précise qu'il arrivera après 10H : l'IDE référente pourra demander à une aide-soignante une délocalisation temporaire en début de matinée pour respecter au mieux les habitudes de vie des résidents

QUI	QUAND	QUOI
Aides-soignantes	Si un aide-soignant remplaçant accepte la vacation	➤ Les AS titulaires qui auront terminé leurs toilettes en 1er rejoindront l'aide-soignant vacataire pour l'aider à réaliser 1 ou 2 toilettes
Infirmière référente	Lors de l'absence d'une Aide-soignante non remplacé	➤ L'aide-soignante en charge du « 3^{ème} étage et château » se détachera sur le secteur de l'AS manquante ➤ Puis une répartition équitable des soins et des couchés du secteur « 3^{ème} étage et château » sera faite entre le personnel soignant présent (AS, IDE, IDE Référente) ➤ Vérification des heures de présence de l'aide-soignante absente pour s'assurer que tous les cycles horaires sont présents : 07h00 – 19h00, 08h00 – 20h00 et 08h30 – 20h30. ➤ Les pauses des Aide soignantes seront prises comme suit : 2 AS de 12h50 à 14h10 et 2 AS de 14h10 à 15h30. ➤ Appel de l'aide-soignant de nuit pour lui demander s'il peut prendre son poste 1 heure avant pour aider au couché des résidents ➤ Réalisation d'un soin d'hygiène auprès des résidents selon la répartition décidée
Infirmière	Lors de l'absence d'une Aide-soignante	➤ Distribution des médicaments dans les étages et dans les pavillons haut et bas. ➤ Puis réalisation d'un soin d'hygiène auprès des résidents selon la répartition (noms du résident donné par l'IDE réf) ➤ Si le tour de soins du soir le permet, aide au repas et au couché des résidents
Aides-soignantes	Lors de l'absence d'une Aide-soignante	➤ Réalisation d'un soin d'hygiène supplémentaire par aide-soignante auprès des résidents selon la répartition (noms du résident donné par l'IDE réf) ➤ Réalisation de 2 couchés supplémentaires selon la répartition
Aide-soignant de nuit	Lors de l'absence d'une Aide-soignante	➤ Si la prise de poste a pu se faire 1h avant, aide au couché des résidents selon la répartition (noms des résidents donnés par l'IDE réf)
Infirmière référente, responsable hôtelière, Direction	En cas d'absence de l'AS de nuit et sans remplaçant vacataire	➤ Possibilité d'appeler une AS de jour pour assurer la continuité des soins la nuit sur la base du volontariat (ou de manière imposée pour éviter la rupture des soins) ➤ En dernier recours, appel à des auxiliaires de vie ayant déjà intervenu dans l'EHPAD
Infirmière référente	Lors de l'absence de 2 Aides-soignantes non remplacé	➤ Respect de la procédure ci-dessus. ➤ Réorganisation des couchés avec un avancement de certains couchés après le gouter des résidents ➤ Réalisation de 6 soins d'hygiène auprès des résidents selon la répartition décidée
Agent de service hôtelier	Lors de l'absence de 2 Aides-soignantes non remplacé	➤ Tous les agents de services hôteliers devront participer à l'aide au repas pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner. ➤ Elles devront également faire l'intégralité de la réfection des lits
Infirmière	Lors de l'absence de 2 Aides-	➤ Réalisation de 2 à 3 soins d'hygiène auprès des résidents selon la répartition (noms des résidents donnés par l'IDE réf)

	soignantes non remplacé	
Aides-soignantes	Lors de l'absence de 2 Aides-soignantes non remplacé	➤ Réalisation de 3 soins d'hygiène supplémentaires par aide-soignante auprès des résidents selon la répartition (noms des résidents donnés par l'IDE réf) ➤ Réalisation de plusieurs couchés supplémentaires selon la répartition
QUI	QUAND	QUOI
Infirmière référente, responsable hôtelière, Direction	Lors de l'absence de 2 Aides-soignantes non remplacé	➤ Aide au repas pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner dans les salles de restaurant et dans les étages.

En cas de nombreuses absences dues à une épidémie : Se reporter au plan de continuité des soins (PCA)

ANNEXE 2 : Convention de prise en charge des trajets en taxi

Convention organisant le remboursement de prestations exceptionnelles de transports et hôtelières pendant la crise liée à l'épidémie de COVID 19

Convention conclue entre

L'établissement **XXX**, ci-après dénommé « l'établissement »

Et

La Caisse¹⁶ **XXX**, ci-après dénommée « la caisse »

La présente convention a pour objet de définir les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des prestations exceptionnelles prévues pour accompagner les personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, publics et privés, dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

Article 1. Champ des prestations prises en charge

Les prestations couvertes par cette convention sont :

- Les prestations de transport en taxi pour les personnels des établissements sanitaires et des établissements médico-sociaux, publics et privés
- Les prestations hôtelières, à défaut des solutions de premier rang (recours à titre gracieux à des logements privés)

Article 2. Modalités de recours et de prise en charge par l'établissement

En fonction des nécessités de service et des publics prioritaires identifiés, l'établissement définit une procédure interne permettant de dispenser les professionnels concernés ¹⁷de l'avance de frais.

Article 3. Modalités de prise en charge par l'assurance maladie

Les prestations définies à l'article 1 font l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie.

Pour obtenir ce financement, l'établissement adresse avant le 15 du mois suivant à sa caisse un relevé mensuel de prestations, conforme au modèle établi en annexe, faisant office de facture synthétique, selon les circuits habituels de communication avec la caisse.

¹⁶ Caisse centralisatrice des paiements pour les établissements OQN et ex OQN, et caisse pivot pour les établissements ex DG et les établissements médico-sociaux

¹⁷ Personnels confrontés à des dépassements des amplitudes horaires quotidiennes ou hebdomadaires, affectés en cellule de crise, personnels mobilisés dans des établissements éloignés de leur domicile, personnels sans modalités de transport personnel ou en commun

L'établissement s'engage à s'assurer du service fait et à conserver les justificatifs de prise en charge.

Article 4. Modalités et rythme de remboursement par l'assurance maladie

A réception du relevé mensuel adressé par l'établissement, la caisse verse les montants dus :

Selon le type d'établissement

- le 15 du mois suivant la transmission de la facture récapitulative pour les établissements sanitaires ex-DG et les ESMS sous dotation
- le 5 du mois suivant la transmission de la facture récapitulative pour les établissements sanitaires OQN et ex OQN, et les ESMS en tarification prix de journée

Etablissements sanitaires publics et privés

Le remboursement est réalisé mensuellement sur la dotation de l'établissement (MIGAC, ou DAF le cas échéant).

Les montants remboursés seront transmis à l'issue de la période de crise à l'ARS pour intégration dans l'arrêté annuel de dotation (MIGAC, ou DAF le cas échéant).

Etablissements médico-sociaux

Le remboursement est réalisé par le biais d'une dotation spécifique exceptionnelle versée à chaque établissement ou groupement d'établissements, le cas échéant en sus des éléments de facturation à la journée pour les établissements médico-sociaux qui ne sont pas en CPOM.

Les montants remboursés seront transmis à l'issue de la période de crise à l'ARS pour information. .

Annexe

Tableau mensuel de relevé de prestations à adresser par l'établissement à sa caisse centralisatrice

N° de facture à conserver par l'ES	Date	Prestation taxi (en €)	Prestation hôtelières (en €)	Total (en €)
N°1	XX/XX/20			
...				
Total mensuel				

ANNEXE 3 : Information sur le financement des IDE libéraux intervenant en EHPAD

Mme La Directrice, M. Le Directeur,

La crise sanitaire engendrée par le coronavirus a conduit le gouvernement à prendre des mesures inédites pour contenir l'épidémie de Covid-19, qui impacte les établissements médico-sociaux. Dans ce cadre, la mesure suivante a été décidée par le ministère, la CNSA et la CNAM :

Financement des soins complémentaires pendant la période de confinement :

Dans toute la mesure où ils sont en capacité de les assurer, les ESMS sont incités à maintenir leurs interventions auprès des bénéficiaires qu'ils accompagnent habituellement et auxquels ils dispensent habituellement des soins.

Cependant, le contexte complexifie l'intervention des personnels soignants des ESMS, notamment du fait des déplacements engendrés par la fermeture des sites, ainsi que celle des professionnels de santé avec lesquels ils ont conventionné. Cela concerne les consultations médicales rendues nécessaires par l'épidémie de coronavirus, ou les actes de paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes,...) qui ne peuvent pas être interrompus sans perturber gravement l'accompagnement des bénéficiaires.

Aussi, lorsque des soins doivent être assurés à titre exceptionnel par des professionnels libéraux en sus du budget des ESMS pour personnes handicapées au titre des soins complémentaires, les soins correspondants peuvent être dispensés sans demande d'accord préalable (par dérogation à l'application des dispositions réglementaires des articles R. 314-122, R. 314-124 et R. 314-147 CASF) pour la période transitoire de confinement. Ils seront financés sur le risque individuel avec la carte vitale.

Cette mesure concerne tous les établissements ou services pour personnes handicapées, qu'ils soient en prix de journée ou en dotation globale ou forfait global.

S'agissant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les actes de soins infirmiers réalisés par des infirmiers libéraux habituellement couverts par le budget des établissements peuvent être facturés directement à l'assurance maladie et seront financés en sus du forfait de soins des EHPAD, compte tenu du caractère exceptionnel de leur intensité pendant la période d'urgence sanitaire.

Cette mesure est valable à partir du 12/03/2020 et au plus tard jusqu'à 3 mois après la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Veuillez recevoir, Mme La Directrice, M. Le Directeur, nos sincères salutations.

Cordialement

Marina ANDREETTI

Responsable du Service 631 - Gestion du Risque et des Etablissements

04.86.94.02.72

ANNEXE 4 : Procédure de mise en place systématique de dépistage en EHPAD

FICHE 6 – Procédure de mise en place dépistage systématique en EHPAD – organisation / fonctionnement

Cette procédure a été rédigée en application du MINSANTE du 7 avril 2020 « RENFORCEMENT DE LA STRATEGIE DE TEST A VISEE DIAGNOSTIQUE DANS LES EHPAD ».

ACTION 6-1 : Un résident ou un professionnel (salarié ou extérieur) présente des symptômes

1. L'EHPAD doit prendre contact sans délai avec le laboratoire avec lequel une convention a été signée. En cas de difficultés, le gestionnaire doit contacter sans délais la délégation départementale (BAL générique mentionnée page 2 du guide)
2. Le médecin coordonnateur ou à défaut tout médecin traitant intervenant dans la structure doit établir une prescription
3. Le résident ou le personnel est isolé et testé par un test RT-PCR sans délai

→ **Si le cas est négatif** : Pas de suite mais surveillance de la situation au sein de l'établissement → Le gestionnaire informe la délégation départementale territorialement compétente par mail (BAL générique mentionnée page 2 du guide)

→ **Si le cas est positif** : voir ci-dessous

ACTION 6-2 : Un résident ou un professionnel (salarié ou extérieur) est positif

MESURES A PRENDRE IMMEDIATEMENT

Le gestionnaire déclare immédiatement ce cas sur le portail des signalements : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

- Les mesures barrières sont renforcées (les résidents doivent être isolés dans leur chambre)
- Tous les résidents et les membres du personnel sont testés par un test RT-PCR sans délai. Les prescriptions sont réalisées soit par le médecin traitant soit par le médecin coordonnateur.

En cas de réalisation de scanner montrant des signes significatifs, le patient est considéré comme cas confirmé.

Précision importante :

Dans le cas de locaux mutualisés avec d'autres services ou dispositifs de prise en charge, tout le personnel devra donc être testé.

Le personnel extérieur concerné :

- * Les étudiants infirmiers présents dans la structure
- * Tout le personnel libéral intervenant dans la structure : si ce personnel n'est pas présent le jour où les tests groupés sont effectués, le gestionnaire doit entrer en contact avec la ou les personnes concernées. La personne devra être testée rapidement.
- * En cas de renforts dans la structure (CDD, intérim, infirmiers libéraux, nouveau personnel...) : tout le personnel devra faire l'objet d'un test systématique avant l'entrée dans la structure et pourra intégrer l'établissement dès que les résultats seront connus.

A défaut, le gestionnaire pourra prendre les mesures adéquates au cas par cas :

- prise de température à l'entrée de la structure, port systématique d'un masque, mise en place des mesures barrières,
- interdiction de rentrer au sein de la structure

Dans l'attente des résultats :

Les mesures-barrières précédemment mises en place seront vérifiées et renforcées si nécessaire, en fonction des capacités disponibles

Dès que les résultats sont connus :

Le gestionnaire indique les résultats sur le portail de signalement selon la procédure décrite en fiche 7 du présent guide : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

A partir de J ZERO et pendant les 14 jours suivant le dépistage effectué

1. Le gestionnaire :

- dresse une liste de l'ensemble des résidents et trace pour chacun d'entre eux :
 - les résultats de la prise de température deux fois par jour
 - l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...) ;
 - l'apparition de symptômes cliniques atypiques d'apparition brutale : troubles digestifs, état confusionnel, anorexie, chute inhabituelle, altération de l'état général d'évolution rapide
- demande à tout le personnel de surveiller sa température deux fois par jour, avant sa prise de poste, ainsi que l'apparition de symptômes.

2. Le gestionnaire prend sans délai les mesures suivantes :

- Le(s) professionnel(s) confirmé(s) doit/doivent faire l'objet d'une mesure d'éviction (Avis HCSP du 16 mars 2020).
- Tous les cas possibles détectés parmi le personnel et résidents seront considérés comme des cas confirmés ; ils sont confinés, surveillés et déclarés selon les mesures et procédures en vigueur.
- Le gestionnaire suit, déclare quotidiennement l'évolution clinique et la mortalité spécifique au Covid-19, dans les deux sous-groupes de la population testée (personnels et résidents).



3. L'ARS PACA encourage FORTEMENT le gestionnaire à contacter sans délai :

- l'équipe d'HAD du territoire
- l'Équipe Mobile de Gériatrie du territoire et éventuellement l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs
- l'équipe opérationnelle d'hygiène mobile ou du CH de proximité

Les coordonnées des différents intervenants sont disponibles FICHE 1 ACTION 1-1 du présent guide.

Pour rappel, selon la doctrine nationale⁹ :

Le principe est que la prise en charge des cas suspects et confirmés ne présentant pas de critères de gravité doit être assurée en priorité au sein des EHPAD afin de ne pas saturer les établissements de santé, en respectant les mesures d'hygiène et de protection rappelées plus bas.

Seuls les patients présentant des formes sévères et critiques sont pris en charge dans les établissements de santé habilités Covid-19 (1^{ère} et 2^{ème} ligne, voire 3^{ème} ligne). La décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin du SAMU centre 15. Par ailleurs, les régulateurs du SAMU doivent avoir un accès facilité aux éventuelles directives anticipées et aux notes écrites dans le dossier médical. Ainsi, un médecin d'astreinte réanimateur doit pouvoir être contacté H24 pour participer le cas échéant à la décision collégiale de non admission en réanimation¹⁰.

Le rôle des médecins coordonnateurs dans le suivi des malades confirmés doit être renforcé. Pour rappel, le médecin coordonnateur a un pouvoir de prescription générale dès lors qu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels, comme le déclenchement du stade épidémique. Le médecin coordonnateur peut donc assurer la prise en soin des patients non graves à l'EHPAD, l'orientation des cas sévères et critiques vers le système de soins via le SAMU-centre 15 et assurer un retour en EHPAD des patients ne présentant plus de risque pour leur entourage en faisant le lien avec le milieu hospitalier et en particulier en recourant à l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi qu'avec le médecin traitant.

En cas d'absence ou indisponibilité du médecin coordonnateur, ce suivi est assuré par le médecin traitant des résidents ou par tout personnel médical intervenant dans l'établissement de santé avec lequel la structure a conclu une coopération renforcée.

Dans les semaines qui viennent, des tests sérologiques pourraient être disponibles. Il convient pour l'heure d'en fiabiliser l'usage et d'en définir les conditions d'utilisation, qui seront définies par l'État. La présente procédure fera alors l'objet d'une actualisation.

⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/MG/pdf/Fiche_ehpad_etablissements.pdf

¹⁰ Recommandations de la SFAR « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 » et autres recommandations des sociétés savantes

ANNEXE 5 : Note sur l'efficacité du port du masque chirurgical

Le masque chirurgical protège efficacement les soignants contre COVID-19

Jean-Christophe LUCET, UHLIN, Hôpital Bichat, AP-HP, 75018 Paris;

Sandra FOURNIER, EOH, siège AP-HP, 75004 Paris

Gabriel BIRGAND, Cpias Pays de Loire, Nantes, 44000

Nathan PEIFFER-SMADJA, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, 75018 Paris

Solen KERNEIS, Equipe mobile d'infectiologie, Hôpital Cochin, AP-HP 75014 Paris, UHLIN Hôpital Bichat, AP-HP 75018 Paris

Xavier LESCURE, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat, AP-HP, 75018 Paris

Résumé

Au début de l'épidémie COVID-19, un discours simplificateur a véhiculé des notions inexacts autour de l'efficacité des masques dans la prévention du COVID-19. Cet article a pour objectif de décrire les données scientifiques actuellement disponibles venant appuyer les recommandations nationales et internationales, et d'expliquer pourquoi ces discours erronés mettent en danger patients et soignants.

Introduction

Deux principaux types de masques sont actuellement disponibles en France : des masques chirurgicaux (ou de soins, ou encore anti-projection) et des masques FFP2 ou encore N95 dans la dénomination anglo-saxonne. Les masques chirurgicaux ont la capacité de prévenir la projection des grosses gouttelettes sur les muqueuses buccale et nasale et sont utilisés dans le cadre des précautions dites « gouttelettes ». Les masques FFP2 assurent, grâce à leur adhésion au visage, le rôle supplémentaire d'empêcher l'inhalation des petites gouttelettes dans le cadre des précautions dites « aériennes ».

Dans cette note nous expliquons pourquoi le masque chirurgical est efficace pour empêcher la transmission de la majorité des agents viraux respiratoires, y compris les coronavirus et très probablement le SARS-CoV-2 et pourquoi le masque FFP2 ne lui est pas supérieur en dehors de situations particulières de manœuvres respiratoires invasives.

Rappel

Une personne qui parle, qui tousse, qui crache ou qui éternue émet des sécrétions respiratoires dans l'air, sous forme de gouttelettes de différentes tailles. Les plus grosses gouttelettes se déposent immédiatement après l'émission dans l'environnement immédiat de la personne infectée. Les plus petites gouttelettes se déshydratent très rapidement pour former des droplet nuclei qui vont rester en suspension dans l'air, sous forme d'un aérosol. En cas d'infection respiratoire, ces sécrétions peuvent contenir des microorganismes. Selon le microorganisme, la transmission est possible soit par contact entre les grosses gouttelettes et les muqueuses d'un individu soit par inhalation par un individu des droplet nuclei, particules de moins de 5 µm. Les précautions à prendre dépendront essentiellement du mode de transmission du microorganisme.

Précautions complémentaires Air : prévention de la transmission des microorganismes par voie aérienne, c'est à dire, par de fines particules < 5 (droplet nuclei). Ces particules sont véhiculées par des flux d'air sur de longues distances et peuvent être inhalées par l'hôte. Le lieu de contamination chez l'hôte (la porte d'entrée du microorganisme transmis) est l'alvéole pulmonaire.

Les masques FFP2 sont alors indiqués. L'efficacité de la protection des masques FFP2 repose sur l'efficacité du matériau filtrant et sur l'étanchéité au visage du masque. L'étanchéité est assurée par un contact étroit entre le bord du masque et le visage. Les masques FFP2 sont conçus pour filtrer les particules et minimiser les fuites d'air au niveau du visage. Le port d'un masque FFP2 entraîne une certaine gêne respiratoire qui peut engendrer une difficulté à tolérer le port du masque de façon prolongée.

Précautions complémentaires Gouttelettes : prévention de la transmission des microorganismes par les sécrétions oro-trachéo-bronchiques sous forme de gouttelettes (particules $> 5 \mu\text{m}$) qui sédimentent immédiatement après l'émission lors de la parole, la respiration, les éternuements ou la toux et se déposent sur les conjonctives, les muqueuses. Pour pouvoir s'implanter, le microorganisme doit être mis au contact des muqueuses ou des conjonctives de l'hôte :

- soit directement de muqueuse à muqueuse faciale (nasale, buccale, conjonctives)
- soit indirectement via les mains du sujet réceptif, contaminées au contact de sécrétions ORL du patient ou d'une surface (table, jouets, ...) puis portées au visage (bouche, nez ou yeux).

Les masques chirurgicaux recommandés dans les précautions complémentaires Gouttelettes ont deux objectifs

1. Protéger ceux qui les portent contre le risque de contact entre des gouttelettes $> 5 \mu\text{m}$ contenant des microorganismes et les muqueuses du nez et de la bouche
2. Porté par un patient atteint d'une infection respiratoire, prévenir la contamination de l'entourage en retenant les gouttelettes émises lors de la toux, des éternuements et de la parole

Objectifs

Au début de l'épidémie COVID-19, un discours simplificateur a véhiculé la notion inexacte que les masques FFP2 permettraient de filtrer uniquement l'air inhalé alors que les masques chirurgicaux ne permettraient de filtrer que l'air expiré par le porteur de masque. Les deux types de masques permettent de filtrer à la fois l'air inhalé et l'air expiré avec d'une part des performances de filtration et d'étanchéité différentes, d'autre part une tolérance au port prolongé différente.

Le masque FFP2 est principalement indiqué pour trois infections à transmission aérienne : la tuberculose, la rougeole et la varicelle. Pour toutes les autres infections respiratoires d'origine respiratoire haute ou basse, et notamment les autres infections virales dont la grippe, un masque chirurgical est recommandé.

La pandémie de COVID-19, causée par le virus SARS-CoV-2, découvert début 2020 a conduit à une production massive de publications scientifiques, d'abord venant de Chine et des pays limitrophes, et maintenant d'Europe et des États-Unis. Comme pour chaque nouvel agent infectieux, nous nous interrogeons sur la dose de virus nécessaire pour provoquer une infection, et son épidémiologie (réservoir, mode de transmission, hôte et site récepteur) qui déterminent les mesures de contrôle individuelles et collectives les plus adaptées.

Cet agent infectieux est responsable d'une pandémie et d'infections sévères avec une mortalité notable, entraînant des angoisses et des peurs qui peuvent conduire à des

attitudes irrationnelles. Celles-ci ne doivent pas empêcher un raisonnement scientifique et argumenté. Dans le cadre du COVID-19, comme d'ailleurs auparavant dans celui du SRAS en 2003, du MERS coronavirus en 2012-2013 ou des fièvres hémorragiques virales de type maladie d'Ebola en 2014, des interrogations scientifiques surgissent, de même que des rumeurs et des informations erronées, qui sont relayées et amplifiées par les médias et les réseaux sociaux. Ces rumeurs peuvent laisser penser que l'utilisation de masques chirurgicaux au lieu de masques FFP2 mettraient en danger les soignants.

Cela n'est pas conforme aux données scientifiques actuelles et aux recommandations nationales et internationales qui rappellent :

- Que les masques chirurgicaux sont efficaces et recommandés pour protéger les soignants et les patients du COVID-19 en dehors d'une liste limitée de gestes respiratoires invasifs susceptibles de mobiliser des quantités importantes de virus sous forme d'aérosols.
- Que les masques FFP2 servent à protéger les soignants lors de ces actes respiratoires invasifs.

Nous présentons ici les principaux éléments qui viennent appuyer ces recommandations et décrivons pourquoi les discours erronés sur l'utilisation des masques mettent en danger patients et soignants.

Les études expérimentales doivent être prises en compte sans être sur-interprétées

Les études basées sur la PCR

NB : la PCR identifie la présence d'ARN viral mais ne préjuge pas de la viabilité et donc de la capacité d'infecter du virus.

Dans une première étude (Santarpia JL, Rivera DN et al, MedRxiv avril 2020), l'ARN de SARS-CoV- 2 a été retrouvé sur 136 des 163 prélèvements de surface et d'air réalisés autour de 13 patients avec un COVID-19, placés dans des chambres à pression négative. Pour les surfaces, le taux de positivité variait de 65% à 100% selon le type de surface prélevée, toujours en faible concentration, sans description des conditions d'entretien des chambres. Pour l'air, les données présentées sur la présence de l'ARN étaient discordantes. Cependant, 63% des prélèvements d'air dans la chambre étaient décrits positifs, et 67% des prélèvements en dehors de la chambre. Aucun des prélèvements d'air positifs en PCR n'a été trouvé positif en culture virale.

La deuxième étude (1) a été menée en réanimation (57 prélèvements de surface et 40 d'air autour de 15 patients) et dans un service conventionnel (respectivement 9 et 16 prélèvements autour de 24 patients), les deux avec un traitement d'air semblant en dépression. Presque tous les prélèvements de surface (95 et 100%) étaient positifs ainsi que 14/40 (35%) des prélèvements d'air en réanimation et 2/16 (12%) en médecine. Les prélèvements étaient plus souvent positifs à proximité du patient. Les concentrations évaluées par la PCR (Ct, nombre de cycles) n'étaient pas rapportées, ni les conditions d'entretien de l'environnement.

Dans une troisième étude (2), 16/20 prélèvements d'environnement étaient positifs chez un patient avant nettoyage et tous les prélèvements étaient négatifs chez deux autres patients après entretien de la chambre. Les prélèvements de l'air dans la chambre et dans le couloir extérieur étaient négatifs malgré la contamination retrouvée sur les surfaces.

Pris ensemble, ces travaux montrent que l'environnement d'un patient COVID-19 est très souvent contaminé par l'ARN de SARS-CoV-2, et que des prélèvements d'air peuvent identifier l'ARN du virus à proximité des patients, mais aussi en dehors de leurs chambres. Cependant, ces études suggèrent qu'un entretien de l'environnement de la chambre de patients COVID-19 permet d'éliminer cet ARN. De plus, une étude montre que, malgré l'ARN viral retrouvé, aucun virus ne pousse en culture cellulaire, ce qui peut laisser penser que ces virus ne sont pas infectants.

Les études basées sur la culture virale

NB : la présence de virus en culture suggère sa viabilité et sa capacité à infecter.

Une étude a comparé la survie dans l'air et sur les surfaces du SARS-CoV-1 (responsable du SRAS en 2002-2003 et du SARS-CoV-2 (responsable du COVID-19) (3) en testant dix conditions expérimentales dans des environnements variés.

Pour évaluer la contamination aérienne, des aérosols de moins de 5 µm contenant chacun un des deux virus en forte concentration ont été générés dans un tambour de Goldberg, enceinte de 40 L avec une rotation continue permettant de garder les aérosols en suspension. L'aérosol ainsi produit restait contaminé pendant 3 heures avec une réduction d'environ 90% de la présence de virus viable dans l'air et sans différence entre SARS-CoV-1 et SARS-CoV-2.

Pour évaluer la contamination des surfaces, une concentration toujours élevée de chacun des deux virus a été placée sur différentes surfaces (acier, plastique, cuivre, ...). Si du virus vivant a parfois été retrouvé au 3^{ème} jour, une réduction toujours supérieure à 90% de la quantité de virus vivants a été obtenue en moins de 24 h, quelle que soit la surface testée.

L'autre étude (Ye G, Lin H, Chen L, et al, MedRxiv avril 2020) a trouvé sensiblement les mêmes résultats de survie sur les surfaces : environ 99% de réduction de la quantité virale à la 24^{ème} heure, à partir d'un inoculum élevé. Cependant, la réduction de quantité virale n'était que de 85% sur du plastique. Nous notons cependant trois points importants :

- La persistance sur la tenue, avec une réduction de plus de 99% à la 24^{ème} heure, mais aussi 2/3 de tests négatifs en culture virale dès la 3^{ème} heure.
- La persistance de virus cultivable en culture sur les masques, avec une persistance prolongée jusqu'à 7 jours
- L'efficacité des produits de désinfection habituels, comme les ammoniums quaternaires.

Ces deux travaux appellent plusieurs commentaires.

1. Il s'agit d'études expérimentales qui ne reproduisent pas les conditions réelles de

la transmission des coronavirus. Par exemple, les aérosols générés étaient des aérosols de moins de 5 µm alors que les particules générées par la toux ou le mouchage sont des grosses particules à dépôt rapide dans l'environnement pour la très grande majorité des cas.

2. Les conditions dans une chambre d'hospitalisation (environ 40 m³) sont bien différentes des conditions expérimentales rapportées ici (0.04 m³, soit un rapport de 1 à 1000). Un aérosol dans une chambre se dilue beaucoup plus vite que dans un espace confiné.
3. Les charges virales déposées sur les surfaces étaient élevées, probablement plus importantes que celles qu'on peut observer autour d'un patient infecté par COVID-19.

L'élément le plus important est que les deux coronavirus SARS-CoV-1 et SARS-CoV-2 ont la même persistance dans les aérosols et sur les surfaces. Si les données pour SARS-CoV-2 restent encore partielles, nous disposons de données solides pour le SARS-CoV-1 récoltées depuis l'épidémie de SRAS de 2003-2004.

L'expérience acquise avec les maladies virales telles que le SRAS et la grippe permet de fournir des données fiables et étayées.

Expérience acquise avec les autres coronavirus

Des travaux expérimentaux présentés plus haut (3), nous pouvons probablement déduire que les modes de transmission, et donc les mesures de protection pour SARS-CoV-1 sont également efficaces pour SARS-CoV-2.

Nous connaissons bien les modes de transmission du SARS-CoV-1 et pouvons donc appliquer des recommandations connues et acceptées, s'appuyant sur des travaux validés (4) qui ont été au centre du contrôle du SARS à Hong Kong en 2004, et maintenant du COVID-19.

Il est maintenant admis que la transmission de SARS-CoV-1 est très majoritairement assurée par des grosses gouttelettes. Des travaux chinois ont montré qu'un placement des lits des patients à plus d'1,50 m dans une salle commune était un facteur fortement associé à l'absence de transmission du virus (5). En revanche, les manœuvres invasives respiratoires génèrent des aérosols de petites particules nécessitant le port d'un masque FFP2, afin de protéger les professionnels de soins d'une transmission (6, 7).

En résumé, ces travaux semblent donc confirmer que les recommandations de prévention du SARS-CoV-2, élaborées sur les données acquises par les infections émergentes précédentes à coronavirus sont appropriées.

Expérience acquise avec la grippe et les autres virus

Pour la grippe, une revue de la littérature en 2003 ne retrouvait pas d'argument en faveur d'une transmission de la grippe par aérosols chez l'homme (8). Pourtant des travaux expérimentaux ont mis en évidence une transmission aérienne possible du virus grippal (9, 10) et la présence du génome viral présent dans les aérosols de petite

taille dans un service d'urgence (10, 11).

Pour les autres virus, une revue récente a été réalisée par une des équipes les plus expérimentée sur le sujet (12). Cette étude décrivait la présence fréquente de matériel nucléaire (ARN ou ADN) dans l'air autour des patients infectés (influenza, le VRS, adénovirus, rhinovirus, et les autres coronavirus), mais rarement la présence de virus viables.

Le choix des masques pour le contrôle de la transmission du virus grippal a fait l'objet de multiples études, revues et méta-analyses (13, 14). De façon constante, aucune étude n'a trouvé de supériorité, ni même de tendance, en faveur de l'utilisation d'un masque FFP2 par rapport au masque chirurgical, y compris la dernière en date menée dans une large population, et s'intéressant à l'ensemble des virus respiratoires (15).

Pour conclure, ces travaux suggèrent donc que la transmission des virus respiratoires survient bien par l'intermédiaire des grosses gouttelettes, et que la transmission aérienne est très secondaire, si tant est qu'elle existe, en dehors des manœuvres invasives respiratoires.

Évaluer le mode de transmission par la capacité de diffusion

Une autre approche pour faire la part des choses entre transmission aérienne et gouttelettes est de regarder les taux d'attaque et les taux de reproduction R_0 des infections virales qui sont connues pour avoir une transmission par voie aérienne. Pour le SARS-CoV-2, plusieurs publications montrent que le taux d'attaque dans une famille est de l'ordre de 10% (16) (Luo L, Liu D, Liao XL, MedRxiv, avril 2020). Si une transmission aérienne existait, ce taux d'attaque devrait être beaucoup plus élevé dans une population naïve. Le R_0 des infections à transmission aérienne, varicelle et rougeole et respectivement de 10-12 et de 15-18, avec un taux d'attaque supérieur à 85% dans une maisonnée, alors que le R_0 du COVID-19 est estimé aux environs de 3.5. Ce sont deux arguments indirects qui suggèrent que la transmission du SARS-CoV-2 est superposable à celle des autres virus respiratoires de type influenza.

Il est habituel et probablement réducteur de séparer les deux modes de transmission, la transmission aérienne avec des petites particules de moins de 5 microns, et la transmission par gouttelettes de plus de 10 microns. Il existe cependant des circonstances où les grosses gouttelettes peuvent parcourir plus des 1m50 habituellement retenus, et contaminer les surfaces plus à distance (17). Ces circonstances pourraient être facilitées par certains flux d'air (18) (Lu j, Gu J, Li K, Emerg Infect Dis, 2020, sous presse). Il est possible qu'un continuum existe entre la transmission aérienne et gouttelettes, cependant tout porte à penser à ce jour que le SARS-CoV-2 se transmet très majoritairement par les grosses gouttelettes.

Les études présentées plus haut suggèrent donc que des virus vivants peuvent être émis et peut-être circuler au-delà de la proximité immédiate du patient infecté, à plus d'1m50. Mais la dose infectante, notion supplémentaire nécessaire pour produire une infection, n'est pas connue. Les données obtenues dans les maisonnées où le taux d'attaque est faible malgré la promiscuité, montre que cette dose infectante doit être élevée et/ou la durée de contact prolongée.

Des recommandations nationales et internationales convergentes.

Les recommandations nationales (France, Grande Bretagne, Etats Unis, Hong Kong, Singapour) et internationales (OMS) sont convergentes dans les indications des masques. Il faut noter que le gouvernement de Hong Kong, qui a eu à gérer le SRAS en 2003 et parmi les premiers cas de COVID-19 recommande le masque chirurgical, pour la majorité des soins.

La seule recommandation discordante est celle de l'ECDC, éditée le 2 février 2020, qui recommande de placer les patients infectés par COVID-19 dans des chambres en pression négative et l'utilisation d'un masque FFP2/N95 pour l'ensemble des soins, y compris ceux à haut risque de générer des aérosols (listés précisément par les recommandations de l'OMS). Elle n'a pas été révisée depuis cette date.

Conclusions

Les fausses informations sur les différents types de masques, amplifiées dans un contexte de crise, et relayées par la presse grand public et les réseaux sociaux, viennent semer le trouble parmi les soignants. Cette confusion est source d'angoisse et de conséquences potentiellement néfastes pour leur exercice professionnel. Leur attention ne devrait pas être détournée des autres mesures de protection, et notamment de la désinfection régulière des mains par la friction hydro-alcoolique.

L'hygiène des mains, dont nous connaissons le respect médiocre en routine, est un prérequis indispensable à la bonne utilisation du masque. La manipulation du masque potentiellement contaminé sur sa face externe, sera génératrice de risque lorsque le professionnel portera ses mains au visage, avant ou après le retrait du masque. Une observation des personnes portant un masque (soignants ou non soignants) permet de constater ce risque de manuportage des microorganismes.

Le masque chirurgical a largement démontré son efficacité pour empêcher la transmission de la majorité des agents viraux respiratoire, y compris les coronavirus. Le masque FFP2 ne lui est pas supérieur en dehors de situations particulières de manœuvres respiratoires à haut risque de produire des aérosols.

Le port d'un masque FFP2 demande une formation, la vérification systématique de son bon positionnement, autrement il revient au port d'un masque chirurgical. Bien positionné, il est difficile à porter pendant plusieurs heures. Cet inconfort est à l'origine de contact des mains avec le masque, source potentielle de contamination des muqueuses du visage par l'intermédiaire des mains, comme évoqué précédemment.

Les recommandations actuelles sur le port des masques chirurgicaux ou FFP2 à l'hôpital et dans les autres structures de soins tiennent compte des données scientifiques pertinentes. Rien ne permet de dire aujourd'hui que ces recommandations mettent en danger les soignants ou les patients.

Références

1. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(7).

2. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *Jama*. 2020.
3. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. 2020.
4. de Wit E, Munster VJ, Seto WH. Airborne transmission and precautions: facts and myths. *The New England journal of medicine*. 2015;89(4):225-8.
5. Yu IT, Xie ZH, Tsoi KK, Chiu YL, Lok SW, Tang XP, et al. Why did outbreaks of severe acute respiratory syndrome occur in some hospital wards but not in others? *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2007;44(8):1017-25.
6. Seto WH. Airborne transmission and precautions: facts and myths. *The Journal of hospital infection*. 2015;89(4):225-8.
7. Seto WH, Tsang D, Yung RW, Ching TY, Ng TK, Ho M, et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet (London, England)*. 2003;361(9368):1519-20.
8. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. Transmission of influenza: implications for control in health care settings. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2003;37(8):1094-101.
9. Noti JD, Lindsley WG, Blachere FM, Cao G, Kashon ML, Thewlis RE, et al. Detection of infectious influenza virus in cough aerosols generated in a simulated patient examination room. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2012;54(11):1569-77.
10. Blachere FM, Lindsley WG, Pearce TA, Anderson SE, Fisher M, Khakoo R, et al. Measurement of airborne influenza virus in a hospital emergency department. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2009;48(4):438-40.
11. Lindsley WG, Blachere FM, Davis KA, Pearce TA, Fisher MA, Khakoo R, et al. Distribution of airborne influenza virus and respiratory syncytial virus in an urgent care medical clinic. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2010;50(5):693-8.
12. Shiu EYC, Leung NHL, Cowling BJ. Controversy around airborne versus droplet transmission of respiratory viruses: implication for infection prevention. *Current opinion in infectious diseases*. 2019;32(4):372-9.
13. Offeddu V, Yung CF, Low MSF, Tam CC. Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2017;65(11):1934-42.
14. Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *Bmj*. 2009;339:b3675.
15. Radonovich LJ, Jr., Simberloff MS, Bessesen MT, Brown AC, Cummings DAT, Gaydos CA, et al. N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2019;322(9):824-33.
16. Burke RM, Midgley CM, Dratch A, Fenstersheib M, Haupt T, Holshue M, et al. Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 - United States, January-February 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(9):245-6.
17. Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. *Jama*. 2020.
18. Yu IT, Li Y, Wong TW, Tam W, Chan AT, Lee JH, et al. Evidence of airborne transmission of the severe acute respiratory syndrome virus. *The New England journal of medicine*. 2004;350(17):1731-9.

Tableau récapitulatif sur les types de masques à utiliser

TYPE DE MASQUE SELON LE RISQUE INFECTIEUX ET LES CIRCONSTANCES			
Exemple d'indication	Porté par		
ACTES MEDICAUX	Soignants	Patients	Famille - Visiteurs
Soins ou petite chirurgie sans risque de projection de liquide biologique	Type 2*		
Chirurgie avec risque de projection de liquide biologique vers le soignant	Type 2R avec visière (ou avec lunettes de protection)****		
Invasifs susceptibles d'entraîner une projection de liquide biologique vers le soignant ou l'émission d'aérosols de particules véhiculant des agents infectieux (endoscopie bronchique, chirurgie...)	Type 2R avec visière (ou avec lunettes de protection)****		
PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES « RESPIRATOIRE »			
Type « gouttelettes » (ex: grippe, VRS, rhinovirus, rubéole, coqueluche, ...)	Type 2R**	Type 2*	Type 2R**
Type « Air » (ex : tuberculose, varicelle, rougeole, ...)	FFP2***	Type 2*	FFP2***
Patients suspects ou atteints de grippe aviaire ou porcine ou SRAS	FFP2***	Type 2*	FFP2***
DÉPLACEMENT DES PATIENTS EN DEHORS DE LEURS CHAMBRES			
Patients contagieux	FFP2***	Type 2*	
PATIENT IMMUNODEPRIME			
Patients immunodéprimés dans leur chambre	TYPE 2*		
Patients immunodéprimés en dehors de leur chambre		FFP2***	

TYPES DE MASQUES

*MASQUE CHIRURGICAL DE TYPE 2



**MASQUE CHIRURGICAL DE TYPE 2R
(Résistant aux projections)



***MASQUE RESPIRATOIRE DE
TYPE FFP2

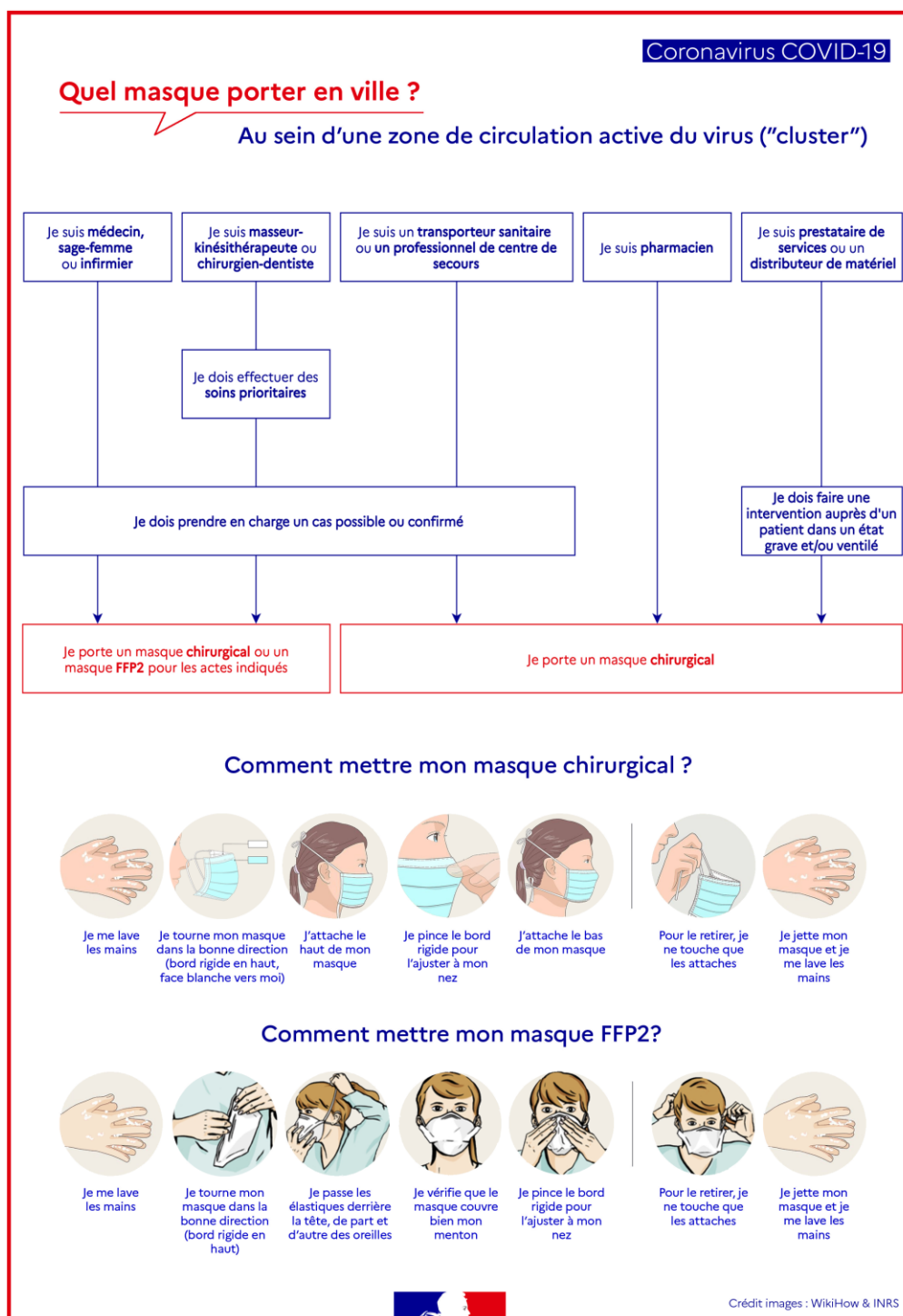


****MASQUE CHIRURGICAL
DE TYPE 2R - avec visière



Source : <http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/cesu13/Types%20de%20masque%20selon%20le%20risque%20infectieux.pdf>

Quel masque porter ? (Recommandations du Ministère de la Santé)



ANNEXE 6 : Protocole de désinfection des visières

Le port de masque médical (chirurgical, de soins) et/ou de lunettes ou masque à visière permet la protection du soignant lors de toute procédure de soins susceptible de créer des projections de liquides biologiques à moins de 2 mètres.

Le port d'une visière par le professionnel de santé permet d'assurer la protection du patient contre les microorganismes qu'il émet lorsqu'il présente des symptômes d'infection respiratoire. Merci de vous rendre dans la salle prévue pour la désinfection de la visière. Tout le matériel nécessaire sera mis à votre disposition.

Des normes d'hygiènes strictes doivent être appliquées pour la désinfection de la visière après chaque utilisation. Merci de respecter les étapes suivantes :

- Enlevez vos gants souillés et jeter les dans le carton DASRI prévu à cet effet
- Lavez-vous les mains de façon hygiénique (minimum 30 secondes)
- Mettez une paire de gants propres
- Prenez une lingette désinfectante
- Désinfectez la surface plane sur laquelle vous poserez votre visière quand elle sera nettoyée
- Jetez votre lingette dans le carton DASRI prévu à cet effet

- Prenez de nouveau une lingette désinfectante
- Otez votre visière
- Désinfectez la visière coté intérieur et extérieur à l'aide de la lingette
- Déposez la visière sur la surface propre que vous aurez désinfectée au préalable
- Jetez votre lingette dans le carton DASRI prévu à cet effet ainsi que vos gants.

- Désinfectez-vous les mains à l'aide d'une solution hydroalcoolique
Comment bien portez sa visière :



Attention : le port systématique de gants peu favoriser la transmission croisée.

Le port du gant donne une sensation de protection **mais diffuse les micro-organismes accumulés sur les surfaces qui vont être touchées.**

Il est donc impératif de se laver ou désinfecter les mains le plus souvent possible.

Rappel général : **UNE PAIRE DE GANTS = UNE ACTIVITE**

Changez vos gants entre chaque soin apporté à vos résidents.

ANNEXE 7 : Mise en place du pédiluve

Pédiluve

Passage obligatoire pour tous :
Trempage de vos chaussures
15 secondes dans le pédiluve
avec JAVEL, puis essuyage
des chaussures.



La dilution doit se faire en fonction de la notice des boîtes de pastilles de Javel utilisées
et du volume du bac de trempage.

ANNEXE 8 : Questions/réponses du COCLIN

Admission

Lors d'une nouvelle admission, quelles mesures mettre en place pour le résident admis ?

Sauf urgences, les nouvelles admissions sont reportées. Les modalités d'accueil de retour d'hospitalisation d'un résident sont définies : chambre individuelle pendant 14 jours, éducation aux gestes barrières et surveillance clinique rapprochée.

Les admissions de personnes asymptomatiques sont interdites dans les établissements dans lesquels existent des cas groupés de Covid-19.

Les admissions de personnes symptomatiques sont interdites dans les établissements qui n'ont pas encore de cas de Covid-19.

La mise en place de précautions complémentaires gouttelettes et contact spécifique Covid-19 ne s'effectue que chez un résident suspect Covid19 (01/04/20)

Clinique / Symptômes

Quels symptômes doivent m'alerter ?

Les symptômes qui doivent faire évoquer sans attendre une infection Covid-19 en EHPAD chez les personnes âgées :

- émission de plusieurs selles diarrhéiques inhabituelles ou des vomissements
- un changement brutal de l'état de santé par rapport à l'état habituel (avec confusion ou chutes par exemple)
- un fébricule avec variations de température d'un moment à l'autre avec oscillations entre hyper et hypothermie, nécessitant de prendre plusieurs fois la température dans la journée
- une instabilité hémodynamique
- une lymphopénie

indépendamment des signes plus typiques chez les autres patients : signes d'infection respiratoire (toux, dyspnée) fièvre, anosmie plus ou moins associé à une agueusie. (01/04/2020)

Courrier

Nous nous posons la question dans un EHPAD la gestion du courrier par les agents administratifs (récupération et ouverture) et de la remise de dessins d'enfants auprès des résidents. Pourriez-vous nous préciser les mesures à mettre en œuvre ?

Si une analogie est faite avec les autres coronavirus, comme c'est le cas dans cet article récent [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30046-3/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30046-3/fulltext), nous pouvons extrapoler en se disant que le SARS-CoV-2 peut rester de plusieurs heures à jours sur le papier.

Il est important de noter qu'il n'y a pas de transmission du virus à travers la peau et que le port gants est une fausse sécurité lors de la manipulation de papier car il ne permet pas une hygiène des mains adaptée.

Ce qui est important, c'est de ne pas toucher son visage et les portes d'entrée du virus (œil-nez-bouche) avec ses mains qui pourraient être porteuses du virus (virus dans l'environnement papier -> surface de la peau des mains-> œil-nez-bouche).

La mesure la plus efficace est l'hygiène des mains très régulière pour éliminer le virus de ces mains en particulier avant la manipulation de papier et après. (20/03/2020)

CRÉATION D'UN SAS

Pouvez-vous nous préciser le concept du SAS ?

Le document du ministère en date du 28 mars (https://www.preventioninfection.fr/?jet_download=8824) demande la création du SAS devant ou à l'entrée des EMS. Ce sas a pour objectif de réguler l'accès des professionnels à l'établissement, de permettre le suivi de leur état de santé et le passage obligatoire par le vestiaire pour effectuer un changement de tenue. (01/04/20)

Faut-il y installer un pédiluve dans le SAS ?

Dans le concept de sas, l'identification d'un pédiluve ne paraît pas pertinente au regard des connaissances sur le mode de diffusion du virus SARS CoV 2 (gouttelettes, contact par manuportage). (01/04/20)

Les vêtements civils doivent-ils être traités ?

Non, au regard des modalités de transmission du virus ((gouttelettes, contact par manuportage), Il n'est pas nécessaire de déposer les vêtements civils dans un sac fermé lors du déshabillage/habillage des professionnels lors de leur prise de service, ni d'imposer un traitement spécifique des vêtements civils de ces professionnels. (01/04/20)

Décès

Sur la prise en charge d'un résident défunt, vous indiquez le maintien des précautions « Air et Contact » au lieu de précautions « Gouttelettes et Contact » ? Pouvez-vous nous préciser quelles précautions adopter ?

Lors du webinaire du 17/03/20, nous sommes restés sur les recommandations du HCSP du 18/02/20. Depuis cet avis a été remplacé par celui du 23/03/20. Cet avis précise la prise en charge du corps d'un patient/résident décédé est à effectuer en précautions gouttelettes et contact. L'ensemble des détails de la prise en charge du corps y est également décrit. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=786>.

Vous pouvez également vous appuyer sur le document RéPias PRIMO : http://antibioresistance.fr/resources/covid19/CPIAS_COVID_EMS_PDL_DCD_VPRIM_O.pdf (01/04/2020)

Faut-il des housses mortuaires normées ?

Non, dans l'avis du HCSP du 23/03/20, (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=786>) il n'est pas précisé de norme juste la mention « housse mortuaire imperméable ». Une fois fermée (ou juste ouverte de 5 cm pour présenter le visage aux proches) elle devra être désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis à-vis des virus enveloppés. Le corps dans sa housse est déposé sur le brancard et la housse est recouverte d'un drap ; cette procédure permet de gérer le risque infectieux en toute sécurité. (01/04/20)

Entretien des locaux / des surfaces

Peut-on utiliser la vapeur ?

Oui, dès lors que le procédé utilisé a passé la virucidie selon la norme française NF T 72-110 (il faut demander un PV de norme ou « équivalent » au fournisseur). (19/03/2020)

Pourriez-vous nous préciser les locaux à entretenir dont il est question dans [le document du ministère à destination des directeurs d'EHPAD](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/employeurs_accueillant_des_personnes_agees_et_handicapees.pdf) (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/employeurs_accueillant_des_personnes_agees_et_handicapees.pdf) ? Pourquoi n'est-il pas préciser le port du masque par le professionnel si cela correspond à la chambre du résident et que le résident est dans sa chambre ?

Les locaux dont il est question sont :

- **La chambre du résident.**
 - Le protocole *Clostridium difficile* est adapté dans la situation Covid-19.
 - Le professionnel en charge de l'entretien en la présence du résident doit prendre en compte les précautions complémentaires gouttelettes et contact et porter un masque chirurgical, des lunettes de protection, une surblouse et des gants de ménage.
 - Le port du masque chirurgical par le résident est également recommandé.
- **Les locaux communs :**

- le protocole habituel (en privilégiant toujours le balayage humide) est adapté avec une augmentation de fréquence et une vigilance particulière aux points de contact et matériel partagé (claviers, tablettes, extérieur mobilier salle de soin, boutons ascenseur, mains courantes, fauteuils roulants, déambulateurs, interrupteurs...).
- Le port du masque chirurgical n'est pas recommandé.
- L'ensemble des locaux doit faire l'objet d'une aération très régulière.

Dans le document du ministère, il est mentionné la non nécessité de porter un appareil de protection respiratoire (FFP2) car il n'y a pas d'aérosolisation lors de l'entretien.
(27/03/2020)

Excreta

La présence du virus est présente dans les selles, et un peu dans les urines : Qu'en est-il des évacuations ?

La gestion des excreta doit se suivre le principe l'usage unique : utilisation de sacs protecteurs de bassin et de sacs protecteurs pour seau de chaises garde-robe. En cas d'utilisation des toilettes, il est nécessaire de rabattre l'abattant avant de tirer la chasse. L'emballage des changes se fait dans un sac pour élimination en DASRI. (19/03/2020)

Masques

Peut-on utiliser des masques en tissu ?

Les masques tissus ne sont pas recommandés pour un usage sanitaire.

- Pour un usage sanitaire sont recommandés
 - Les masques chirurgicaux EN 14643 dans le cadre des précautions gouttelettes (port par le soignant et le résident si possible).

A noter que la SF2H et la SF2S ont rédigé [un avis commun](#) le 21/03/20 sur les matériaux permettant la confection de masques de protection de type I dans cette situation de pénurie. Les conditions d'utilisation des masques de protection en non tissé SMS sont décrites dans l'avis et ne doivent en aucun cas se substituer pour les soignants aux masques répondant à la norme EN 14683. Une position nationale est en cours de réflexion sur ce type de masque.

- Les appareils de protection respiratoire de type FFP2 EN 149 (à défaut FFP1 répondant à la norme EN 149) sont recommandés lors de gestes invasifs et à risque d'aérosolisation sur les voies aériennes.
- Pour un usage non sanitaire, depuis le 29 mars 2020, 2 nouvelles catégories de masque ont été créés et leurs performances doivent être prouvées par les industriels

les fabricant (<https://www.entreprises.gouv.fr/covid-19/liste-des-tests-masques-de-protection>) :

- Catégorie 1 : les masques individuels à usage des professionnels en contact avec le public

L'usage de ces masques est destiné aux populations amenées à recevoir du public dans le cadre de leurs activités professionnelles (policiers, gendarmes, hôtesses de caisses, etc.). Ils filtrent au moins 90 % particules de trois microns.

- Catégorie 2 : les masques de protection à visée collective pour protéger l'ensemble d'un groupe

Ces masques sont destinés à l'usage d'individus ayant des contacts occasionnels avec d'autres personnes, dans le cadre professionnel. Ce masque pourra être porté par l'ensemble des individus d'un sous-groupe (entreprise, service...) ou en présence d'autres individus porteurs d'un masque d'une autre catégorie, lorsque le poste ou les conditions de travail le nécessitent. Ils filtrent au moins 70 % des particules de 3 microns. (01/04/20)

Pouvons-nous utiliser des masques FFP2 périmés ?

Les masques périmés peuvent être utilisés sous réserve de contrôle préalable ([Points de contrôle pour les FFP2](#)) et notamment que les liens élastiques ne soient pas secs et rompus. (19/03/2020)

Nous n'avons plus ou un stock insuffisant de masques...

L'approvisionnement en masque géré par l'ARS se fait à partir de l'établissement de santé pivot du GHT.

Devant certaines difficultés d'approvisionnement et le risque de pénurie, il est impératif de rationaliser l'emploi des masques en l'absence de cas suspect. Le port de masque chirurgical se fait dans le cadre des précautions gouttelettes lors de la prise en charge de patient présentant des signes d'infection respiratoire. (01/04/2020)

Les kinés doivent-ils porter un masque chirurgical ou un FFP2 lors des séances de kiné respiratoire ?

Les kinésithérapeutes lors de la prise en charge de patient suspect ou confirmés Covid19 doivent porter un masque chirurgical. S'ils réalisent des soins aérosolisants, ils doivent porter un masque FFP2. (19/03/2020)

Organisation des soins

Peut-on appliquer notre « protocole IRA » lorsqu'un résident a des signes évocateurs de Covid ? Ce sera suffisant ?

Oui, c'est une très bonne base. Face à toute pathologie respiratoire, la mise en place des précautions complémentaires gouttelettes s'impose, le résident reste en chambre, les professionnels portent un masque chirurgical pour le prendre en charge. Le port de lunettes de protection est également conseillé pour le soignant ainsi que le port du masque (si possible) par le résident lors du soin effectué.

Au niveau de la collectivité dès le premier cas, la gestion se fera comme lors d'épidémie d'IRA : annulation activités encore maintenues, repas en chambre. L'alerte à l'ARS doit se faire dès le premier cas possible ou confirmé via le portail des signalements : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil (01/04/2020)

Pour l'instant dans l'établissement, aucun cas : je suis partagé entre maintenir des activités donc organiser potentiellement des lieux de transmission ou restreindre la circulation des personnes, quid du temps de repas pris en salle de restaurant ?

Depuis le 28 mars, le ministère recommande très fortement aux directrices et directeurs d'établissement, en lien avec le personnel soignant, de renforcer les mesures de protection même en l'absence de cas suspect ou confirmé au sein de l'établissement (limitation des déplacements des résidents au sein de l'établissement, allant de l'interdiction des activités collectives et des prises de repas collectives à une limitation de l'accès aux espaces communs y compris les ascenseurs, jusqu'à un confinement individuel en chambre (https://www.preventioninfection.fr/?jet_download=8824). Ce renforcement se fait sur l'analyse de chaque établissement de l'état de santé des personnes hébergées et du risque encouru. (01/04/2020)

Faut-il mettre en place un secteur Covid-19 dédié ?

La possibilité de mettre en place un secteur Covid-19 en EHPAD est important à réfléchir dès maintenant. Il permettra dès le premier cas de limiter la propagation de l'épidémie. Dans l'impossibilité de créer un secteur, un confinement strict en chambre ainsi qu'une équipe soignante dédiée équipée d'EPI sont à privilégier pour les cas suspects ou confirmés. Il faut l'organiser dès à présent pour être opérationnel dès les premiers cas. (27/03/2020)

En cas de retour d'hospitalisation d'un résident, a priori pas caractérisé Covid-19, le personnel doit-il porter un masque pour les soins courants ?

La possibilité de mettre en place un secteur Covid-19 en EHPAD est important à réfléchir. Il permettra dès le premier cas de limiter la propagation de l'épidémie. Dans l'impossibilité de créer un secteur, un confinement strict en chambre ainsi qu'une équipe

soignante dédiée équipée d'EPI sont à privilégier pour les cas suspects ou confirmés. Il faut l'organiser dès à présent pour être opérationnel dès les premiers cas. (01/04/2020)

PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUE

Qu'en est-il de la pénurie de PHA ?

L'approvisionnement en PHA par les fournisseurs habituels reste tendu. Il faut essayer de se tourner vers les pharmacies d'officine, les PUI d'établissement de santé et les entreprises de cosmétologie. Les appels au don sur différents médias locaux ou réseaux sociaux peuvent également réserver de bonnes surprises.

Vous pouvez si vous en avez, envisager le lavage antiseptique avec un savon antiseptique type Bétadine scrub® ou Hibiscrub® pendant une minute peut être une mesure alternative. L'alcool à 70° est efficace.

Dans tous les cas, le lavage des mains au savon doux reste une mesure de prévention efficace car elle permet d'éliminer les souillures.

Une rationalisation de votre stock en le priorisant pour les situations de soins est à privilégier en attendant le réapprovisionnement. (27/03/2020)

ANNEXE 9 : Mise en place des kits d'isolement

Conduites à tenir en cas de résidents suspects et/ou positifs au Covid-19

Conduites à tenir en cas d'apparition de symptômes (cas suspect)

→ Mise en place immédiate des mesures d'isolement et de protection

- ☐ isolement immédiat (cf procédure d'isolement)
- ☐ mise en place des équipements de protection individuels à l'entrée de la chambre
 - kit de protection
 - masque
 - gants
 - SHA
 - Sac hydrosoluble
 - Sacs DASRI
- ☐ Information immédiate de la direction et de Mr et Mme DANINOS
- ☐ information immédiate du médecin traitant et du médecin coordinateur ou appel au 15 si le résident présente des signes graves
- ☐ mise en place des affichages sur la porte
- ☐ remplissage des registres de traçabilité et des fichiers mis en place par l'établissement
- ☐ **En cas de résidents positifs au Covid-19 se référer à la procédure d'hospitalisation**

→ Renforcement des mesures d'hygiène

- ☐ renforcement des gestes barrières pour le personnel et le résident si possible
- ☐ renforcement des mesures d'hygiène et de désinfection des points de contact

→ Bio nettoyage de la chambre et des locaux fréquentés un cas suspect ou avéré

- ☐ s'équiper d'un kit de protection
- ☐ nettoyer les sols et surfaces avec un bandeau de lavage à usage unique imprégné d'un produit détergent
- ☐ rincer à l'eau avec un autre bandeau de lavage à usage unique
- ☐ laisser sécher
- ☐ désinfecter les sols et surfaces à l'eau de javel diluée avec un bandeau de lavage à usage unique différent des deux précédents
- ☐ aérer régulièrement la chambre
- ☐ les déchets produits par le résident potentiellement contaminé sont à éliminer dans la filière DASRI

Procédure d'isolement en cas de résident suspect et/ou positifs au Covid-19

A l'attention des IDE et des AS.

En cas d'apparition des symptômes suivant :

- ☐ Infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...),
- ☐ Troubles digestifs,
- ☐ État confusionnel,
- ☐ Anorexie,
- ☐ Chute inhabituelle,
- ☐ Engelure aux doigts et aux pieds
- ☐ Altération de l'état général d'évolution rapide.

- ➔ **L'AS prévient immédiatement l'infirmière et la direction**
- ➔ **L'AS complète la fiche de surveillance des symptômes cliniques atypiques**
- ➔ **L'IDE et les AS organisent le confinement du résident**

Mesures d'isolement à mettre en place par l'IDE et les AS :

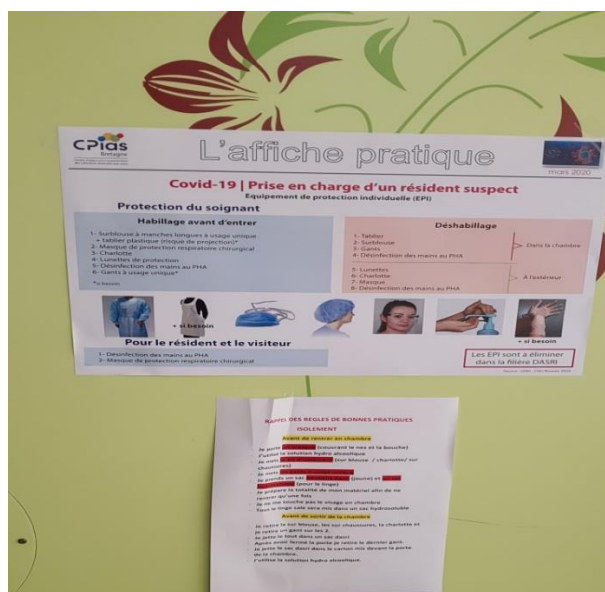
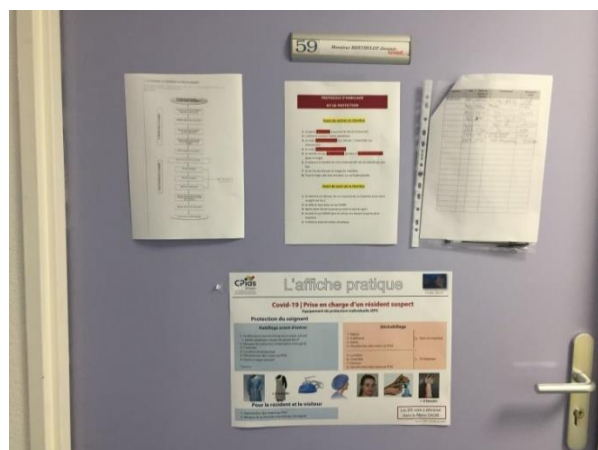
- Affichage procédure habillage /deshabillage (porte intérieur/extérieur)
- Affichage fiche de surveillance du résident isolé
- Tablette devant la porte
- Carton DASRI
- 1 pompe de SHA
- 1 boîte de gant
- 6 kits de protection
- 6 sacs DASRI
- 1 sac hydrosoluble

- ➔ **Il est important de respecter les protocoles d'habillage/deshabillage.** Des vidéos sont diffusées sur l'établissement et vous sont transmises par email.

Si le responsable technique est présent c'est lui qui aura la charge de mettre en place le matériel et d'assurer chaque jour le réapprovisionnement.

Merci de vous assurer que le matériel est toujours à disposition.

- ➔ **Si les résidents sont négatifs, les sur-blouses pourront être remplacées par des tabliers à usage unique**
- ➔ Une fois remplis les cartons DASRI doivent être fermés et rangés au local prévu à cet effet dans chaque unité.



ANNEXE 10 : Retour d'expérience d'un confinement général en EHPAD



Résidence Bois Lancy


Résidence Bois Lancy

Saint Maurice aux Riches Hommes (89)

PRESENTATION DOSSIER DE CONFINEMENT

ANNEXE : suivi du STOCK DM – COVID 19

Avril 2020



Résidence Bois Lancy

Présentation Résidence Bois Lancy

La résidence Bois Lancy, est un établissement associatif administré par l'Association Riches Hommes Entraide (ARHE). Il se situe à Saint Maurice au Riches Hommes (20 minutes de Sens) dans le département de l'Yonne.

ALGA a pris la présidence de cette association en juin 2019, et les 12 membres du Conseil d'Administration émanent des équipes Bridge et de ses proches partenaires.

Septembre 2019, suite à une AGE, les statuts de l'ARHE ont été modifiés afin de faciliter et sécuriser les décisions prises par l'AGO.

La résidence Bois Lancy est un établissements de 74 lits installés et 72 financés, tous habilités à l'aide sociale.

Au 06 avril 2019, 70 lits sont occupés par des résidents, deux chambres ont été transformées en dortoir pour les personnels confinés.

Cet établissement est dirigé depuis janvier 2020 par Mme VAST Sonia, directrice expérimentée et efficace.

Elle est assistée par une IDEC, Laetitia BOMBERGER, qui a pris ses fonctions également en janvier 2020. Professionnelle expérimentée, elle forme un binôme efficace et opérationnel avec la Directrice

Ce binôme est complété depuis début mars par l'embauche à 0,20 ETP du Dr GARBAN, Medecin coordonnateur présent efficacement sur le site et impliqué sur l'organisation du confinement.



Résidence Bois Lancy

Décision du confinement

Les salariés soignant de la résidence et la Direction ont réussi jusqu'à la fin mars à éviter toute contamination d'un résident et des personnels. Des tests ont été réalisés, parfois doublés concernant des résidents, afin d'attester d'une situation favorable.

Conscients des conséquences qu'auraient une contamination à Coronavirus au sein de la résidence et sachant que le vecteur de contamination ne pouvait être que les personnels, la majorité des personnels ont été volontaires pour se confiner avec les résidents afin de les protéger et leur permettre une vie plus agréable au sein du secteur confiné.

Après accord de Charles Memoune et de Jean-François Hilaire, le confinement a débuté le 31 mars 2020 pour des périodes de 15 jours renouvelables.

Ce sont donc deux équipes qui alternent tous les 15 jours en confinement total. Afin de s'assurer que l'équipe montante n'est pas contaminée, elle sera confinée préalablement 48 heures afin que les personnels soient testés négatifs.

L'évaluation quotidienne qui est faite par Mme VAST, laisse à prouver que l'organisation est opérationnelle, efficace. Le confinement a un effet favorable sur les équipes qui se soudent dans un véritable esprit solidaire et engagé au service des résidents.

Les nombreux contacts avec les familles laissent à prouver leur reconnaissance sur l'engagement des salariés en faveur de leurs proches.



Résidence Bois Lancy

ARGUMENTAIRE - OPTIMISATION DU TEMPS DE TRAVAIL - SPECIAL COVID 19

Contexte	
La crise sanitaire mondiale que nous traversons depuis quelques semaines nous conduit à revoir nos modèles d'organisation du travail afin de préserver la santé de nos usagers. Cette optimisation du temps de travail des professionnels de l'EHPAD a pour objectif principal de réduire le risque épidémie du COVID 19 au sein de l'EHPAD situé à Saint Maurice Aux Riches Hommes. Ce virus pouvant entraîner la mort des plus fragiles, la Direction et les professionnels de Résidence Bois Lancy ont fait le choix de revoir leur modèle d'organisation du travail qui se caractérise par la mise en place un confinement pour les fonctions aide soignant et infirmière sur la base du volontariat des professionnels (CDI et CDD).	
Date de mise en application	
31 mars 2020 après validation du président de l'ARHE	
Durée de cette application	
Temps de la crise sanitaire - niveau 3	
Réorganisation du temps de travail par fonction	
Cadre en confinement	Cycle 1 assuré par la Directrice en confinement / Cycle 2 assuré par l'IDEC en confinement
IDE + AS confinées	Travaillent en 12h / temps de repos de nuit sup à 11h / max 3 jours de travail consécutifs / max 60 heures de travail par semaine (cf mesures exceptionnelles du gouvernement) / Moyenne de travail sur 4 semaines : 33 heures hebdomadaires. 14 jours de présence sur l'établissement dont 11 jours de travail effectif et 4 jours de repos hebdomadaires puis 14 jours de repos compensateur au domicile. Repas à la charge de l'employeur.
AS en UVP hors confinement.	Travaillent en 12h sur 13 h d'amplitude / temps de repos la nuit de 11h / max 3 jours de travail consécutifs / max 60 heures de travail par semaine (cf mesures exceptionnelles du gouvernement) / Moyenne de travail sur 4 semaines : 33 heures hebdomadaires. 14 jours de présence sur l'établissement dont 11 jours de travail effectif et 4 jours de repos hebdomadaire puis 14 jours de repos compensateur au domicile. Repas à la charge des salariés. Tenue professionnelle exigée : douche obligatoire (sur le temps de travail) à la bétadine avant la prise du poste puis masque / charlotte / gants.
ASH - hors confinement	Travaillent en 7 h sur 3 jours : 33 heures hebdomadaires. Horaires de travail de travail adaptés (les résidents seront en salle à manger lorsque le bionettoyage sera réalisé par deux ASH par étage / absence de croisement avec les usagers en chambre) - Repas à la charge des salariés. Tenue professionnelle exigée : douche obligatoire (sur le temps de travail) à la bétadine avant la prise du poste puis masque / charlotte / gants
Nuit	Pas de modifications par le confinement demanderait un surcroît en ETP de personnel.
Points positifs	Points de vigilance
PASA fermé : déploiement des 2 ASG dans les soins / salles réservées au confinement des résidents en cas d'hospitalisation ou cas évéré de COVID 19 ETP : respect des ETP autorisés par les ATC / pas d'heures supplémentaires / respect des équilibres économiques / respect du code du travail. Résidents / familles : satisfaction car risque réduit d'épidémie du virus car les personnels confinés n'ont pas de contact physique avec l'extérieur Image EHPAD - BRIDGE : reconnaissance de la mobilisation des professionnels en cette période de crise sanitaire Réseau partenarial : négociation en cours avec le ROTARY de l'Aube pour obtenir 3 lits pour les professionnels en cette période de confinement.	TQ : 4 places vacantes transformées en 2 chambres pour les professionnels Professionnels : soutien psychologique mis en place par la CPAM accessible 24h/24h - épuisement professionnel en fin de cycle



Résidence Bois Lancy

Le confinement : Les salariés sont volontaires

Les salariés confinés sont tous volontaires et ont signé un acte de confinement volontaire qui les éclaire sur leurs engagements,

Saint Maurice aux Riches Hommes le 28 mars 2020,

Acte de confinement volontaire

Nous, salariés de la résidence du Bois Lancy, 6 ruelle de la ~~pierratte~~, 99190 Saint Maurice aux Riches Hommes, avons décidé après échanges et sur la base du seul volontariat de nous isoler avec nos résidents. L'objectif étant les protéger de l'épidémie fulgurante de Covid 19 qui sévit actuellement en France et dont les personnes âgées sont particulièrement exposées à un risque vital.

Devant cette situation sanitaire exceptionnelle, assurément dramatique pour nos résidents âgés et extrêmement exposés au virus, avons pris, librement et après consentement éclairé, pour une période initiale de 15 jours, éventuellement renouvelable, cette décision afin de :

Eviter tout contact avec l'extérieur,

- faire une barrière sanitaire physique au virus

Rester au chevet de nos résidents de jour comme de nuit en organisant des périodes de travail et des périodes de repos.

Prodiguer les soins habituels tant sur le plan médical, paramédical que de soutien psychologique.

- Assurer la communication avec l'extérieur tant avec les familles, les autorités médicales et administratives que la direction du réseau Bridge.

Cette décision collégiale et collective est dictée par notre conscience personnelle, professionnelle et de notre entier dévouement pour nos résidents. Il est bien entendu que chaque salarié qui s'est déclaré volontaire pour ce confinement, pourra, à tout moment quitter l'établissement pour quel que motif que ce soit.

Nous connaissons et assumons les conséquences juridiques, notamment en termes de droit du travail que pourraient engendrer cette situation et dégageons notre employeur de toute conséquence juridique induite par cet acte volontaire.



Résidence Bois Lancy

Le confinement : Les salariés sont volontaires

L'organisation du travail en zone confinée et précise, chaque salarié s'est vu attribué des tâches à réaliser. Mesdames Vast et Bomberger (IDEC) assurent par périodes de 15 jours une présence de direction en confinement

À réaliser prioritairement les 15 jours : Lire les transmissions écrites sur TITAN ; application du référentiel Doss ; prévention ECCT + ZAPETTE Répondre aux appels isolés							
	L	M	M	J	V	S	D
vérifier l'état de fonctionnement du DECT	X	X	X	X	X	X	X
effectuer les soins de nursing au RDC en collaboration avec EC2	X	X	X	X	X	X	X
transmissions orales avec l'équipe soignante (10h30) en salle de réunions	X	X	X	X	X	X	X
déposer les sacs de linge sale dans l'ascenseur "COMU" et informer le Ingénieur par téléphone pour qu'il vienne les récupérer (en même temps que le linge)	X	X	X	X	X	-	-
installer les résidents pour le déjeuner (12h00)	X	X	X	X	X	X	X
servir les repas (déjeuner et dîner) pour les résidents en confinement (pharmacie + P.A.S.A.)	X	X	X	X	X	X	X
soigner + aide aux soins + vérification des toilettes au sol	X	X	X	X	X	X	X
retour des chariots de l'UVP + les plateaux repas en cuisine (avant 13h30 et 19h15)	X	X	X	X	X	X	X
avertir EC2 avant le départ en pause pour assurer la continuité de soins	X	X	X	X	X	X	X
toute la journée, assurer la ritualisation des résidents et les soins de nursing	X	X	X	X	X	X	X
assurer l'hydratation des résidents	X	X	X	X	X	X	X
accompagner les résidents en salle à manger pour le dîner	X	X	X	X	X	X	X
organiser des activités "soin" au salon de culture (manucure, shampoinage, massage...)	X	X	X	X	X	X	X
veiller à ce que les résidents ne créent pas les allergies "hors confinement"	X	X	X	X	X	X	X
préparer la table pour le dîner + installation des résidents	X	X	X	X	X	X	X
approvisionnement des chariots + évacuation des déchets dans les locaux adaptés	X	X	X	X	X	X	X
transmissions écrites sur Titan	X	X	X	X	X	X	X
restoration du DECT + ZAPETTE	X	X	X	X	X	X	X
Révisé par : Mme BOMBERGER - IDEC	Date		Signature				
Approuvé par : Mme VAST - IDEC							
Approuvé par : Equipe de soins							

Le confinement : un planning adapté au confinement

Même confinés, les personnels disposent de droit à repos. Un planning détaillé a été réalisé pour un suivi efficace des temps de travail et de repos.

Le confinement n'a pas de conséquence économique péjorative sur les dépenses de personnel.

[illegible]



Une communication active de la direction vers les familles des résidents

Résidence Bois Lancy

Directeur / ligne directe : 03.86.88.97.28
direction@residenceboislancy.com

Saint Maurice aux Riches Hommes, le 04 avril 2020

Objet : Confinement des salariés à l'EHPAD

Madame, Monsieur,

En date du 20 mars dernier, je vous présentais les supports de communication possibles avec vos proches afin de maintenir les liens familiaux en cette période de confinement sanitaire. Depuis, un grand nombre d'entre vous n'ont pas hésité à utiliser WHATSAPP, SKYPE, MESSENGER que nous avons mis en place. Nous nous en réjouissons et espérons satisfaire toutes les demandes.

Nous sommes nombreux à suivre de près l'évolution de l'épidémie du CORONAVIRUS dans notre région. Malheureusement, le nombre de personnes atteintes par ce virus ne fait qu'augmenter jour après jour.

A ce jour, l'EHPAD Résidence BOIS LANCY n'enregistre aucun cas de COVID 19 positif tant des personnes âgées que des professionnels de santé. Nous en sommes très satisfaits mais notre combat face à ce virus invisible n'est pas terminé.

Face à l'importance du sujet, avec les professionnels de la Résidence BOIS LANCY, nous nous sommes mobilisés et avons mis en place une nouvelle organisation du travail intégrant la maîtrise des soins, en confinement total au sein de l'établissement depuis le 31 mars 2020. Nous avons réorganisé les espaces collectifs afin de faire dormir sur place près de 10 professionnels chaque jour et sur une durée d'un mois renouvelable. Cette organisation permet d'éviter le confinement individuel des résidents en chambre, de favoriser la libre circulation des personnes âgées au sein de la structure et de réduire le risque de propagation du virus par la limitation des sorties extérieures des professionnels.

Je tenais à vous faire part de cette mobilisation exemplaire de l'ensemble des équipes. Je salue leur courage, leur dévouement et leur professionnalisme face à cette crise sanitaire sans précédent. Les professionnels n'ont pas hésité à se priver temporairement de leurs familles et confort personnel en faveur des personnes âgées accueillies.

C'est tout simplement remarquable.

Nous restons mobilisés plus que jamais auprès de vos proches en cette période de crise et à votre entière disposition.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Sonia VAST
Directrice



Association
Riches
Hommes
Enrichie

Association loi 1901 déclarée au Sous-préfecture de Saint Maurice le 17/10/1991
6 rue de la Pierrette - 93199 Saint Maurice aux Riches Hommes
Tél : 03 86 83 94 94 - Fax : 03 86 88 92 02
Siret 303 818 106 00016 - Code APE 8730A - Accueil de Personnes Agées



Résidence Bois Lancy

Des messages de soutiens des familles envers les équipes

Merci de cette information.

Je renouvelle bien évidemment mon soutien et mes remerciements à l'ensemble du personnel.

Bon courage à tous et toutes.

Annie Garnier

06 89 53 11 78

a.garnier163@orange.fr <mailto:a.garnier163@orange.fr>

Madame la Directrice,

Je vous remercie de votre mail et des dispositions qui ont été prises pour préserver du mieux possible vos résidents face à cette pandémie.

Face à l'hécatombe constatée dans plusieurs équipements, je me réjouis de constater que vous en soyez préservé.

Chapeau bas pour tous les personnels qui ont pris la mesure de cette catastrophe sanitaire et s'investissent de manière autant remarquable qu'exceptionnelle .

Croisons les doigts pour que votre établissement continue à être épargné.

Avec tout mon soutien.

Bien cordialement.

Ph Colson

Référent Mme Huot Marie Rose

Bonjour à tous

Merci pour votre dévouement

Bon courage dans cette période difficile

Cordialement

Jean-Luc Pierrelee

A tous et toutes personnels

Vous êtes admirables de par la décision que vous avez prise Quel dévouement, quel professionnalisme , quel courage Je suis admirative et vous adresse toute ma reconnaissance pour ce que vous faites pour ma mère et tous les résidents Je salue sincèrement tous les personnels et vous adresse toute la reconnaissance de ma famille Bravo et à très bientôt Valérie Drouot Fille de madame Fourrey

Madame

Je vous félicite pour cette organisation au chevet de nos personnes âgées également à tous ce personnels si dévoués.

Un grand merci

Danielle Auguet



ANNEXE

Suivi des stocks

COVID 19

Avril 2020



Un suivi précis et opérationnel des stocks DM – COVID 19

Dès le début de la crise sanitaire COVID 19 un suivi par établissement et en consolidation a été mis en place au niveau du siège Bridge.

Ce suivi permet de réguler les stocks selon les besoins des établissements par des transferts ciblés de DM.

Nous ne sommes pas en tension sur les masques, de par les dotations hebdomadaires à destination des EHPAD (5 masques chirurgicaux par semaine et par résident). Les stocks de masques chirurgicaux sont contrôlés et on ne constate pas d'utilisation anormale de masques chirurgicaux qui altérerait nos stocks. Nous disposons également d'un stock de 2500 masques FFP2, pour l'instant non utilisé.

Par contre nous sommes en tension sur le stock de blouse à usage unique. Nous avons passé une commande de 5000 unités chez PARADEIS qui devrait être livré vers le 16 avril.

Bridge : Evolution du suivi des stocks COVID - 19

CONSOLIDATION BRIDGE 123												
	Nombre d'unité		Nombre d'unité		Nombre d'unité		Nombre d'unité		Nombre d'unité		Nombre d'unité	
DATE	lundi/16/03		jeudi/19/03		lundi/23/03		jeudi/26/03		lundi/30/03		jeudi/02/04	
Désignation du dispositif	En stock	En cours de livraison	En stock	En cours de livraison	En stock	En cours de livraison	En stock	En cours de livraison	En stock	En cours de livraison	En stock	En cours de livraison
Charlotte	7380	700	11540	700	11620	0	11540	0	8680	0	11420	8335
Gants UU poudrés	6120	9510	3300	10	2500	10	2400	10	2400	10	2400	10
Gants UU non poudrés	83353	85360	152905	87050	190603	7060	217097	7000	230081	5000	200237	25000
Masques chirurgicaux	7954	6800	8306	7400	8560	6825	12590	10025	12559	11500	15727	6350
Masques FFP2	487	25	867	25	917	175	1244	175	1940	1155	2503	1195
Solution hydro alcooliques HSA <= 100 cl	565	612	477	610	434	610	407	610	363	460	386	459
Solution hydro alcooliques 100 cl < HSA < 500 cl	130	424	108	414	97	402	314	396	406	192	201	298
Solution hydro alcooliques HSA <= 500 cl	176	232	241	257	293	213	283	152	188	80	933	215
Sur blouses manches longues UU	3760	3400	5136	700	4960	300	5087	1300	4378	8300	10783	9235
Tabliers UU	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur-chaussure	3340	700	3960	700	4430	200	4790	200	4550	200	3770	8145
Paire de lunettes de protection	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Savon pour les mains	115	38	182	64	189	30	142	30	153	30	129	10
Nombre de semaine de denrées alimentaires	24		28		28		32		29,5		25,5	

ANNEXE 11: Note du Synerpa sur la télémedecine

EPIDEMIE DE COVID-19

IMPORTANT

Un recours facilité à la téléconsultation : les solutions du SYNERPA

Madame, Monsieur,
Chers Adhérents,

En cette période de crise sanitaire exceptionnelle, le recours aux médecins traitants et aux médecins spécialistes est rendu complexe du fait de la sur-sollicitation de ces derniers et des mesures de confinement général. C'est pourquoi les établissements et services du secteur du Grand Âge ont plus que jamais besoin de soutien pour accompagner au mieux les personnes accompagnées dans leur prise en charge médicale.

Ainsi, le SYNERPA a détaillé ci-après les mesures qui ont été prises pour faciliter le recours à la téléconsultation ainsi que les solutions proposées par certaines entreprises.

Des assouplissements réglementaires

Deux décrets parus au Journal Officiel du 10 mars 2020 et 20 mars 2020 précisent les assouplissements apportés à la téléconsultation et ce, jusqu'au 31 mai 2020. Les personnes confirmées ou suspectées d'être porteuses du COVID-19 peuvent bénéficier de la téléconsultation :

- Même en l'absence de médecin traitant la pratiquant,
- Sans orientation par leur médecin traitant,
- Si le médecin téléconsultant ne les connaît pas.

Cette mesure concerne également les actes de télésuivi réalisés par les infirmiers libéraux diplômés d'Etat.

Les personnes présentant les symptômes de COVID-19 ou confirmés COVID-19 bénéficient :

- D'une exonération du ticket modérateur, l'Assurance maladie prenant en charge les frais à 100%,
- D'une suppression de la participation (forfait de 1€) et de la franchise.

Des solutions gratuites de téléconsultation

ROFIM

Startup médicale engagée pour la prise en charge rapide des patients, propose **la gratuité de sa solution de téléconsultation assistée et de téléexpertise médicale**. Pour les professionnels de santé des EHPAD, Rofim propose une formation à distance pour utiliser au mieux la plateforme.

Par ailleurs, Rofim propose d'équiper gratuitement d'une caméra HD les vingt premiers EHPAD adhérents du SYNERPA qui se manifesteront auprès d'eux. Pour les autres, Rofim répondra aux commandes et réalisera une livraison express pendant toute la durée de la situation de crise. Pour les contacter : <https://www.rofim.fr/> - N° 0 800 947 753

HELLOCARE

Cette plateforme de **téléconsultation** annonce **la gratuité de son service pendant toute la durée de la pandémie pour tous les médecins** qui souhaitent intégrer la téléconsultation dans leur mode de prise en charge. Pour les contacter : <https://hellocare.com/> - N° 04 85 80 00 23

HEALPHI

Cette entreprise propose la **gratuité de leur plateforme de téléconsultation pour les médecins et infirmiers** pendant la période de l'épidémie. Pour les contacter : www.healphi.fr/logiciel/ N° 04 83 43 83 55 / contact@healphi.com

TITAN Téléconsultation

Malta Informatique propose d'**offrir l'accès à leur solution de téléconsultation** durant la crise. Cette solution est disponible pour tous les EHPAD, quelque soit leur DPI. Elle peut donc être intégrée à la solution TITAN mais également fonctionner sans intégration au dossier médical des établissements non équipés de TITAN.

Le fonctionnement est simple : un ordinateur avec une connexion web pour les médecins, une tablette pour les EHPAD. Des dispositifs médicaux connectés peuvent être associés : stéthoscope, thermomètre frontal, oxymètre de pouls, tensiomètre brassard,...

Pour les contacter : N°05 57 35 19 25 / contact@malta-informatique.fr

Tok Tok Doc

TokTokDoc adapte son service pour répondre efficacement à l'urgence sanitaire :

- Livraison en 48 h d'une **tablette de télé médecine 4G** sécurisée ;
- Fourniture d'un **stéthoscope connecté**,
- **Formation à distance** de l'équipe soignante et des **médecins de proximité** ;
- **Accès au réseau de médecins partenaires** : créneaux quotidiens en médecine générale, hebdomadaires en médecine de spécialité ;
- **Service utilisateurs expert**,
- **Assistance experte aux utilisateurs**

Pour connaître les modalités d'inscription et tarifs : contact@toktokdoc.com / N° 01 88 32 84 91.

Nous remercions chaleureusement ces entreprises qui apportent leur soutien aux professionnels du

secteur du Grand Âge dans cette période particulièrement sensible.

Nous vous rappelons que le SYNERPA reste disponible et joignable 7 jours sur 7 à cette adresse spécifique pour les alertes sanitaires : alerte-sanitaire@synerpa.fr

Bien à vous,

L'équipe du SYNERPA

ANNEXE 12 : Note d'information : Campagne de dépistage Covid-19 des salariés et des intervenants extérieurs

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, la Direction Générale du Groupe SSD La Coupole prend toutes les mesures nécessaires possibles pour protéger les résidents mais également les salariés.

Afin de limiter la propagation du virus dans les établissements et au sein des équipes, conformément aux directives de l'ARS PACA (extrait ci-dessous), la décision a été prise de réaliser une campagne de dépistage en prescrivant des tests Covid-19 à l'ensemble des salariés via le médecin coordonnateur ou un médecin généraliste si le médecin coordonnateur n'est pas disponible (par téléconsultation si nécessaire).

La prescription émanant du médecin, celui-ci reçoit les résultats des tests réalisés. Dans ses missions, le médecin, le laboratoire ou le salarié se doivent de préserver l'intérêt général et sont amenés à communiquer les résultats à la Direction afin que celle-ci adoptent les mesures qui s'imposent conformément à son obligation de sécurité (art L 4121-1 du Code du Travail¹⁸).

De plus, les gestionnaires se doivent de signaler sur le portail de l'ARS les résultats des tests réalisés (de manière comptable et non nominatifs).

Ces mesures visent seulement à protéger la santé de tous les salariés qui continuent à se rendre sur les lieux de travail, et limiter la propagation de l'épidémie pour nos résidents.

Nous collectons ces résultats et traitons ces données de manière à respecter la réglementation RGPD.

Pour rappel, sur la base des taux importants de mortalité des EHPADs touchés par l'épidémie de Covid-19 et plus particulièrement pour les résidents dont les polypathologies ne permettent pas de bénéficier d'un traitement, le fait de ne pas collaborer dans la démarche de limitation de propagation du virus peut être considéré comme une mise en danger de la vie d'autrui (article 223-1 et Article 223-2 modifiés par la loi 2011-525 du 17 mai 2011 art 185 et l'article 121-3 du Code Pénal¹⁹).

¹⁸ Maître Aurélie DAHMOUNE

¹⁹ Maître Michel BOULAN et Maître Coralie PELLOQUIN

Extrait du guide de stratégie de prise en charge des personnes âgées (Covid 19) :

ACTION 6-2 : Un résident ou un professionnel (salarié ou extérieur) est positif

MESURES A PRENDRE IMMEDIATEMENT

Le gestionnaire déclare immédiatement ce cas sur le portail des signalements :
https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

Mis à jour le
16 avril 2020

- Les mesures barrières sont renforcées (**les résidents** doivent être isolés dans leur chambre)
 - **Les deux premiers résidents testés positifs sont hospitalisés (voir infra page 33)**
 - **Tous les résidents et les membres du personnel** sont testés par un test RT-PCR sans délai.
- Les prescriptions sont réalisées soit par le médecin traitant soit par le médecin coordonnateur.

En cas de réalisation de scanner montrant des signes significatifs, le patient est considéré comme cas confirmé.

Précision importante :

Dans le cas de locaux mutualisés avec d'autres services ou dispositifs de prise en charge, tout le personnel devra donc être testé.

Le personnel extérieur concerné :

Mis à jour le
16 avril 2020

*** Les étudiants infirmiers présents dans la structure**

*** Tout le personnel libéral intervenant dans la structure :** si ce personnel n'est pas présent le jour où les tests groupés sont effectués, le gestionnaire doit entrer en contact avec la ou les personnes concernées. La personne devra être testée rapidement.

*** En cas de renforts dans la structure (CDD, intérim, infirmiers libéraux, nouveau personnel...) :** tout le personnel devra faire l'objet d'un test systématique avant l'entrée dans la structure et pourra intégrer l'établissement dès que les résultats seront connus.

A défaut, le gestionnaire pourra prendre les mesures adéquates au cas par cas :

- prise de température à l'entrée de la structure, port systématique d'un masque, mise en place des mesures barrières,
- interdiction de rentrer au sein de la structure

Dans l'attente des résultats : Les mesures-barrières précédemment mises en place seront vérifiées et renforcées si nécessaire, en fonction des capacités disponibles

Dès que les résultats sont connus : Le gestionnaire indique les résultats sur le portail de signalement selon la procédure décrite en fiche 7 du présent guide : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

Mis à jour le
16 avril 2020

Point important :

L'ensemble des actes relatifs au dépistage sont remboursés par l'Assurance Maladie (cartes vitales des résidents et du personnel) pour les EHPAD sous tarif partiel.

A contrario, ceux-ci sont entièrement financés par les EHPAD sous tarif global.

A partir de J ZERO et pendant les 14 jours suivant le dépistage effectué

1. Le gestionnaire :

- dresse une liste de l'ensemble des résidents et trace pour chacun d'entre eux :
 - les résultats de la prise de température deux fois par jour
 - l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...) ;
 - l'apparition de symptômes cliniques atypiques d'apparition brutale : troubles digestifs, état confusionnel, anorexie, chute inhabituelle, altération de l'état général d'évolution rapide
- demande à tout le personnel de surveiller sa température deux fois par jour, avant sa prise de poste, ainsi que l'apparition de symptômes.

ANNEXE 13 : Mode de fonctionnement de l'unité Covid-19

Comme vous le savez, depuis le 2 Avril 2020, nous avons transformé le 3^{ème} étage de l'EHPAD en « ZONE COVID+ ». Les 8 et 9 Avril dernier, Mme Rahal du Coclín est intervenu auprès de tout le personnel de l'établissement afin de vous rappeler et vous former de nouveau sur les bons gestes afin d'endiguer l'épidémie.

Il est vital de respecter les consignes ci-dessous :

- les tabliers et les gants doivent impérativement être changés entre chaque résident
- un carton de DASRI et un flacon de solution hydroalcoolique doivent être présents dans chaque chambre du secteur « COVID+ ».
- le matériel de bio nettoyage doit être laissé dans l'unité dédiée et ne peut être utilisé pour les autres unités
- renforcer le bio nettoyage des surfaces de contact situées en zones communes 3 fois/jour
- utilisation de sacs hydrosolubles pour le linge souillé ou le linge récupéré par les familles
- les pauses du personnel doivent être prises de préférence dehors et à distance d'1 à 2 mètres entre les gens, par petit nombre.
- attention aux périodes d'habillage et déshabillage dans les vestiaires: maintenir le port du masque si plusieurs personnes sont présentes dans le vestiaire au même moment.

De plus tous les repas en salle de restaurant sont désormais interdits, le service se fera uniquement en plateau en chambre.

En raison des difficultés d'approvisionnement, l'équipe dédiée peut conserver sa surblouse pour effectuer la série de soins dans l'unité « COVID+ ».

Si le principe 1 surblouse par résident par jour est privilégié, **celle-ci doit être accrochée dans la chambre**, et ne pas **oublier de marquer le côté endroit**.

Les surblouses ne doivent pas être accrochées dans l'ouverture des portes des chambres. Des crochets ont été installés sur chaque porte côté intérieur afin d'y déposer la surblouse

La face externe de la surblouse (celle où le contact avec un pathogène est possible) doit être déposé sur le crochet de la porte à l'intérieur de la chambre côté mur.



Attention : le port systématique de gants peu favoriser la transmission croisée.

Le port du gant donne une sensation de protection **mais diffuse les micro-organismes accumulés sur les surfaces qui vont être touchées.**

Il est donc impératif de se laver ou désinfecter les mains le plus souvent possible.

Rappel général : **UNE PAIRE DE GANTS = UNE ACTIVITE**

Changez vos gants entre chaque soin apporté à vos résidents.

ANNEXE 14 : Schéma régional d'orientation des patients atteints du Covid19 en SSR (ARS PACA)



Schéma régional d'orientation en Soins de suite et réadaptation

Stratégie de réponse au stade épidémique COVID 19

PREALABLE

Au regard de l'évolution de l'épidémie de COVID 19, la constitution de filières organisées et de parcours de soins territoriaux sont des leviers à activer pour apporter des réponses de court et moyen terme à la situation de crise. Il s'agit d'organiser dès à présent les modalités de prise en charge de moyen et long terme.

A ce titre, les structures de SSR constituent un élément de réponse essentiel à la crise actuelle en mettant à disposition une offre de soins de réadaptation pour les patients COVID qui nécessitent une réadaptation. Les présentes recommandations visent donc à structurer les filières d'aval du court séjour en décrivant les différents parcours.

Une liste recense des unités SSR par territoire et par type de prise en charge susceptibles à la date du 07 avril 2020 d'accueillir des patients COVID.

Cette liste indicative à ce stade est susceptible de modifications en fonction de l'évolution de l'épidémie et des capacités des établissements à accueillir ce type de patients.

Les admissions en SSR doivent se faire au moyen du logiciel national TRAJECTOIRE et relèvent de la commission d'admission de l'établissement receveur.

Il est entendu que les établissements SSR doivent continuer à accueillir les catégories de patients qu'ils accueillent habituellement.

OBJECTIFS DE CE SCHEMA

1. PERMETTRE D'ORIENTER LE PATIENT EN FONCTION DE SES BESOINS DE READAPTION ET DES SPECIFICITES DES SSR EN PERIODE D'EPIDEMIE

Cela passe dans un premier temps par l'identification de potentiels de prises en charges et de compétences spécifiques.

2. PRESERVER DES CAPACITES nécessaires aux prises en charge en SSR hors COVID-19.
LA REPONSE SERA AJUSTEE au fur et à mesure des besoins de sorties de soins aigus.

ARS PACA/ COVID 19 / Schéma régional d'orientation en SSR/ 7 avril 2020

RAPPEL PRISE EN CHARGE EN COURT SEJOUR et SORTIE DE COURT SEJOUR

1. PRISE EN CHARGE EN COURT SEJOUR

Rappel : Les patients COVID + sont pris en charge en première intention **dans les lits de médecine** des ES COVID 1, 2A et 2B et les ES (publics –privés) avec réa-usc COVID.

Au regard du RETEX de la région Grand Est, les capacités en lits de médecine des établissements COVID 1, 2A et 2B et des ES (publics –privés) avec réa-usc COVID seront ajustées au besoin notamment de sorties de réanimation et du besoin de prises en charges palliatives (USP ou lits de médecine avec appui d'une EMSP).

Selon la taille de l'établissement, différentes unités de médecine (amont-aval) pourront être distinguées :

- des Unité de médecine lourde COVID + (patients à stabiliser),
- des Unité de médecine conventionnelle COVID +,
- des Lits de soins palliatifs COVID+.

A ce stade, il n'y a pas lieu de transformer des lits de SSR en lits de médecine au regard des lits de médecine disponibles dans les établissements de court séjour.

2. SORTIE DE COURT SEJOUR

- **Cas général : la plupart des sorties d'hospitalisation de court séjour se fait à domicile**

Différents dispositifs ont été mis en place pour organiser le retour à domicile notamment la création d'une plateforme ville-hôpital TERCOVID accessible sur le portail régional de santé PACA (cf. information déjà diffusée).

- **Cas des patients sortant de réanimation**

Tout patient sortant de réanimation est orienté :

- soit en unité de médecine COVID
- soit en unité post réa type SRPR (existante ou en cours d'organisation à proximité des réanimations) avant une orientation en SSR (cf. RETEX Gd EST).

Les services de réanimation organisent la prise en charge post-réanimation immédiate dans des unités dont le fonctionnement est semblable aux unités de SRPR existant dans certaines régions.

CONSTITUTION DE FILIERES DE PRISE EN CHARGE EN SSR

Principe d'organisation :

Les capacités disponibles en SSR devront être actualisées à minima une fois par jour par tous les établissements via le portail régional de santé PACA -ROR.

Au sein de chaque établissement SSR inscrit dans la filière de prise en charge des patients COVID décrite ci-dessous, il est recommandé d'identifier un « coordinateur COVID 19 ». Celui-ci sera l'interlocuteur privilégié des établissements de court séjour cherchant une solution d'aval pour leur patient et sera joignable en permanence. Il sera également l'interlocuteur de l'ARS.

Au sein de chaque établissement MCO, il est également recommandé, dans la mesure du possible, de mettre en place une cellule de coordination MCO- SSR incluant un médecin et un cadre de santé afin d'anticiper au mieux les besoins de transfert dans l'un ou l'autre sens et faciliter le partage d'information entre établissement.

Sur cette base, les structures prescriptrices de réadaptation pourront orienter leur patients COVID + dans les établissements SSR disposant de lits COVID +, en respectant l'adéquation entre le profil du patient et le type de spécialisation de lit SSR COVID + visé.

Pour ce faire, il est obligatoire d'utiliser le logiciel d'orientation des patients via Trajectoire et d'identifier dedans la situation médicale du patient de façon à ce que les établissements SSR disposent d'un minimum d'informations quant à la charge en soins et en aides humaines, la seule indication « plan blanc » ne suffit pas.

Suite à l'épidémie de COVID-19, le logiciel national Trajectoire a créé en effet une nouvelle fonctionnalité depuis le lundi 06 avril permettant de cibler plus rapidement les patients COVID dès le tableau de bord du prescripteur ou du receveur (patient avec problème infectieux) (cf fiche VIA TRAJECTOIRE).

Enfin, les établissements prescripteur et receveur veilleront à mettre à jour les informations et changements de statut au fil de l'eau dans SI-VIC chaque jour avant 14h00 (ex : Retour à domicile, transfert vers un autre établissement).

La constitution de filières de prise en charge COVID + doit permettre de proposer la prise en charge la plus adaptée à la situation du patient.

Du retex de la région Grand Est, 5 profils de besoins patients se dégagent :

- soins post-réanimation avec objectif de sevrage respiratoire,
- réadaptation respiratoire spécialisée (+/- capacité de sevrage),
- réadaptation fonctionnelle pour patients polydéficients après hospitalisation prolongée,
- réadaptation gériatrique,
- réadaptation polyvalente.

L'orientation des patients sortant de court séjour concernera :

- **Des patients COVID ne nécessitant pas d'isolement** : orientation en SSR pour réadaptation

Au regard des durées de séjour dans les établissements de court séjour, la plupart des patients répondront aux critères cliniques de sortie d'isolement tels que définis par le HCSP dans son avis du 18 mars 2020.

Ainsi il conviendra de privilégier l'orientation en SSR des patients à distance significative de l'apparition des premiers symptômes (+ ou - J+ 30).

- **Des patients COVID +** : orientation dans des SSR spécialisés identifiés au regard de leur autorisation et ayant déclaré à l'ARS la possibilité d'accueillir ce type de patients.

Pour ces établissements, il est rappelé que les masques FFP2 sont à utiliser pour les actes invasifs ou manœuvres au niveau de la sphère respiratoire ou ORL pouvant provoquer cette aérosolisation de particules infectantes nécessitant le port d'un masque de type FFP2. (Cf. fiche explicative jointe).

En dehors de ces indications, le port d'un masque chirurgical présente une efficacité suffisante pour la prise en charge des patients Covid-19. Il est important que les masques de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants lors de la réalisation des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire génératrices d'aérosols.

1) Les unités COVID 19 de sevrage respiratoire en sortie de réanimation et de surveillance continue

Les patients intubés pour une pneumonie infectieuse associée au COVID-19 présentent dans leur large majorité un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) modéré à sévère. Les premiers retours des services de réanimation font apparaître des durées de ventilation mécanique d'au moins deux semaines pour une proportion importante de patients. Il est dès lors nécessaire de structurer des unités à même de conduire le sevrage de la ventilation mécanique de ces patients, dans un contexte de limitation des lits et des moyens humains alloués à la réanimation.

Ces unités auront pour mission la prise en charge en rééducation précoce des patients. Elles constituent un pont entre les services de réanimations et les services de SSR. Elles reçoivent des patients issus de services de réanimation qui nécessitent une surveillance médicale avec des soins spécifiques. Elles proposent une rééducation anticipée, ainsi qu'un suivi médical spécialisé et pluridisciplinaire. La prise en charge doit permettre aux patients de retrouver une autonomie et une indépendance respiratoire.

Unités post-réanimation COVID 19 Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)

La réponse de première ligne en aval de la réanimation vise à positionner ces unités de sevrage respiratoire comme des services de soins de réadaptation post-réanimation (SRPR). Leur vocation est de prendre en charge des patients dépendant de la ventilation mécanique invasive permanente et modérée ou d'une trachéotomie au terme de leur séjour en réanimation. Le sevrage sera l'objet principal du séjour en SRPR et impliquera nécessairement une prise en charge globale du patient.

Ces unités prendront en charge des **patients en insuffisance respiratoire majeure, intubés ou non, encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive, ventilation invasive)**. Ces unités SRPR participeront à réduire la durée de séjour des patients en réanimation et assureront de manière précoce le reconditionnement à l'effort, la rééducation neuro-motrice, et le soutien psychologique afin de limiter les séquelles de patients (amyotrophie, escarre, etc).

Pour constituer une unité SRPR, les établissements doivent répondre à certains prérequis en cours de définition au niveau national au regard du retex de Grand Est et de l'Île de France (exemple équipement de certains respirateurs, appareil de monitoring, radiographie du thorax au lit, garde médicale sur place, accès rapide à une unité de réanimation etc).

Il est demandé aux services de réanimation d'engager une réflexion sur l'organisation de ces unités et de se rapprocher de l'ARS afin d'étudier les modalités de coordination de ces unités avec les SSR.

2) Unités de réadaptation respiratoire spécialisée COVID 19

Ces unités constituent la deuxième ligne de réponse pour les patients en sortie de réanimation, non sevrés de l'assistance respiratoire, en complément des unités SRPR.

Ces unités permettent la prise en charge de patients en insuffisance respiratoire majeure, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie haut débit et/ou encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive).

La structuration de cette filière d'aval, en fonction des environnements et compétences présentes dans les établissements concernés, doit permettre de réduire les durées de séjour dans les services de réanimation, de surveillance continue ou d'hospitalisation complète en médecine.

En priorité, les SSR autorisés avec mention «respiratoire» ou «neurologique» compétents dans la prise en charge des patients nécessitant de l'oxygénothérapie haut débit et/ou trachéotomisés et/ou ventilés par ventilation non invasive seront privilégiés. En dehors de ces mentions spécialisées, un établissement de SSR possédant des compétences suffisantes dans le domaine de la gestion des patients avec insuffisance respiratoire prolongée sera éligible.

Dans tous les cas, il est recommandé au prescripteur d'un séjour en SSR de s'assurer de la correspondance du besoin d'oxygénothérapie du patient dans le SSR d'aval souhaité.

3) Les unités COVID 19 de réadaptation pour patients poly-déicients après une hospitalisation prolongée

La filière d'aval pour les patients poly-déicients après une hospitalisation prolongée COVID-19 permet la prise en charge des patients qui ont passé la phase de sevrage respiratoire et qui nécessitent une réadaptation fonctionnelle importante suite à un séjour prolongé en réanimation et en médecine ayant provoqué de nombreuses déficiences (polyneuropathies, déficit de verticalisation, ...).

Ces unités doivent être en mesure d'assurer la réadaptation du patient sur les dimensions respiratoires, neurologiques, nutritionnelles et locomotrices. Elles assurent ainsi le reconconditionnement à l'effort, la renutrition, la rééducation neuro-motrice et le soutien psychologique afin de limiter les séquelles.

Les SSR autorisés avec mention «neurologique» ou «locomoteur» seront privilégiés.

Dans tous les cas, il est recommandé au prescripteur d'un séjour en SSR de s'assurer de la correspondance du besoin d'oxygénothérapie du patient dans le SSR d'aval souhaité.

4) Les unités COVID 19 de réadaptation gériatrique

Les unités COVID-19 de réadaptation gériatrique assurent la prise en charge des patients âgés, autonomes pour les actes de la vie quotidienne, sans besoins de soins complexes et sans assistance respiratoire mais présentant des pathologies stabilisées, des pertes fonctionnelles au sortir de l'hospitalisation et qui ne peuvent rentrer dans leur lieu de vie car nécessitant toujours une surveillance médicale et une réadaptation. Cette filière a également vocation à prendre en charge des patients directement depuis leur lieu de vie, afin de soutenir les EHPAD et structures de soins à domicile.

Les décisions d'hospitalisation et d'orientation des personnes âgées en sortie d'hospitalisation aigue, doivent faire l'objet, en période épidémique COVID-19, le plus possible d'une réflexion collégiale entre les professionnels de santé en appui des établissements de santé et ceux des EHPAD (médecins coordonnateurs et médecins traitants).

Les SSR autorisés avec la mention « gériatrie » seront privilégiés.

Ces unités pourront recevoir également les patients dont le pronostic vital est engagé ou risque de s'aggraver, et qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des soins de réanimation respiratoire ou de leur poursuite. Leur prise en charge palliative pourra toutefois nécessiter une oxygénothérapie de confort, une aspiration, et l'équipe SSR devra pouvoir bénéficier du savoir-faire et de l'assistance de compétences en soins palliatifs : lits identifiés soins palliatifs (LISP) sur place ou s'assurer du concours d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

Dans tous les cas, il est recommandé au prescripteur d'un séjour en SSR de s'assurer de la correspondance du besoin d'oxygénothérapie du patient dans le SSR d'aval souhaité.

5) Les unités COVID 19 de réadaptation polyvalente

Les unités COVID-19 polyvalente permettent la prise en charge de patients ne pouvant pas rentrer directement à leur domicile, sans besoins de soins complexes et sans assistance respiratoire. Ces unités peuvent toutefois assurer la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire non complexe (apport en oxygène, hors haut débit).

Toutes les mentions de SSR sont éligibles.

Dans tous les cas, il est recommandé au prescripteur d'un séjour en SSR de s'assurer de la correspondance du besoin d'oxygénothérapie du patient dans le SSR d'aval souhaité.

Ces unités doivent venir en soutien des professionnels de ville et du secteur médico-social. Dans ce contexte, elles devront notamment répondre aux besoins de prise en charge non complexe des patients COVID en situation de handicap, depuis leur lieu de vie.

Par ailleurs, pour les établissements non identifiés à ce stade, les consignes précédentes restent d'actualité. Les établissements doivent être en capacité de prendre en charge un patient qui se révélerait covid + sans signe de gravité.

- Si le patient ne présente pas de signes de gravité et s'il n'a pas de facteur de risque (FDR) :
 - La prise en charge peut être assurée au sein de l'établissement :
 - soit dans une unité d'hospitalisation COVID (avec possibilité de cohorting ou regroupement des patients COVID dans une même unité voire avec un partage de chambre – pas de cohorting de patients COVID avec des patients présentant une infection respiratoire d'une autre étiologie virale),
 - dans un secteur d'une unité géographiquement isolé (extrémité d'une unité par exemple),
 - soit dans une chambre individuelle au sein d'une unité « standard »,
 - par du personnel dédié de préférence,
 - avec l'appui éventuel de l'établissement MCO de proximité.
 - La prise en charge pourra se poursuivre en ambulatoire dès que l'état du patient le permettra (voir en PJ la doctrine et les fiches d'information pour faire le lien avec la médecine de ville)
 - Si le patient présente des signes de gravité ou des facteurs de risque, il est orienté vers un ES COVID (régulation centre 15).
- La gestion des cas contacts doit être faite avec l'appui de l'EOH.

CONSTITUTION DE FILIERES DE PRISE EN CHARGE EN SSR

Le présent schéma est basé sur les autorisations sanitaires délivrées par l'ARS dont disposent les établissements de santé ainsi que sur leur réponse quant à leur possibilité de prendre en charge des patients COVID qui ne remplissent pas les critères cliniques de sortie d'isolement tel que définis dans l'avis du Haut Conseil de la Santé publique du 16 mars 2020

Pour les patients COVID négatif, les établissements de court séjour COVID 1, 2A et 2B et les ES (publics – privés) avec réa-usc COVID d'un territoire (département) **adresseront préférentiellement les patients dans le SSR adapté au besoin de prise en charge du patient et le plus proche géographiquement.**

Les SSR identifiés pour les prises en charge respiratoires spécialisées et réadaptation pour polydéficients pourront desservir plusieurs territoires afin d'accueillir des patients COVID positif.

Il est recommandé aux établissements de court séjour d'un département d'orienter les patients en fonction de leurs besoins, prioritairement dans le SSR du même département et le plus adéquat en termes de niveau de prise en charge.

Lorsqu'un département ne dispose pas de SSR en capacité de répondre au besoin, l'orientation se fera dans le SSR du niveau requis en privilégiant la proximité géographique.

La liste ci-dessous est établie au 7 avril 2020 et sera révisée en tant que de besoin.

L'ARS mettra en place une cellule de régulation en appui pour les cas complexes.

1. NIVEAU SRPR

EN COURT SEJOUR :

En cours de constitution potentiellement dans certains établissements avec réanimation COVID (cf. schéma réanimation)

- Bouches-du-Rhône : remise en activité de l'unité SRPR de l'Hôpital Européen en fonction de la décroissance du besoin de réanimation.

EN SSR :

Aucun en région PACA

2. NIVEAU READAPTATION RESPIRATOIRE SPECIALISEE COVID 19

Hautes Alpes

- UGECAM Rhône Azur à BRIANÇON
- Clinique les ACACIAS à BRIANÇON

Alpes Maritimes

- La Maison du Mineur à VENCE

Bouches-du-Rhône

- Les Trois Tours à la DESTROUSSE
- Centre Paul Cézanne à MIMET-GARDANNE

Var

- HCL Renée Sabran à HYERES

3. NIVEAU READAPTATION POUR PATIENTS POLY-DEFICIENTS APRES UNE HOSPITALISATION PROLONGEE

Alpes de Haute Provence

- L'Eau Vive à TURRIERS

Hautes Alpes

- UGECAM Rhône Azur à BRIANCON

Alpes Maritimes

- UGECAM Centre Hélios Marin-Vallauris à VALLAURIS
- CHU de NICE
- ORSAC Montfleury à GRASSE
- Atlantis à NICE
- Ipoca à CANNES

Bouches-du-Rhône

- Centre Paul Cézanne à MIMET-GARDANNE
- UGECAM site Valmante Sud MARSEILLE
- UGECAM site Hôpital Européen à MARSEILLE
- Clinique Provence Bourbonne à AUBAGNE
- CH d'Aix en Provence
- Les Feuillades à AIX EN PROVENCE
- Chantecler à MARSEILLE

Var

- Hôpital Léon Bérard à HYERES
- Centre Pierre Chevalier MGEN à HYERES
- Le Bessillon à DRAGUIGNAN
- AP-HP San Salvador à HYERES

Vaucluse

- CH d'AVIGNON
- Les Cyprès à MONTFAVET

4. NIVEAU READAPTATION GERIATRIQUE

Alpes de Haute Provence

- Clinique Jean Giono à MANOSQUE
- UGECAM le Cousson à DIGNE

Hautes Alpes

- CH d'EMBRUN
- CHANTOURS à BRIANCON

Alpes Maritimes

- CHU de NICE

Bouches-du-Rhône

- Clinique Madeleine Rémuzat à MARSEILLE
- Centre Gériatrique départemental (CGD) à MARSEILLE

Var

- Institut médicalisé Mar Vivo à LA SEYNE SUR MER
- Jean Lachenaud à FREJUS
- CHI de TOULON site Clémenceau à LA GARDE

Vaucluse

- UGECAM Le Mylord à CARPENTRAS

5. NIVEAU READAPTATION POLYVALENTE

Alpes de Haute Provence

Selon besoins du patient recours aux autres départements

Hautes Alpes

- Clinique Montjoy à BRIANCON

Alpes Maritimes

- Les Lauriers Roses à LEVENS
- La Sérène à NICE

Bouches-du-Rhône

- Clinique Sainte Elisabeth à MARSEILLE

Var

- Les Esperels à FIGANIERES

Cette liste indicative à ce stade est susceptible de modifications en fonction de l'évolution de l'épidémie et des capacités des établissements à accueillir ce type de patients.

ANNEXE 15 : Modèle de courrier de demande d'hospitalisation

Dr
Médecine Générale Conventionné
Adresse
Téléphone

Marseille, le

Cher confrère, Chère consœur,

Par la présente lettre, je vous sollicite pour une prise en charge hospitalière au sein de votre service de ma patiente Madame/ Monsieur né(e) le

En effet le test Covid 19 effectué le chez mon patient est revenu positif le (compte rendu du laboratoire en pièce jointe).

Conformément au Message d'Alerte Rapide Sanitaire n° 2020_24 datant du 02/04/2020 signé par le Professeur Jérôme SALOMON, nous vous demandons de l'admettre au sein de votre service. **Nous vous demandons la prise en charge de cette patiente par les traitements indiqués dans la note que nous vous adressons en pièce jointe indiquant les conditions d'accès au Plaquenil et à Kaletra à l'hôpital hors essais cliniques et le protocole d'utilisation thérapeutique.** Actuellement elle ne décompense pas, sa saturation est de 97% et sa température de 37°C. Nous vous demandons donc une prise en charge au sein de vos services de la Timone pour tout traitement et suite à donner, la famille est informée et **demande une admission pour bénéficier du traitement du Dr Raoult.**

Vous trouverez en pièce jointe le DLU de la patiente afin de connaître ses antécédents, ses pathologies et son traitement actuel.

Les ambulanciers sont informés du risque Covid afin qu'ils prennent toutes les précautions nécessaires lors du transport.

Je me tiens à votre disposition, cher confrère, chère consœur, pour tout renseignement complémentaire.

NB : l'EHPAD ... dispose d'un électrocardiogramme si nécessaire pour le suivi du traitement après J+5.

Signature

ANNEXE 16 : Modèle d'attestation d'information aux ambulanciers

ATTESTATION « SIGNALEMENT RISQUE INFECTIEUX **COVID19** »

Je soussigné(e), salarié(e) de :

☐ La société d'ambulance

.....,

☐ SAMU

☐ Marin Pompier

☐ SMUR

assurant ce jour le transport de M. ou Mme

....., certifie avoir bien été informé par Mr
ou Mme, faisant le personnel de l'EHPAD
du risque infectieux **COVID19 POSITIF** que présente le résident qui
vient de m'être confié.

Je m'engage à bien transmettre cette information à qui de droit sur le
lieu de rendez-vous.

A Marseille
Le

Compte rendu d'hospitalisation de Monsieur H.

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 507–516

FDR de complications de COVID19 :

- > 70 ans : non
- Diabète insulino-traité ou compliqué : non
- HTA compliquée : non
- AVC : non
- CMI ou Insuffisance cardiaque ou Chirurgie cardiaque : non
- Pathologie respiratoire chronique : non
- Cancer sous traitement : non

Allergies : non

Mode de vie : EPHAD

Vaccinations : ?

Traitements à l'entrée :

- Leponex 0-0-50mg
- Xanax 0.25mg x3 / jr
- Imovane 1/2 cpl le soir
- Vogalene 1 matin
- Paracétamol ALD

Histoire de la maladie :

Date début symptômes : 31.03.2020

Type de symptômes : fièvre + toux

Prise en charge extra-hospitalière : PCR+ en ville le 31.03/02.04 désaturation + O2 transitoire / vomissement le 02.04.2020 / 03.04 aggravation = Ir vigilance transitoire, désaturation, hypoxique

Prise en charge hospitalière : aux urgences le 03.04.20, pas d'introduction de traitement spécifique (poursuite AZITHROMYCINE débuté à l'EHPAD).

Hospitalisation en unité COVID pour suite de la prise en charge.

Examen clinique à l'arrivée dans le service :

TA : 12/6 mmHg, FC : 88/min, FR 20/min, SaO2 97 % en AA / T° : 37.5

Score News-Cov :

Pneumo : Pas de toux, fins crépitants base droite, eupnéique en AA

Cardio : bruits du cœur réguliers, pas de souffle, mollets souples et indolores, pas de signes de décompensation cardiaque.

Abdo : météorisé, souple, dépressible, indolore.

Neuro : calme, mutique, mobilise les 4 membres, boî sans fausse route.

Au total :

COVID 19 de type :

~ Pneumopathie à COVID19 non compliquée

Chez un patient dément, sans autre ATCD

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS À L'ENTRÉE

Bicarbonates	26,4		mmol/l	22,0 - 29,0
Potassium	4,25		mmol/l	3,40 - 4,50
Sodium	H 146		mmol/l	136 - 145
Chlorures	103		mmol/l	98 - 107
Protéines	77,8		g/l	66,0 - 87,0
Albumine	43,3		g/l	35,0 - 52,0
Protéine C-réactive	H 46,7		mg/l	0,0 - 5,0
Urée	H 10,00		mmol/l	2,14 - 7,14
Créatinine	91,0		μmol/l	59,0 - 104,0
Estim. DFG (CKD-EPI)	82		ml/min/1,73m²	
Interprétation	Selon l'HAS, la maladie rénale chronique (MRC) chez l'adulte doit être évaluée par l'équation CKD-EPI. L'équation CKD-EPI n'est pas complètement validée pour certaines populations de patients (Levey, 2009). Estimation non applicable pour l'adaptation des posologies des médicaments, utiliser la formule de Cockcroft et Gault. Classification des stades d'évolution de la MRC : Stade / DFG (mL/min/1,73m²) / Descriptif 1 / 90 =< DFG / MRC* avec DFG normal ou augmenté 2 / 60 =< DFG < 90 / MRC* avec DFG légèrement diminué 3A / 45 =< DFG < 60 / Insuffisance rénale chronique modérée 3B / 30 =< DFG < 45 / Insuffisance rénale chronique modérée 4 / 15 =< DFG < 30 / Insuffisance rénale chronique sévère 5 / DFG < 15 / Insuffisance rénale chronique terminale * avec marqueurs d'atteinte rénale persistant plus de 3 mois et présents lors de 2 à 3 examens consécutifs : albuminurie, hématurie, leucocyturie, anomalies morphologiques ou histologiques ou marqueurs de dysfonction tubulaire.			
Glucose	H 6,38		mmol/l	4,11 - 5,89
Bilirubine totale	13		μmol/l	0 - 21
Bilirubine conjuguée	Sans objet			
ASAT (TGO)	49		UI/l	0 - 50
Echantillon hémolysé				
ALAT (TGP)	47		UI/l	0 - 50
GGT	H 104		UI/l	0 - 60
Phosphatase alcaline	91		UI/l	35 - 130
CK	H 282		UI/l	0 - 190

Lipase	50		U/l	13 - 60
Troponine T H.S.	H 18		ng/l	0 - 14
Interprétation	Valeur du 99ème percentile 14 ng/L. Selon les recommandations 2015 de la Société Européenne de Cardiologie ESC, une cinétique en 2 points est nécessaire pour le diagnostic du syndrome coronarien aigu. Le seuil de positivité s'interprète par une augmentation : >= 5 ng/L pour une cinétique en 1h, >= 7 ng/L pour une cinétique en 2h, >= 10 ng/L pour une cinétique en 3h.			
NT-ProBNP	14.9		ng/l	0,0 - 125,0

2100465003 - VILLENEUVE-CLOUZE H.F.A. n° 1062

31.07

2541, rue de la République - 13005 Marseille Cedex 01 - Tél : 06 85 98 88 11 / 06 10 37 40 15 E-mail : groupe@ssd-la-coupole.com

A. GRANGEON le 04/04/2020 00:13

GLOBULES BLANCS	4,7	Giga/L	4,0 - 10
GLOBULES ROUGES	5,42	Tera/L	4,50 - 5,50
Hémoglobine	H 161	g/L	130 - 160
Hématocrite	0,48	L/L	0,40 - 0,50
VGM	89,3	fL	82,0 - 98,0
TCMH	29,7	pg	27,0 - 32,0
CCMH	333	g/L	320 - 365
CVGR	13,8	%	11,0 - 15,0
PLAQUETTES	219	Giga/L	150 - 400
VPM	9,7	fL	8,0 - 12,0
HEMOSTASE TIM 86053			
TP			
TRAITEMENT			
COMMENTAIRES			
Tx PROTHROMBINE	104	%	> 70
TQ Patient	13,1	s	
TQ Témoin	13,4	s	
INR			
INR	0,98		
	Risque standard : INR cible : 2 - 3 Risque élevé : INR cible : 3 - 4,5 (Recommandations ANSM)		
TCK			
TRAITEMENT			
COMMENTAIRES			
TCK Patient	31	s	
TCK Témoin	29	s	
Ratio P/T	1,1		< 1,2
FIBRINE			
FIBRINOGENE	H 6,06	g/L	1,80 - 4,00

2 0610424-V-101NORITALA N° 611 167

05,07

0610424-V-101NORITALA N° 611 167

Monsieur DARRIGOIS Serge - Président

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Duplicate du compte-rendu

Nom Patient : H IPP : 2100488496
Date naissance : / / : M

Date/heure Examen : 04-04-2020 08:41 No Demande : A10322182489

COMPTE-RENDU Ref. A10322183588

A la demande de :

Service du Pr ROCH ANTOINE

Le 04/04/2020

CDC/AJ
HC
Monsieur ROCH ANTOINE (57 ans)
SCANNER CEREBRAL
Et THORACIQUE

INDICATION

Troubles de la conscience. Suspicion de COVID.

TECHNIQUE

GEM/S Discovery CT 750 HD- Classe 3 - Date d'installation 18/10/2010 - N° Agrément : 2014010973
OMNIPAQUE 350 FL INJ 150 ML- Qté injectée : 80CC - Lot : 14386060
Dosimétrie : Dose globale : PDL 2464 mGy.cm

Réalisation de coupes axiales en acquisition hélicoïdale multicoupe, sans puis après injection intra-veineuse de produit de contraste iodé.

RESULTATS

À l'étage cérébral :

Pas d'anomalie de densité du parenchyme cérébral systématisée à un territoire vasculaire.
Atrophie cortico-sous-corticale diffuse en lien avec l'âge.
Pas de collection hématique intra- ou péri-cérébrale.
Pas de déviation des structures médianes.
Pas de syndrome de masse ou de rehaussement parenchymateux d'allure pathologique mis en évidence après injection de produit de contraste iodé.
Perméabilité normale des sinus veineux endocrâniens.
Pas d'anomalie du système ventriculaire et des citerne de la base.

À l'étage thoracique :

Sous réserve d'artefacts respiratoires, foyer de verre dépoli avec crazy-paving isolé du Fowler droit, compatible COVID.
Pas de pénétration pleuro-péricardique.
Pas d'adénopathie axillaire, ni médiastino-hilaire.

CONCLUSION

Scanner cérébral sans anomalie notable ce jour.
Sous réserve d'artefacts respiratoires, foyer de verre dépoli avec crazy-paving isolé du Fowler droit, compatible COVID : à confronter à la PCR. (atteinte mineure)

2100488496 A10322183588

Page 2

EVOLUTION PENDANT LE SÉJOUR

Sur le plan respiratoire : Mis sous rocéphine le 07/04 devant une hyperthermie faisant suspecter une surinfection. Le patient initialement oxygène-dépendant est très rapidement sevré en O2 dès le 07/02.

A noter un épisode de tachycardie sans désaturation isolé faisant suspecter une embolie pulmonaire. Le scanner réalisé ne permet pas d'éliminer le diagnostic mais devant l'absence de TVP ou TVS à l'écho-doppler et l'absence de signe d'EP à l'ETT, le patient est laissé sous anticoagulation préventive optimisée selon les recommandation actuelle des patients atteints du COVID (lovenox 0.4ml*2/jour). Il ne sera pas mis sous bithérapie par zythromax et hydroxychloroquine du fait d'une contre-indication (CI avec la clozapine). Il recevra néanmoins 10 jours de monothérapie par zythromax (fin le 05/04)

Amélioration clinique progressive avec sevrage en oxygène.

Sur le plan cutané : Début d'escarre sacrée à surveiller

Résultats angioscanner thoracique:

RESULTATS : Sous réserve d'une acquisition de qualité médiocre du fait des artéfacts cinétiques liés à la respiration du patient et des artéfacts liés au produit de contraste au sein de la VCI:

*Pas d'embolie pulmonaire visible jusqu'en 3e division.
Pas d'inversion du ratio au ventricule droit sur ventricule gauche.
Pas d'épanchement pleuropéricardique.*

Médiastin et hilaires :

Adénomégalie hilare droite de 15 droite de 15 mm de petit axe (Aire 10 R)

Parenchyme et plèvres : en comparaison scanner réalisé le 4 avril 2020 :

Persistance des troubles ventilatoires de décubitus au contact des deux lames d'épanchement pleural bilatéral ainsi qu'au sein du lobe moyen.

Majoration des lésions à type de verre dépoli en voie de condensation dorsale du lobe supérieur droit.

Pas de critère péjoratif à type de crazy paving ou de distorsion bronchique.

Intégrité du parenchyme pulmonaire gauche.

Intégrité en fenêtre osseuse et sur les quelques disponibles à l'étage abdominal.

CONCLUSION

Pas d'embolie pulmonaire visible.

Majoration minime des lésions en verre dépoli lobaire supérieure droite compatible avec l'infection à COVID19.

Devant une allégation de malaise avec perte de contact initiale à l'EHPAD un EEG a été réalisé ne retrouvant pas d'anomalie.

EEG-vidéo 12 électrodes

Il existe une activité de fond de bas voltage autour de 6-7 hz, bilatérale, symétrique, réactive.

L'HYPN n'a pu être pratiquée. La SLI est sans effet pathologique.

pas d'image de pointe, pas de décharge critique.

Conclusion :

Tracé comportant une activité de bas voltage ralentie de façon diffuse, mais sans anomalie paroxystique surajoutée.

RISQUES IDENTIFIÉS DURANT L'HOSPITALISATION

♦ Evénements liés à l'hospitalisation

Pas de risques liés à l'hospitalisation

TRAITEMENTS

♦ Traitement de sortie (ou ordonnance de sortie)

Idem traitement d'entrée

- Leponex 0-0-50mg
- Xanax 0.25mg x3/jr
- Imovane 1/2 cp le soir
- Vogalene 1 matin
- Paracetamol ALD

CONCLUSION

PNP à Covid 19 d'évolution favorable chez un patient atteint d'une DFT.
PCR COVID négatives le 16/04 et le 19/04.
Retour à son EHPAD.

Lettre remise au patient le 20/04/2020 et adressée au médecin traitant ce même jour

Marseille le 20/04/2020
Docteur Sigrand
Docteur Stephan GRIMALDI

Résultat du test du 31/03/2020



Biologistes co-responsables

Dr Jean-Marc FERYN • Dr Philippe HALFON

Siège social du LHM: 23 rue de Friedland - 13005 Marseille

Sit us : 378 711 972 00036

www.alphabio.fr

Numéro d'autorisation : 130040264

Dossier n° 0400331046 du 31/03/20 - IPP :

Mr HC

géné(e) de 57 ans, sexe : M

Prescripteur : DR MEIMOUN VICTOR BERNARD

MAISON DE RETRAITE

13004 MARSEILLE

Date de prescription : 31/03/20

Prélevé le : 31/03/20, à 13h30

LABORATOIRE BIOSUD

92 BD PAUL CLAUDEL

13009 MARSEILLE

Tel : 0491757171 Fax : 0491751165

Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h00 à 19h00

Biologiste co-responsable : Dr Albert BERDUGO

MAISON DE RETRAITE MAGUEN

80 RUE AUGUSTE BLANQUI

13005 MARSEILLE

BIOLOGIE MOLECULAIRE - LABO HD

DETECTION DU COVID-19 PAR RT-PCR

(CERTEST SARS-COV-2-19, BD MAX, BECTON DICKINSON)

Nature du prélèvement

Ecouvillon nasopharyngé

COVID-19 (SARS-CoV-2) par RT PCR

Présence

Test CERTEST SARS-COV-2-19, BD Life Science, marqué CE référence 444212, permettant la détection du gène S du CoViD-19.

Seuil de détection >= 24 RNA copies. Pas de réactivité croisée avec les pathogènes respiratoires les plus communs.

Compte-rendu complet de résultats, validé par Dr Albert BERDUGO

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles de qualité, hors génétique humaine, spermologie et AMP, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat



Dr Albert BERDUGO

Page 1/1

Résultat du test du 22/04/2020



Biologistes co-responsables

Dr Jean-Marc FERYN • Dr Philippe HALFON

Siège social du LHM : 23 rue de Friedland - 13005 Marseille
Siret : 378 711 972 00016

www.alphabio.fr

Numéro d'autorisation : 130040264

Dossier n° 0400422032 du 22/04/20 - IPP :

Mr HI

âgé(e) de 57 ans, sexe : M

Prescripteur : DR MEIMOUN VICTOR BERNARD
MAISON DE RETRAITE
13004 MARSEILLE

Date de prescription : 21/04/20

Prélevé le : 22/04/20, à 10h36

LABORATOIRE BIOSUD

92 BD PAUL CLAUDEL

13009 MARSEILLE

Tel : 0491757171 Fax : 0491751165

Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h00 à 19h00

Biologiste co-responsable : Dr Albert BERDUGO

MAISON DE RETRAITE MAGUEN

80 RUE AUGUSTE BLANQUI

13005 MARSEILLE

BIOLOGIE MOLECULAIRE - LABO HD

DETECTION DU COVID-19 PAR RT-PCR

(SARS-COV-2-19, BD MAX, BECTON DICKINSON)

Nature du prélèvement

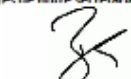
Ecouvillon nasopharyngé

COVID-19 (SARS-CoV-2) par RT PCR

Absence

Compte-rendu complet de résultats, validé par Dr Albert BERDUGO

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles de qualité, hors génétique humaine, spermologie et AMP, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat



Dr Albert BERDUGO

Page 1/1

Résultat du test du 24/04/2020



Biologistes co-responsables
Dr Jean-Marc FERYN • **Dr Philippe HALFON**
 364e scd. du DHU : 23 rue de Friedland - 13005 Marseille
 Tél. : 378 711 972 00036
www.alphabio.fr Numéro d'autorisation : 130040264

Dossier n° 0400424167 du 24/04/20 - IPP :

Mr HC

âgé(e) de 57 ans, sexe : M

Prescripteur : DR MEIMOUN VICTOR BERNARD
 MAISON DE RETRAITE
 13004 MARSEILLE

Date de prescription : 24/04/20
 Prélevé le : 24/04/20, à 18h33

LABORATOIRE BIOSUD

92 BD PAUL CLAUDEL
 13009 MARSEILLE
 Tel : 0491757171 Fax : 0491751165
 Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h00 à 19h00

Biologiste co-responsable : Dr Albert BERDUGO

MAISON DE RETRAITE MAGUEN
 80 RUE AUGUSTE BLANQUI

13005 MARSEILLE

BIOLOGIE MOLECULAIRE - LABO HD

DETECTION DU COVID-19 PAR RT-PCR (SARS-COV-2-19, BD MAX, BECTON DICKINSON)

Nature du prélèvement Ecouvillon nasopharyngé

COVID-19 (SARS-CoV-2) par RT PCR **Présence**
 Nombre de cycles **34 CT**

Charge virale forte : 15 à 20 CT ; Charge virale modérée 20 à 25 CT ; Charge virale faible : > 25 CT.

Compte-rendu complet de résultats, validé par Dr Albert BERDUGO

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles de qualité, hors génétique humaine, spermologie et AMP, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat



Dr Albert BERDUGO

Page 1/1

ANNEXE 18 : Information sur la conduite à tenir relative à la prise en charge d'un patient infecté



Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées

Informations sur la conduite à tenir par les professionnels relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2

Dans le cadre de l'évolution de l'épidémie de COVID 19 sur le territoire, en phase épidémique, cette fiche vous présente la conduite à tenir dans vos établissements médico-sociaux pour la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2.

Cette fiche s'appuie sur l'avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé COVID19 du 24 mars 2020.

A. Instructions pour les autorisations de visites en cas de fin de vie et de mise en bière

1. La famille peut-elle venir assister à la fin de vie en cas d'infection de la personne au COVID19 ?

Conformément aux doctrines définies concernant les cas exceptionnels pouvant faire l'objet d'un aménagement de la suspension des visites diffusées le 7 mars 2020 :

- Des autorisations exceptionnelles de visite peuvent être accordées par le directeur de l'établissement après une appréciation au cas par cas. Cette appréciation s'appuie sur les présentes lignes directrices nationales et sur les préconisations et arrêtés locaux de l'ARS et de la préfecture.
- La situation de fin de vie constitue un motif d'autorisation exceptionnelle.
- La décision du directeur de l'établissement tient compte de l'état de santé de la personne, en lien avec le médecin coordonnateur le cas échéant.
- La direction de l'établissement veille à ce que les visiteurs exceptionnellement autorisés ne présentent pas de symptôme et organise une prise de température frontale systématique. A partir de 38°C, les visiteurs ne sont pas admis dans l'établissement.
- Lors des visites exceptionnellement autorisées, les personnes doivent veiller au strict respect de l'ensemble des mesures barrières. Leur circulation au sein de l'établissement, ainsi que les contacts avec les autres personnes et les professionnels doivent être limités autant que possible.

Les visiteurs devront porter un masque. Les EPI devront être adaptés à la situation et identiques à ceux utilisés par le personnel soignant accompagnant le résident en fin de vie (masques, lunettes, surblouse et charlotte).

2. La famille peut-elle venir assister à la mise en bière en cas d'infection de la personne au COVID19 ?

Les mêmes recommandations s'appliquent pour la mise en bière que pour la fin de vie mentionnée *supra*, en respectant toutefois un délai de quelques heures maximum entre le décès et la mise en bière.

Les transferts de corps sans mise en bière vers le domicile de la famille ne sont pas autorisés.

Le corps doit être recouvert d'un drap jusqu'au buste pour présentation du visage du défunt à la famille, si elle le demande, sans que la famille ne touche le corps et reste à distance d'au moins un mètre.

La présence de la famille doit être limitée à deux personnes à la fois.



B. Instructions pour la gestion des corps si le décès survient dans une chambre de patient en ESMS ne disposant pas d'une chambre mortuaire

1. Quelles mesures de protection pour la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2 ?

Les précautions standards et complémentaires de type gouttelette et contact, doivent être maintenues même après le décès du patient.

Les personnels assurant la prise en charge du corps doivent revêtir les équipements de protection individuel (EPI), selon la procédure de prise en charge d'un patient infecté par le virus SARS-CoV2, en plus de ces EPI les gestes barrières suivants sont à respecter scrupuleusement :

- **le lavage et la désinfection des mains**, à l'eau et au savon ou par l'application de solutions hydro-alcooliques ou du savon liquide, à l'entrée et à la sortie de chaque chambre de résident en établissement ainsi que, pour les intervenants à domicile, de chaque personne accompagnée. Une possibilité de lavage et de désinfection des mains doit être garantie pour les professionnels, les résidents et les personnes autorisées à leur rendre visite de façon exceptionnelle par le directeur de l'établissement (à l'accueil de l'établissement, aux ascenseurs et à l'entrée des salles à manger et collectives, à proximité des chambres des résidents). De façon générale et même en l'absence de cas avérés, il est nécessaire de renforcer le rythme de désinfection des mains mais aussi des locaux ;
- **éviter les contacts physiques non indispensables ;**
- **l'aération régulière de la pièce.**

2. Comment doit se dérouler la toilette mortuaire ?

Le personnel de soins ôte les bijoux du défunt et les désinfecte avec un détergeant désinfectant ou de l'alcool à 70° puis réalise l'inventaire des bijoux.

La toilette mortuaire est réalisée en appliquant les précautions gouttelette et contact sans eau, dans la chambre. Utiliser des serviettes et gants à usage unique. Les gants de toilette doivent être pré-imbibés d'une solution nettoyante et conçus pour être utilisés sans eau et sans rinçage. Le nécessaire à toilette sera éliminé dans la filière DASRI.

Si un impératif rituel nécessite la présence active d'un membre désigné par la famille, cela doit être limité à deux personnes, équipées comme le personnel de soin, avec l'accord préalable de l'équipe de soins.

3. Comment retirer une prothèse à pile ?

A l'exception des dispositifs intracardiaques¹, un médecin, constatant le décès, procède à l'explantation de la prothèse et atteste de la récupération de cette prothèse avant la toilette et mise en housse.

4. Quelles instructions vis-à-vis de la housse mortuaire ?

Le corps doit être enveloppé dans une seule housse mortuaire imperméable avec identification du défunt et l'heure de décès inscrits sur la housse.

La housse doit être fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté à la famille.

¹ Arrêté du 19 décembre 2017 fixant la liste des prothèses à pile exonérées de l'obligation d'explantation avant mise en bière prévue à l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales



Elle devra être fermée en chambre funéraire, ou en l'absence de chambre mortuaire ou funéraire dans l'établissement, dans la chambre du résident, et désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan®).

En cas d'indisponibilité d'une housse, le corps doit être enveloppé dans un drap et déposé sur le brancard, puis recouvert d'un drap avant transfert en chambre mortuaire.

5. Quelles instructions vis-à-vis du transport du corps vers la chambre funéraire ?

Un brancard recouvert d'un drap à usage unique doit être apporté dans la chambre pour y déposer le corps.

Le corps dans sa housse doit être déposé sur le brancard et la housse doit être recouverte d'un drap.

La personne décédée sera transportée vers une maison funéraire en transport funéraire dédié avec un équipement de ventilation/réfrigération.

6. Comment doivent être gérés les effets personnels de la personne décédée

Les effets personnels de la personne décédée, s'ils ne peuvent pas être lavés à plus de 60° pendant au moins 30 minutes ou désinfectés, sont mis dans un sac plastique fermé pendant 10 jours.

7. Quels sont les mesures de précaution à mettre en application dans le nettoyage de la chambre d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2 ?

Le personnel devant procéder au bionettoyage de la chambre applique les mesures de précaution préconisées pour la prise en charge du patient infecté.

Il convient de procéder au nettoyage des locaux fréquentés par la personne décédée : un délai de latence de 20 minutes est souhaitable avant d'intervenir, pour s'assurer que les gouttelettes sont bien retombées sur les surfaces.

Il convient d'équiper les personnes en charge du nettoyage des sols et surfaces d'une blouse à usage unique, de gants de ménage (le port de masque de protection respiratoire n'est pas nécessaire du fait de l'absence d'aérosolisation par les sols et surfaces) et de privilégier une stratégie de lavage-désinfection humide :

- nettoyer les sols et surfaces avec un bandeau de lavage à usage unique imprégné d'un produit détergent ;
- rincer à l'eau du réseau d'eau potable avec un autre bandeau de lavage à usage unique ;
- laisser sécher ;
- désinfecter les sols et surface à l'eau de javel diluée avec un bandeau de lavage à usage unique différent des deux précédents ;
- ne pas utiliser un aspirateur pour les sols ;
- gérer la vaisselle selon les recommandations habituelles.

Les déchets produits par la personne contaminée suivent la filière d'élimination classique (DASRI).

S'agissant du changement des draps du lit :

- porter une surblouse, des lunettes de protection, des gants jetables ;
- ne pas secouer le linge et ne pas plaquer le linge contre soi ;
- placer le linge dans des sacs habituellement utilisés et le laver à 60°C ;
- jeter les déchets potentiellement infectés dans un sac DASRI ;
- laver et désinfecter les lunettes de protections avec un produit détergent-désinfectant virucide.

ANNEXE 19: Protocole, charte et organigramme pour organiser la reprise des visites de familles

 EHPAD La Souvenance	PROTOCOLE VISITE FAMILLE EN PERIODE DE « CONFINEMENT » pour un résident Covid négatif et non à risque (Hors protocole de visite de fin de vie)				 Groupe SSD La Coupole GESTION D'EHPAD ET CLINIQUE SSR
		REDACTION	APPROBATION	VALIDATION	
	NOM	Dr ASKENATZIS David Médecin Coordonnateur	Directrice Adjointe Mme BUHLERT Rim	Mme DANINOS Directrice Générale Groupe SSD La Coupole	
	DATE	07/05/2020	07/05/2020	07/05/2020	
	VISA				

1. DESCRIPTION

A l'annonce du 19 Avril du Premier Ministre, Monsieur Édouard Philippe et du Ministre de la Santé, Monsieur Olivier Véran, sur le rétablissement du droit des visites des familles en EHPAD, et conformément au protocole sur le droit des visites en EHPAD du rapport Guedj, d'étape n°2 de mission relative à « la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement ».

2. DEFINITION

Visite d'un membre de la famille pour un résident qui n'est pas à risque Covid ou Covid positif (hors protocole de visite de fin de vie)

1. Recueillir et entendre les besoins et les attentes des résidents
2. Recueillir la demande de la famille, proches et tuteurs : visite sur rendez-vous uniquement, après accord de l'établissement
3. Signature d'une charte par les visiteurs
4. Associer à cette démarche l'ensemble de la communauté de l'Ehpad : instances représentatives du personnel et conseil de la vie sociale
5. Age requis : personnes majeures, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent
6. Nombre de personnes par visite : 2 personnes maximum pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur
7. Prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale
8. Ouvrir progressivement ces possibilités à l'ensemble des résidents
9. La durée de la rencontre : de 30 min minimum à 1h
10. Périodicité des visites : au moins tous les 15 jours, pour tendre vers toutes les semaines
11. Enregistrer l'ensemble des visites dans un registre dédié
12. Réfléchir et penser à l'accompagnement psycho-social des résidents avant et après les visites
13. Respect des gestes barrières et mesures de distanciation sociale

3.SECTEUR D'APPLICATION

Pour l'ensemble de l'établissement.

Lieu : A l'extérieur de l'établissement devant l'entrée principale de la structure (partie goudronnée pour le résident/autre partie pour la famille)

4.FONCTIONS CONCERNEES

Aide soignants, Infirmier, Infirmière Référente, Médecin Coordonnateur, Responsable hôtelière, Agent de service hôtelier, Direction.

5.DESCRPTION

Qui ?	Quand ?	Quoi ?
DIRECTION + IDEC + ASG + PSY DIRECTION	Organisation	- Communication de la Charte du droit de visite et des dates aux familles à hauteur d'une visite par jour par résident. Recueillir la demande des familles et la signature des chartes. Organiser le planning de visite familles en fonction de la demande des résidents, de l'état de stress (syndrome de glissement) et/ou de la demande des familles. - Rendez-vous de 30 minutes maximum soit 4 par jour pour l'établissement - Visites autorisées de 14h00 à 16h00
Qui ?	Quand ?	Quoi ?
DIRECTION	Avant la visite	- Demander à la famille de téléphoner avant de se rendre dans l'EHPAD afin de recueillir les possibles symptômes liés au COVID - Vérifier qu'ils n'aient pas de signes cliniques (entourage familial, fièvre, toux, difficultés respiratoires, troubles digestifs,

		état confusionnel, chute inhabituel, perte de goût et d'odorat...) • Rappel des gestes barrières : • Un masque grand public sera offert et mis à disposition à l'entrée du secteur de visite, ainsi que du gel hydroalcoolique accompagné de lingette pour une utilisation unique.
ASQ d'étage	Avant le rendez vous pour le résident	• Rappel du rendez vous • Lavage de main du résident • Mise en place d'un masque chirurgical • Isolement des autres patients en chambre • Équiper le résident d'une visière lors de sa sortie de chambre ou masques jusqu'à l'extérieur.
ASG ou ASQ	Pendant le rendez vous Pour la famille	• Limitation maximale des déplacements du Résident et port du masque • Veillez à la distance de 2 mètres entre le résident et son proche. • Aucun contact physique entre la famille et le résident • Veillez au lavage de main par friction de gel hydro alcoolique.
ASQ d'étage	Après le rendez vous Pour le résident	• Raccueillir le résident en chambre et lui laver les mains
ASG ou ASQ	Après le rendez vous	• Nettoyage de la chaise et de la table avec le détergent adapté.
ASQ d'étage	Pendant la durée du rendez vous.	• Si chambre seule Aération de la chambre.

1. Annexes

- Charte de Bientraitance du droit des visites
- Fiche technique et documentation « masques Grand-Public »

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/AFNORSpec-S76-001-Masques-Barrieres.pdf

Fiche technique :

http://groupe-ssd-lacoupole.com/images/news/docs_covid19/Fiche-Technique-Masques-Barriere.pdf

- Note d'information aux familles
- Fiche « Port du masque chirurgical »
- Fiche « Symptômes cliniques »
- Fiche « Protocole hygiène et lavage des mains »
- Feuille d'émargement.

Charte de Droit de visite en EHPAD

A l'annonce du 19 Avril du Ministère de la Santé sur le rétablissement du droit des visites des familles en EHPAD, les établissements du Groupe SSD La Coupole ont établi une Charte de Droit de visite.

Afin de respecter les visites « Sans -Contact », le Groupe SSD La Coupole ont fait le choix d'offrir aux familles des masques "grand public", certifiés AFNOR, lavage et réutilisable à minima 5 fois, respectant ainsi les protections gouttelettes. Cette commande de masques sera destinée également aux équipes des établissements afin de les protéger sur leurs temps périphériques hors de l'EHPAD.

Les maisons de retraite du groupe possédant toutes un jardin, les visites seront organisées en leur sein afin de limiter l'entrée du virus en EHPAD, de respecter les distanciation Sociale et les mesures barrières recommandées par les ARS, en sus des masques seront mis à leur disposition du gel hydro alcoolique.

Ces visites permettront aux résidents de profiter d'une sortie à l'extérieur entourés de leurs familles, de tisser à nouveau des liens sociaux et reprendre le cours de leur projet de vie en établissement.

Mme Alexandra Daninos
Directrice Générale

Organisation du Droit de visites et engagement des mesures de précautions à prendre pendant la pandémie de Covid-19

Pour l'organisation du droit des visites, il a été convenu au sein des établissements les modalités suivantes :

1. Recueillir et entendre les besoins et les attentes des résidents
2. Recueillir la demande de la famille, proches et tuteurs : visite sur rendez-vous uniquement, après accord de l'établissement
3. Signature d'une charte par les visiteurs
4. Associer à cette démarche l'ensemble de la communauté de l'EHPAD : instances représentatives du personnel et conseil de la vie sociale
5. Age requis : personnes majeures, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent
6. Nombre de personnes par visite : 2 personnes maximum pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur ;
7. Prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale
8. Ouvrir progressivement ces possibilités à l'ensemble des résidents
9. La durée de la rencontre : de 30 min minimum
10. Périodicité des visites : au moins tous les 15 jours, pour tendre vers toutes les semaines
11. Enregistrer l'ensemble des visites dans un registre dédié
12. Mettre en place les moyens humains : IDE, Aide-soignant, animatrice ou ergothérapeute
13. Réfléchir et penser à l'accompagnement psycho-social des résidents avant et après les visites
14. Respect des gestes barrières et mesures de distanciation sociale

Afin de protéger les résidents et d'éviter l'introduction du virus au sein de notre établissement, les visites organisées pendant la période de Covid-19 sont soumises à une réglementation stricte que chaque visiteur devra respecter scrupuleusement.

Je, soussigné(e), Mme ou Mr

.....

Souhaite rendre visite à mon parent/proche Mme ou Mr résident de l'EHPAD,

.....

A l'occasion de cette visite je m'engage à signer la charte du droit de visite de l'établissement et à respecter les mesures suivantes :

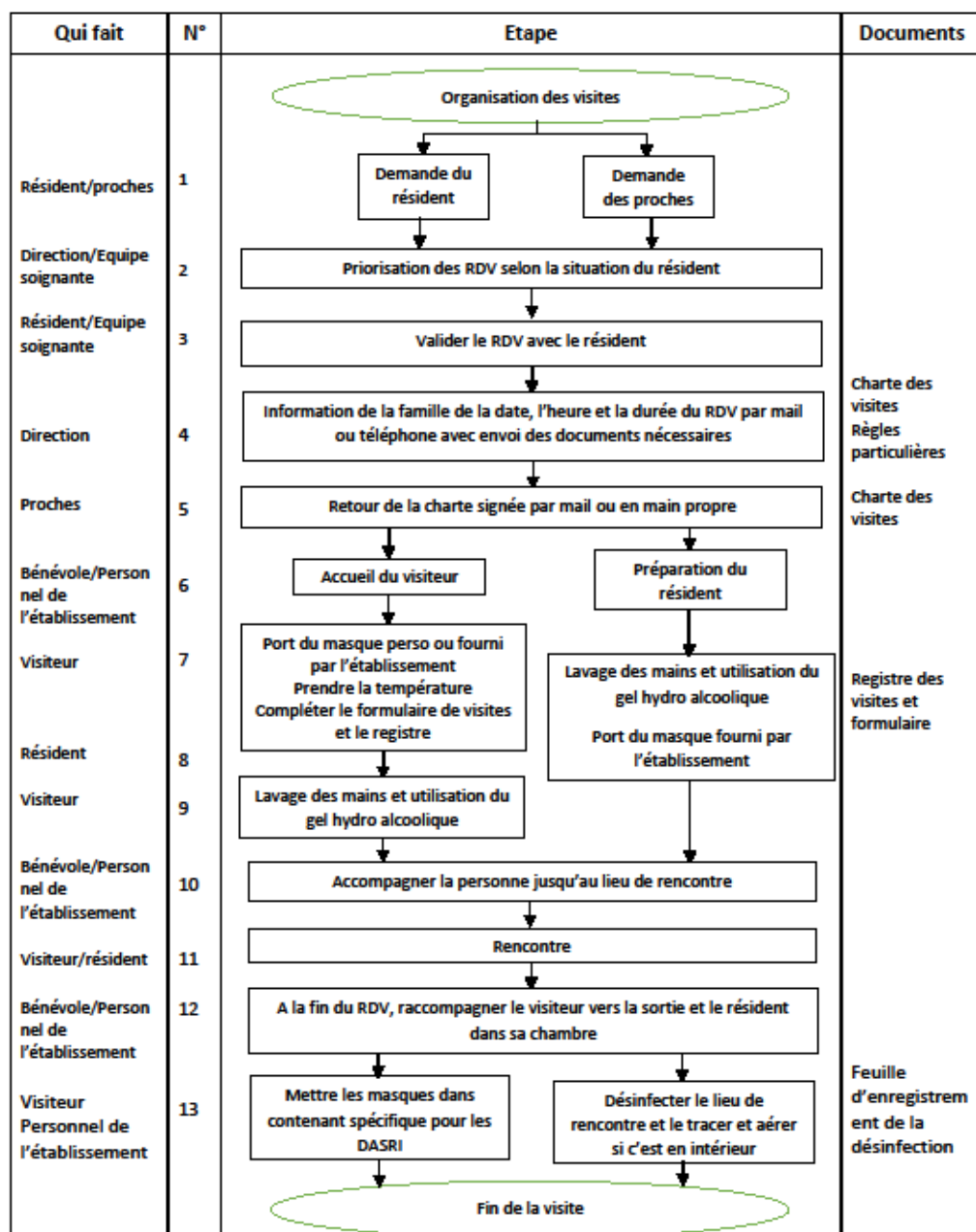
✓ Signaler à la direction et à reporter ma visite si j'ai présenté les symptômes suivants :

- Fièvre,
- Toux,
- Troubles digestifs,
- Perte du goût et/ou de l'odorat,
- Engelures aux doigts et aux orteils,
- Malaise,
- Chute inexplicée,
- Autres symptômes.
-

- ✓ Porter un masque « Grand Public » mis à disposition par la Direction pendant toute la durée de la visite, s'engager à utiliser ce masque uniquement pour les visites à savoir que ce masque est lavable et réutilisable à hauteur de 8 fois pour une durée de
- ✓ Me désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique
- ✓ Respecter les gestes barrières et les mesures de précautions mises en place
- ✓ Me tenir à une distance d'au moins 2 mètres de mon parent
- ✓ Ne pas toucher mon parent même si je porte des gants
- ✓ Ne lui remettre aucun objet, linge ou denrées alimentaires

Nom et signature du visiteur

Organisation et déroulement des visites pendant le COVID 19



ANNEXE 20 : Modèle de charte de conduite à tenir pour les intervenants libéraux

Afin de préserver au maximum l'autonomie des personnes âgées hébergées et de venir en renfort de l'action de l'établissement, le Directeur, en lien avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant, organise exceptionnellement pendant la durée du confinement COVID-19, la venue encadrée d'intervenants libéraux.

Au préalable à toute intervention, l'établissement et l'intervenant libéral s'engagent à respecter la Charte de bonne conduite ci-dessous.

Cette charte morale, qui engage ses signataires, pose le principe du respect de prérequis dans le cadre de l'intervention du professionnel libéral au contact de personnes âgées hébergées.

Monsieur/Madame « XXX », en qualité de directeur/rice de l'EHPAD « XXX »

Autorise

Monsieur/Madame « XXX », exerçant la profession de « XXX »

A intervenir au sein de l'EHPAD durant l'épidémie de COVID-19.

Article 1- Engagements de l'EHPAD

- L'EHPAD s'engage à ne pas faire intervenir plusieurs intervenants libéraux sur le même secteur de l'établissement et sur les mêmes créneaux.
- L'EHPAD s'engage à ne pas faire intervenir l'intervenant libéral auprès d'un résident testé positif au COVID, ou suspecté de l'être. Cependant, et uniquement en cas de demande expresse de la part du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur, l'accompagnement par un intervenant libéral pourra se faire si celui-ci est en lien avec la prise en charge médicale liée au COVID.
- L'EHPAD mettra à disposition les cartes vitales des résidents ainsi que les coordonnées des éventuels autres intervenants libéraux permettant la continuité des soins.
- Le médecin coordonnateur ou l'infirmier coordinateur mettra en lien les intervenants libéraux avec les médecins traitants des résidents pris en charge afin que les intervenants libéraux puissent obtenir les prescriptions médicales en vu du remboursement par la CPAM.
- L'établissement donnera accès à l'intervenant libéral au sas de déshabillage.

Article 2 - Engagements de l'intervenant libéral

- L'intervenant libéral doit avoir, dans la mesure du possible, pour seule activité la prise en charge des résidents de l'EHPAD « XXXX » afin d'éviter tout risque de contamination.

- L'intervenant libéral devra avoir une tenue professionnelle propre journalière, ainsi que des EPI (masques et gants). Si l'intervenant libéral est amené à prendre en charge un résident porteur du COVID ou suspecté de l'être, l'intervenant libéral devra se munir des EPI adaptés : masques FFP2, surblouses, charlottes, lunettes et gants.
- L'intervenant libéral s'engage à respecter le bon port des EPI comme lui mentionnera la direction de l'établissement.
- L'intervenant libéral doit respecter strictement les mesures barrières mises en place dans l'établissement : contrôle de la température à l'entrée et la sortie, entrée par le SAS de déshabillage, changement complet de tenue, y compris le port de chaussures professionnelles, réalisation des lavages de mains entre chaque résident.
- L'intervenant libéral s'engage à prendre en charge des résidents qui ne relèvent pas de sa patientèle habituelle. Il s'assurera par ailleurs d'une continuité dans la prise en soins en contactant le ou les professionnels habituel(s) dont les coordonnées seront transmises par l'établissement.
- L'intervenant libéral s'engage à prendre en charge le résident de manière individuelle. Si l'intervenant organise une séance collective, cette dernière devra respecter strictement les mesures de distanciation sociale entre chaque résident.
- L'intervenant libéral s'engage à faire un compte-rendu systématique suite à ses interventions au médecin coordonnateur, ou, en l'absence de celui-ci, à l'infirmier coordinateur.
- Si une campagne de dépistage massif du COVID est organisée pour les salariés de l'établissement, l'intervenant libéral devra également se soumettre à ce test de dépistage.
- Si l'intervenant libéral est testé positif au COVID ou présente des symptômes de COVID, il devra en informer sans délai la direction. Il ne pourra alors plus intervenir au sein de l'établissement.

Si l'une ou l'autre des deux parties ne serait pas en mesure de respecter ces engagements, la venue de l'intervenant libéral devra cesser immédiatement, et ce, pendant toute la durée de la crise sanitaire.

Fait à
Le

Pour l'établissement :
Nom Prénom Fonction

Pour l'intervenant libéral :
Nom prénom Fonction

ANNEXE 21: Le dosage des D-dimères en fonction de l'âge

perspective



D-dimères et suspicion d'embolie pulmonaire : seuil adapté à l'âge

Rev Med Suisse 2014; 10: 1908-12

G. Ongaro
M. Righini
A. Perrier
C. Marti

Age-adjusted D-dimers and pulmonary embolism

Plasma D-dimer measurement is the first diagnostic test performed in patients with a non-high or an unlikely clinical probability of pulmonary embolism (PE) but its clinical usefulness is limited in elderly patients due to a low specificity in this subgroup. PE can be excluded based on D-dimers and clinical probability only in about 5% of patients over 80 years when using the conventional cut-off. Age-adjusted D-dimer cut-off (adjusted cut-off value = age x 10 in patients over 50) increases the specificity of the test without significantly reducing its sensitivity. Using the age-adjusted D-dimer cut-off markedly reduces the need for further diagnostic studies such as computed tomography pulmonary angiography (CTPA). The age-adjusted cut-off has been widely validated in retrospective cohorts, and more recently in a prospective management study.

Le dosage des D-dimères plasmatiques est la première étape de la stratégie diagnostique en cas de suspicion d'embolie pulmonaire avec une probabilité clinique non haute. Une valeur seuil fixée à 500 µg/l a longtemps servi de référence. En raison de la faible spécificité des D-dimères, cette stratégie comporte un nombre de faux positifs élevé nécessitant le recours à une imagerie par scanner injecté chez environ deux tiers des patients. De plus, la spécificité du test diminue avec l'âge, ne permettant d'écarter le diagnostic d'EP que chez 5% des patients de plus de 80 ans. Un seuil adapté à l'âge, selon la formule (seuil de D-dimères = âge x 10 au-delà de 50 ans), permet d'augmenter la spécificité du test, sans diminution significative de sa sensibilité, et de réduire le recours aux examens supplémentaires. Cette nouvelle valeur seuil a été l'objet d'une validation extensive confirmée récemment par une étude d'implémentation.

INTRODUCTION

La suspicion d'embolie pulmonaire (EP) est un motif fréquent de consultation dans un centre d'urgences et cette pathologie représente la troisième cause de mortalité cardiovasculaire

après les syndromes coronariens aigus et les accidents vasculaires cérébraux.¹ Lorsqu'elle est diagnostiquée et traitée de façon adéquate, la maladie thromboembolique est associée à un faible risque de mortalité à court terme. Néanmoins, en l'absence de traitement, le taux de récurrence est élevé avec une mortalité à trois mois pouvant atteindre 30%.²

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE CLASSIQUE

La démarche diagnostique classique repose sur l'évaluation de la probabilité clinique d'EP, le dosage des D-dimères plasmatiques et/ou la réalisation d'une imagerie, (un angio-scanner thoracique le plus souvent) et est illustrée sur la figure 1.

Détermination de la probabilité clinique d'embolie pulmonaire

Différentes règles de prédiction ont été développées afin d'évaluer la probabilité d'EP. Les plus utilisées sont le score de Genève et le score de Wells (tableau 1). Les performances de ces scores et de leurs différentes versions sont semblables et permettent de classer les patients en deux catégories : les patients avec une haute probabilité d'EP et les patients avec une probabilité faible ou intermédiaire (score de Genève) et les patients avec une EP probable ou improbable (score de Wells).

Dosage des D-dimères plasmatiques

Les D-dimères sont produits lors de la dégradation de la fibrine par le système fibrinolytique qui est activé dès la formation d'un thrombus.³ Différentes techniques ont été développées pour leur dosage plasmatique. On distingue les techni-

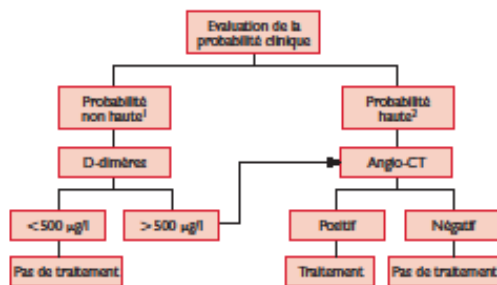


Figure 1. Stratégie diagnostique classique dans la suspicion d'embolie pulmonaire
 ¹ Ou improbable selon Wells; ² Ou probable selon Wells.

ques basées sur la méthode ELISA (Enzyme-linked immuno-absorbent assay) de celles basées sur la méthode d'agglutination.⁴ Les tests ELISA se distinguent par leur excellente sensibilité.⁵ La figure 2 illustre les performances dans ce contexte d'un test D-dimères ELISA,⁶ où l'on voit que le seuil de 500 µg/l correspond à la sensibilité maximale avec la moins mauvaise spécificité possible. Compte tenu de ces performances diagnostiques, un dosage des D-dimères inférieur à 500 µg/l permet raisonnablement d'écarter le diagnostic d'EP en cas de probabilité clinique non haute.

Angio-scanner thoracique spiralé

L'angio-CT est devenu l'examen de référence en cas de probabilité clinique élevée d'EP, ou en cas de probabilité

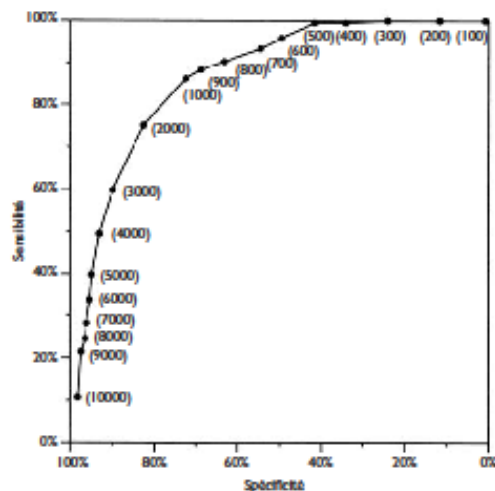


Figure 2. Sensibilité et spécificité des D-dimères en fonction de la valeur seuil dans l'embolie pulmonaire (Courbe ROC).

non haute associée à un dosage des D-dimères positif. La démarche combinant probabilité clinique, dosage des D-dimères plasmatiques et réalisation d'un CT-scan spiralé a été largement validée^{7,8} avec un taux de récurrence de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) à trois mois de 0,5% chez les patients avec une probabilité clinique non haute et un test D-dimères négatif et de 1,3% chez les patients avec un CT négatif et une probabilité clinique haute ou un test D-dimères positif.⁸

LIMITES DE LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE CLASSIQUE

La principale limite de la démarche diagnostique classique est la faible spécificité des D-dimères qui ne permet l'exclusion de l'EP sans recours à l'imagerie que chez une minorité (environ 30%) des patients se présentant avec une suspicion d'EP aux urgences. Cette spécificité est encore moins bonne pour certains sous-groupes de patients tels que les patients hospitalisés⁹ ou les patients âgés.¹⁰ En effet, il a été démontré que la concentration plasmatique moyenne des D-dimères augmente avec l'âge et qu'elle n'est inférieure à 500 µg/l que chez environ 10% des patients âgés de 80 ans et plus.¹⁰ Il en résulte une diminution de la spécificité du dosage des D-dimères selon l'âge comme le démontre le tableau 2.¹¹

Ainsi, la stratégie diagnostique combinant évaluation de la probabilité clinique et dosage des D-Dimères ne permet d'écarter le diagnostic d'EP que chez 5% des patients de plus de 80 ans¹² entraînant un recours à l'imagerie pour la vaste majorité de ces patients. Ce recours à l'imagerie est problématique en termes d'effets secondaires (allergie au

Tableau 1. Scores de probabilité clinique d'embolie pulmonaire (EP)

Score de Genève révisé	Points	Score de Wells	Points
Age > 65 ans	1	Signes cliniques de thrombose veineuse profonde (TVP)	3
Antécédent d'EP ou TVP	3	Immobilisation ou chirurgie récente	1,5
Chirurgie ou fracture < 4 semaines	2	Fréquence cardiaque > 100/min	1,5
Néoplasie active	2	Antécédent d'EP ou TVP	1,5
Douleur unilatérale de la jambe	3	Hémoptysie	1
Mollet douloureux à la palpation et œdème de la jambe unilatéral	4	Néoplasie	1
Hémoptysie	2	Diagnostic alternatif moins probable	3
Fréquence cardiaque 75-94/min	3		
≥ 95/min	5		
Probabilité clinique:			
• Faible	0-1	Probable	≤ 4
• Intermédiaire	2-4	Improbable	> 4
• Haute	≥ 5		



Tableau 2. Sensibilité et spécificité des D-dimères en fonction de l'âge dans la maladie thromboembolique
 (Adapté de réf.¹¹).
 Valeur seuil conventionnelle et seuil adapté à l'âge; * (IC 95%); NA: non applicable.

Age (ans)	Sensibilité			Spécificité		
	Seuil conventionnel ^a	Seuil adapté à l'âge	Valeur P	Seuil conventionnel	Seuil adapté à l'âge	Valeur P
< 50	97,6 (95-98,9)	NA	NA	66,8 (61,3-72)	NA	NA
51-60	100	99,4 (97,3-99,9)	0,97	57,6 (51,4-63,6)	62,3 (56,2-68)	0,005
61-70	99 (96,6-99,7)	97,3 (93,8-98,8)	0,14	39,4 (33,5-45,6)	49,5 (43,2-55,8)	< 0,001
71-80	98,7 (96,5-99,5)	97,3 (94,3-98,8)	0,2	24,5 (20-29,7)	44,2 (38-50,5)	< 0,001
> 80	99,6 (96,9-99,9)	97 (92,9-98,8)	0,06	14,7 (11,3-18,6)	35,2 (29,4-41,5)	< 0,001

produit de contraste, insuffisance rénale, irradiation), de coût et d'encombrement des services d'urgence. Par ailleurs, la scintigraphie ventilation-perfusion effectuée en cas de contre-indication à la réalisation d'un CT spiralé est fréquemment non conclusive chez les sujets âgés.¹³ Enfin, la réalisation quasi systématique de scanner spiralés comporte le risque de détecter des EP de localisation distale (sous-segmentaire) dont la relevance clinique est débattue, voire de surdiagnostic.^{14,15}

NOUVEAU SEUIL DES D-DIMÈRES ADAPTÉ À L'ÂGE

Les limites de la stratégie diagnostique classique, en particulier chez les sujets âgés, ont amené à une remise en question d'une valeur seuil universelle des D-dimères au profit d'une valeur seuil adaptée à l'âge. Le potentiel d'une telle adaptation a été évalué rétrospectivement en 2010 à partir de quatre cohortes prospectives totalisant plus de 5000 patients.¹⁶ Les auteurs ont d'abord reconstruit les courbes ROC pour chaque classe d'âges à partir de 50 ans dans deux de ces cohortes et déterminé ainsi le seuil optimal (sensibilité à 100% et meilleure spécificité). La figure 3 montre l'augmentation progressive du seuil optimal par classe d'âges, qui correspond grossièrement à la formule (seuil de D-dimères = âge x 10) à partir de 50 ans.¹ Ce nouveau seuil a ensuite été appliqué aux deux cohortes restantes. L'utilisation de la valeur seuil adaptée à l'âge a permis d'augmenter la proportion des patients avec une probabilité clinique non haute chez qui l'EP peut être écartée sur la base d'un test des D-dimères négatif (5% d'augmentation du taux d'exclusion tous âges confondus). Cette augmentation était particulièrement marquée chez les patients les plus âgés, (14% pour les patients entre 70 et 80 ans) et ceci sans augmentation significative des faux négatifs.

En 2013, une méta-analyse comprenant treize cohortes et un total de 12 500 patients a comparé les performances d'un seuil de D-dimères adapté à l'âge au seuil conventionnel dans la maladie thromboembolique. Sept cohortes concernaient des patients avec suspicion d'EP, et six une suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP).¹¹ Cette étude a confirmé une augmentation significative de la spécificité du test pour chaque classe d'âges quand on applique le nouveau seuil (tableau 2). Ainsi, la spécificité passait de 15% avec le seuil conventionnel à 35% chez les patients de

plus de 80 ans avec une diminution non significative de la sensibilité de 99,6 à 97% (99,2 et 97,5 pour le sous-groupe des patients avec suspicion d'EP). Cette diminution de la sensibilité était par ailleurs réduite lorsque l'analyse était limitée aux études utilisant un test ELISA (sensibilité de 99,6% dans le groupe ajusté à l'âge).

En termes de bénéfice clinique, l'utilisation du seuil ajusté à l'âge dans une cohorte hypothétique comprenant 1000 patients pour chaque classe d'âges et avec une prévalence d'EP d'environ 15%, permettait d'écarter le diagnostic de MTEV chez 30% des patients de plus de 80 ans (versus 12,5% avec le seuil conventionnel) et d'éviter 175 CT pour 1000 patients de > 80 ans. Le nombre de faux négatifs supplémentaires induit par l'utilisation d'un seuil adapté à l'âge s'élevait à quatre pour mille si l'on considérait la perte de sensibilité comme significative chez les patients de plus de 80 ans (tableau 2). Par ailleurs, la localisation anatomique de ces possibles faux négatifs n'était pas renseignée. Dans une étude multicentrique prospective, Kline et coll. ont en effet observé que la plupart (10 sur 11) des EP non identifiées par une augmentation du seuil des D-dimères (1000 µg/l) étaient des EP sous-segmentaires dont la relevance clinique est incertaine.¹⁷

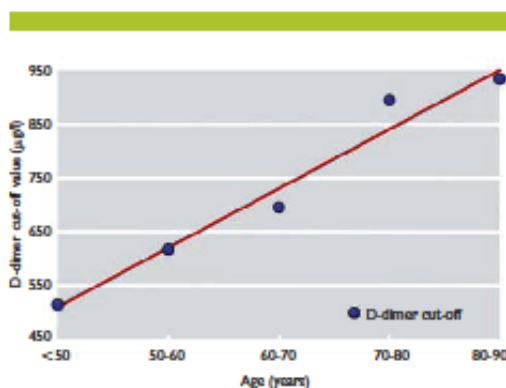


Figure 3. Valeur seuil optimale des D-dimères en fonction de l'âge pour le diagnostic d'embolie pulmonaire
 (Adaptée de réf.¹⁶).



VALIDATION PROSPECTIVE

Afin de confirmer les résultats de ces études rétrospectives, une étude d'implémentation a été menée entre 2010 et 2013 dont les résultats ont été publiés récemment.¹⁸ Dans cette étude multicentrique, 3346 patients avec une suspicion clinique d'EP ont été évalués aux urgences en appliquant le seuil de D-dimères adaptés à l'âge. Les D-dimères étaient mesurés par différents tests utilisant la méthode ELISA ou des tests d'agglutination de deuxième génération. Parmi les 2898 patients avec une probabilité clinique non haute, 337 (11,6%) avaient un dosage de D-dimères supérieur à 500 µg/l mais inférieur au seuil adapté à l'âge. Le taux de récurrence de MTEV à trois mois dans ce groupe de patients non anticoagulés était de 1/331 (0,3%; IC 95% : 0,1%-1,7%), soit similaire aux taux de faux négatifs de la stratégie diagnostique classique. Chez les patients âgés de plus de 75 ans, le diagnostic d'EP pouvait être écarté sans recours à l'imagerie dans 6,4% des cas avec le seuil standard et 29,7% avec le seuil adapté à l'âge sans augmentation du nombre de faux négatifs.

CONCLUSION

L'utilisation d'un seuil de D-dimères adapté à l'âge permet de réduire le nombre de patients nécessitant un scanner injecté lors de suspicion d'EP sans augmentation significative des faux négatifs. Cette stratégie peut donc être utilisée chez les patients avec une probabilité clinique d'EP

non haute et dans les centres utilisant des dosages de D-dimères hautement sensibles (ELISA ou tests d'agglutination au latex de seconde génération).

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- La spécificité des D-dimères diminue avec l'âge. Au seuil conventionnel de 500 µg/l, ils ne permettent d'exclure l'embolie pulmonaire (EP) que chez 5% des patients de plus de 80 ans
- L'utilisation d'un seuil adapté à l'âge (âge x 10) permet d'exclure le diagnostic d'EP chez 30% des sujets de plus de 75 ans contre 6% avec le seuil conventionnel

Adresse

Dr Gioele Ongaro et Christophe Marti
Pr Arnaud Perrier
Service de médecine interne générale
Service des urgences (CH)
Dr Marc Righini
Service d'angiologie et hémostase
HUG, 1211 Genève 14
gioele.ongaro@hcuge.ch
arnaud.perrier@hcuge.ch
christophe.marti@hcuge.ch
marc.righini@hcuge.ch

Bibliographie

- 1 Goldhaber SZ, Bounameaux H. Pulmonary embolism and deep vein thrombosis. *Lancet* 2012;379:1835-46.
- 2 Meyer G, Roy PM, Gilbert S, Perrier A. Pulmonary embolism. *BMJ* 2010;340:c1421.
- 3 Bockanadt P. D-dimer in venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2003;349:1203-4.
- 4 Gonzalez J, Chinet T. Intérêt du dosage des D-dimères dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire. *Med Hyg* 1999;57:706-9.
- 5 Roy PM, Colombat I, Durieux P, et al. Systematic review and meta-analysis of strategies for the diagnosis of suspected pulmonary embolism. *BMJ* 2005;331:259.
- 6 Perrier A, Desmarais S, Goshring C, et al. D-dimer testing for suspected pulmonary embolism in outpatients. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:492-6.
- 7 Perrier A, Roy PM, Sanchez O, et al. Multidetector-row computed tomography in suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2005;352:1760-8.
- 8 van Balk A, Buller HR, Hutteman MV, et al. Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography. *JAMA* 2006;295:172-9.
- 9 Krup MJ, Sohne M, Nijkester M, et al. A simple diagnostic strategy in hospitalized patients with clinically suspected pulmonary embolism. *J Intern Med* 2006;260:459-66.
- 10 Righini M, Goshring C, Bounameaux H, Perrier A. Effects of age on the performance of common diagnostic tests for pulmonary embolism. *Am J Med* 2000;109:357-61.
- 11 Schouten HJ, Goerding GJ, Klok HL, et al. Diagnostic accuracy of conventional or age-adjusted D-dimer cut-off values in older patients with suspected venous thromboembolism: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f2492.
- 12 Righini M, Nandaz M, Le Gal G, Bounameaux H, Perrier A. Influence of age on the cost-effectiveness of diagnostic strategies for suspected pulmonary embolism. *J Thromb Haemost* 2007;7:1869-77.
- 13 Righini M, Le Gal G, Perrier A, Bounameaux H. The challenge of diagnosing pulmonary embolism in elderly patients: Influence of age on commonly used diagnostic tests and strategies. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1039-45.
- 14 Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. Time trends in pulmonary embolism in the United States: Evidence of overdiagnosis. *Arch Intern Med* 2011;171:831-7.
- 15 Anderson DR, Kahn SR, Rodger MA, et al. Computed tomographic pulmonary angiography vs ventilation-perfusion lung scanning in patients with suspected pulmonary embolism: A randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298:2743-53.
- 16 Douma RA, le Gal G, Sohne M, et al. Potential of an age-adjusted D-dimer cut-off value to improve the exclusion of pulmonary embolism in older patients: A retrospective analysis of three large cohorts. *BMJ* 2010;340:c1475.
- 17 Kline JA, Hogg MM, Courtney DM, et al. D-dimer threshold increase with pretest probability unlikely for pulmonary embolism to decrease unnecessary computerized tomographic pulmonary angiography. *J Thromb Haemost* 2012;10:572-81.
- 18 Righini M, Van Es J, Den Exter PL, et al. Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: The ADJUST-PE study. *JAMA* 2014;311:1117-24.

* à lire
** à lire absolument

ANNEXE 22 : Fiche de stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement

Coronavirus (COVID-19)

FICHE ARS

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS ET A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19

La population des personnes âgées de plus de 70 ans constitue le public le plus vulnérable à l'épidémie de Covid-19. En effet, les formes graves et sévères du Covid-19 touchent tout particulièrement la population âgée. Ainsi, selon les données SIV-IC, au 24 mars 2020, 85% des décès Covid-19 constatés concernent des personnes âgées de plus de 70 ans. Ces données ne tiennent pas compte des décès liés au Covid-19, dans les établissements d'hébergement de personnes âgées et des personnes âgées à leur domicile, en cours de recensement par Santé publique France. Plusieurs ARS ont d'ores-et-déjà signalé une multiplication des cas confirmés ou suspectés dans les EHPAD.

L'organisation par les ARS de réponses spécifiques aux personnes âgées en établissements et à domicile représente une priorité dans la gestion de l'épidémie. Le retour d'expérience de la région Grand-Est a permis d'établir des éléments d'anticipation de la réponse sanitaire à mettre en œuvre en cas d'afflux de patients positifs au Covid-19. Plusieurs de ces éléments d'anticipation portent sur l'organisation des EHPAD et les besoins spécifiques des personnes âgées. Si les unités de soins de longue durée (USLD) constituent des services de soins, elles méritent également une attention spécifique compte tenu des personnes âgées fragiles qui y sont hospitalisées.

Plusieurs documents ont déjà été publiés pour accompagner les ARS, les établissements d'hébergement de personnes âgées et les établissements de santé, ainsi que les services et les professionnels du secteur des personnes âgées.

La présente stratégie vient compléter ces différentes fiches pour prendre en compte les conclusions du Conseil scientifique s'agissant de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, en date du 27 mars 2020, et rappeler ainsi les principales questions sanitaires à prendre en compte pour gérer l'épidémie et des éléments de doctrine pour accompagner l'organisation des régions et des professionnels.

Des ARS ont déjà formalisé la déclinaison de ces éléments de doctrine en des recommandations régionales.

I- Systématiser une organisation régionale dédiée

Les ARS constituent le principal niveau d'organisation de la prévention de la propagation de l'épidémie, de coordination des prises en charge des patients âgés positifs au Covid-19 et d'anticipation des réponses à apporter, en lien avec les services de l'Etat et les collectivités territoriales. Elles doivent pour cela mettre en place une cellule dédiée aux personnes âgées au niveau régional et déclinée en tant que de besoin dans chaque département.

30/03/2020



1

Coronavirus (COVID-19)

Les coordonnées de cette cellule dédiée devront être diffusées à l'ensemble des ESMS prenant en charge des personnes âgées sur le territoire dans les plus brefs délais.

Cette régulation vise à appuyer les établissements (EHPAD, USLD, résidences autonomie, résidences services) et les intervenants à domicile (professionnels de santé libéraux, SSIAD, SAAD) pour :

- Diffuser les consignes d'organisation et de prévention des risques dans les établissements et services accueillant et accompagnant des personnes âgées ;
- S'assurer de la mise en place de coopérations et de filières de soins entre les EHPAD, les médecins et professionnels de santé de ville, les services à domicile, et les établissements de santé ;
- Organiser les renforts en professionnels des établissements en demande ;
- Veiller à l'accompagnement des professionnels : effectivité des modes de garde, des transports ou de l'accompagnement psychologique ;
- Soutenir et faciliter les dispositifs d'accompagnement psychologique des personnes et de leur famille ;
- Prévenir et surveiller les ruptures d'approvisionnement ;
- Mettre en place une veille et une surveillance des territoires et établissements en difficulté, et organiser les remontées d'informations au national.

Le niveau national intervient en deuxième niveau de régulation pour accompagner les régions dans l'organisation des renforts en professionnels, en médicaments et matériels, et pour diffuser les recommandations.

Ce pilotage et cette régulation s'appuieront sur un suivi épidémiologique adapté à la population des personnes âgées.

Santé Publique France, en lien avec les ARS, et sous la coordination du ministère appuyé par la DREES, suivra plus précisément l'évolution de la situation dans les établissements et les territoires (Nombre d'EHPAD concernés par des cas groupés Covid + ; Nombre de décès de personnes âgées Covid + à domicile ou en EHPAD...).

Par ailleurs, le suivi des seuils épidémiques dans les départements et l'utilisation des simulations épidémiologiques par région vont aider à anticiper les tensions et à déclencher les aides aux établissements et aux territoires les plus en difficulté.

II- Mettre en place les mesures de protection renforcée au sein des établissements hébergeant des personnes âgées

L'ARS a un rôle de relais et de conseil, en lien avec les équipes des Centres de prévention des infections associées aux soins (CPIas) et les équipes d'hygiène hospitalière, auprès des établissements hébergeant des personnes âgées en matière d'appropriation des gestes barrières mais aussi concernant légalement des mesures de confinement.

Les règles relatives aux mesures de protection à déployer dans les établissements hébergeant des personnes âgées et handicapées ont été actualisées dans un document transmis à l'ensemble du secteur le 28 mars 2020.

30/03/2020



2

Coronavirus (COVID-19)

III- Organiser et renforcer l'accès aux soins pour les personnes âgées en établissements et à domicile

Dans cette période d'épidémie, plus encore qu'habituellement tous les acteurs du système de soins doivent être mobilisés pour apporter un appui à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, en résidences ou à domicile, y compris les personnes handicapées vieillissantes. En effet, les personnes âgées doivent bénéficier, comme le reste de la population, du soin approprié à leur état de santé en prenant en compte leurs fragilités particulières et notamment celles liées à l'âge dont on sait qu'il constitue un facteur de risque supplémentaire.

La fiche « Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de Covid-19 » précise l'organisation des acteurs de soin en ville auprès des personnes âgées. Le recours aux téléconsultations devra être privilégié dès lors qu'il sera pertinent afin de minorer les expositions au Covid-19. Les téléconsultations sont désormais prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire. Il est également possible de déroger au parcours de soins coordonné (orientation par le médecin traitant et connaissance préalable du patient) pour les patients suspects ou infectés Covid-19.

Par ailleurs, une fiche sur l'appui des professionnels de ville pour la prise en charge des personnes en établissements et à domicile est en cours de finalisation.

Plus d'informations sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-et-telesecurite-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>.

S'agissant de l'appui des établissements de santé (court séjour, HAD, hôpital de proximité, SSR) la fiche « Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » définit les ressources qui doivent être mises à disposition sur les territoires en fonction du maillage existant.

Les ARS ont un rôle important de coordination des différents dispositifs, à travers :

1. La création d'une astreinte sanitaire « personnes âgées » au sein du territoire, dédiée aux professionnels de santé des ESMS accompagnant des personnes âgées, avec numéro dédié (« hotline »).
 - Les objectifs de cette astreinte sont les suivants (voir détails dans la fiche « consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ») :
 - offrir, en lien avec le SAMU, une expertise gériatrique à tous les professionnels des établissements pour organiser la prévention au sein de l'établissement ;
 - collégialiser ainsi la prise de décision médicale pour la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé (au moment de l'apparition du cas, en réévaluation, en sortie d'hospitalisation) ;
 - mobiliser en tant que de besoin les ressources nécessaires pour la prise en charge des résidents Covid + au sein des établissements hébergeant des personnes âgées.

- Les ARS sont invitées, dans ce cadre à s'assurer :

30/03/2020



3

Coronavirus (COVID-19)

- du déploiement de l'astreinte avec un bon maillage territorial ;
- de l'armement de cette astreinte grâce à la mobilisation des professionnels du territoire ;
- de la connaissance par les responsables des astreintes de l'offre d'appui disponible sur les territoires (hospitalisation à domicile, équipes mobiles de gériatrie, etc.) ;
- de la bonne mise en contact des établissements avec les astreintes sanitaires « personnes âgées ».

2. La mobilisation maximale des ressources disponibles pour appuyer les établissements et services accompagnant des personnes âgées dans la prise en charge de résidents atteints du Covid-19.

Dans ce cadre, les ARS appellent l'ensemble des établissements impactés à leur communiquer systématiquement les informations suivantes, en vue de la mise en place d'une réponse rapide :

- difficulté relative au matériel (extracteurs, pousse-seringue, etc.) ;
- difficulté relative au personnel (absentéisme ; présence soignante insuffisante, y compris la nuit) ;
- difficulté pour mobiliser des ressources extérieures en appui de la prise en charge dans l'établissement, notamment l'astreinte « personnes âgées » (cf infra).

Pour assurer la mobilisation maximale des ressources du territoire, les ARS effectuent les vérifications suivantes :

- demande aux ESMS de vérifier l'état du circuit de distribution de l'oxygène ;
- s'agissant des équipes mobiles de gériatrie : le déploiement rapide de leurs activités extra-hospitalières en tenant compte de leurs ressources ;
- s'agissant des établissements et structures d'hospitalisation à domicile (HAD) : leur mobilisation accrue et selon des modalités assouplies sur le plan réglementaire à titre exceptionnel :
 - il n'est pas nécessaire que l'EHPAD et l'HAD aient une convention pour l'intervention de l'HAD ;
 - en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'accord du médecin traitant à la prise en charge de son patient en HAD n'est pas nécessaire ;
 - la prescription de la prise en charge en HAD peut être faite par tout médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans prescription médicale préalable ;
- s'agissant des ressources en soins palliatifs : plusieurs adaptations de l'organisation et des pratiques palliatives doivent faciliter l'appui des établissements de santé aux ESMS pour personnes âgées :

30/03/2020



4

Coronavirus (COVID-19)

- il est organisé une astreinte soins palliatifs dédiée aux ESMS pour personnes âgées afin de recenser les ressources. En lien avec l'astreinte « personnes âgées » du territoire, elle permet l'organisation d'une décision collégiale ;
- l'astreinte mobilise l'HAD et les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs qui sont également des ressources importantes (cf recommandations de la société savante la SFAP dans le cadre de l'épidémie Covid-19) ;
- afin de permettre l'accès à certains produits indispensables dans la prise en charge des patients Covid (paracétamol injectable, Rivotril), une adaptation du cadre réglementaire sera réalisée. Ces produits pourront être dispensés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées sur présentation d'une ordonnance émanant de tout médecin portant la mention « prescription dans le cadre du Covid-19 », pour permettre la prise en charge de la fièvre et de la douleur (paracétamol injectable) ainsi que des dyspnée et des détresses respiratoires asphyxiques (Rivotril) des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie, et conformément aux recommandations de la SFAP, jusqu'au 15 avril 2020. L'accès à ces produits sera couplé à un renfort de personnels pour en assurer la bonne utilisation ;
- la prise en charge devra prendre en compte la situation du résident et les ressources disponibles dans l'EHPAD permettant une présence soignante et le matériel adéquat. Si de bonnes conditions ne sont pas assurées il sera nécessaire de prévoir le transfert du résident dans un établissement de santé (les hôpitaux de proximité pourront être mis à contribution) ;
- certains médicaments en réserve hospitalière administrés dans le cadre des soins palliatifs sont désormais dispensés par les PUI des établissements de santé. Certains EHPAD sont déjà rattachés ou ont un partenariat avec une PUI. Les autres EHPAD, qui s'approvisionnent dans des officines, devront être orientés vers des PUI autorisées à rétrocéder des médicaments.

3. La facilitation du dépistage au sein des établissements

Il convient de faciliter la réalisation des tests PCR au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dans les cas prévus par la doctrine actuelle.

La montée en puissance des tests à destination des personnels accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie est actuellement en cours d'analyse dans le cadre de la réflexion globale sur la nouvelle doctrine de test nationale, en cohérence avec les conclusions du Conseil scientifique relatifs aux EHPAD, en date du 27 mars 2020.

IV- L'hospitalisation de la personne âgée

La décision médicale d'hospitalisation d'une personne âgée atteinte du Covid-19 s'appuie sur les recommandations du Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie (qui intègre les fédérations de médecins coordonnateurs d'EHPAD) et prend en compte la situation du patient ainsi que les conditions de sa prise en charge dans l'établissement et en hospitalisation. Elle vise à identifier les personnes âgées suspectes d'infection Covid-19 mettant en jeu leur pronostic vital mais pour lesquelles l'hospitalisation représente un bénéfice réel.

30/03/2020



5

Coronavirus (COVID-19)

Pour ces personnes, le choix entre une hospitalisation en soins critiques, en court séjour, en HAD, en hôpital de proximité, en USLD ou en SSR doit être discuté collégialement, à travers le système de l'astreinte sanitaire « personnes âgées » évoquée supra.

Il appartient à l'ARS d'anticiper les besoins d'hospitalisation des personnes âgées atteintes du Covid-19, sur la base d'hypothèses ajustées aux recommandations du CNP de gériatrie.

Il appartient à l'ARS d'appuyer les établissements qui ne l'auraient pas encore fait dans le développement d'organisation d'une filière d'admission directe non programmée sans passage aux urgences. Cela concerne les GHT, les hôpitaux de proximité, les établissements privés, les établissements et structures de SSR.

Les hôpitaux de proximité, en particulier, sont appelés à être mobilisés dans ce cadre.

Cette filière doit s'assurer de l'accès à des ressources de soins palliatifs soit en interne, soit au travers d'équipes mobiles.

Cette organisation tient compte des capacités libérées par la déprogrammation des actes non urgents.

Ce circuit court s'articule avec la hotline gériatrique et les protocoles partagés avec le SAMU.

La sortie d'hospitalisation doit elle aussi faire l'objet d'une décision collégiale grâce au dispositif de l'astreinte hospitalière. Elle prend en compte la sécurité du patient et la nécessité de prévenir la dégradation de la situation générale de l'EHPAD. Il s'agira alors de s'appuyer sur les hôpitaux de proximité et les SSR, les USLD, voire d'autres solutions alternatives (ex : hôtels hospitaliers).

V- Gestion des décès et deuils

La fiche dédiée à la gestion des corps diffusée le 27 mars 2020 aux ARS et au secteur présente la conduite à tenir dans les établissements médico-sociaux pour la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2. L'ARS a ici aussi un rôle de conseil et de diffusion de doctrine en la matière.

Cette fiche s'appuie sur l'avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé Covid-19 du 24 mars 2020, et précise :

- les instructions pour les autorisations de visites en cas de fin de vie et de mise en bière ;
- les instructions pour la gestion des corps si le décès survient dans une chambre de patient en EHPAD ne disposant pas d'une chambre mortuaire.

VI- Renforcer en professionnels les ESMS accompagnant des personnes âgées

Afin de répondre aux besoins en ressources humaines de certains ESMS dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, les ARS peuvent mobiliser plusieurs leviers.

D'une part, elles peuvent autoriser les EHPAD à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, dans la limite d'un contingent mensuel de 20 heures, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des résidents, en application du décret n°2020-298 du 24 mars 2020 modifiant le décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires. Elles peuvent également inviter les directeurs d'établissement qui ne l'auraient pas encore fait à réexaminer la situation individuelle des personnels à temps partiel (hors temps partiel de droit).

30/03/2020



6

Coronavirus (COVID-19)

D'autre part, elles peuvent mobiliser au profit des EHPAD et des services à domicile les viviers de personnels mobilisables dans le contexte particulier de l'épidémie de Covid-19 (cf. fiche « Modalités de mobilisation des personnels dans le cadre de la lutte contre la propagation du Covid-19 »).

La mise à disposition de personnel à titre gratuit entre établissements et services sociaux et médico-sociaux peut également être encouragée. Une fiche spécifique relative aux mécanismes de renfort des ressources territoriales mobilisables dans les secteurs sociaux et médico-sociaux est en cours de finalisation.

1. Les professionnels de santé volontaires

En complément des plateformes mises en place au sein de certaines régions, un dispositif national de recensement des professionnels de santé volontaires est désormais activé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/covid-19-appel-a-volontariat-aupres-des-professionnels-de-sante>). La liste des professionnels mobilisables – en particulier ceux s'étant signalés pour exercer exclusivement au sein de leur région – sera transmise aux ARS, qui pourront donc en affecter une partie au sein des EHPAD ou des services des établissements de santé qui prendront en charge des personnes âgées, en fonction des besoins constatés localement. Le cas échéant, les ARS veilleront à informer les structures accueillant ces personnels volontaires des différentes options à leur disposition pour formaliser cette collaboration (convention, contrat à durée déterminée, mise à disposition).

L'intervention dans les structures pour personnes âgées des professionnels libéraux, médecins et infirmiers, constitue une priorité et devra être organisée au niveau local.

Les infirmiers libéraux peuvent intervenir en Ehpad, à la demande des établissements, pour assurer des soins infirmiers afin de répondre aux besoins de prise en charge des résidents que les infirmiers salariés ne parviennent plus à couvrir. A titre exceptionnel, ils peuvent facturer leurs actes à l'assurance maladie en sus des budgets soins des établissements.

2. Les professionnels susceptibles d'être réquisitionnés

Le directeur général de l'ARS peut proposer au préfet de département de requérir le service de professionnels de santé (médecins et infirmiers), qu'ils soient libéraux (conventionnés ou non), salariés de centres de santé, exercent en administration publique (médecins de santé publique, médecins conseils, etc.), à la retraite, sans activité ou en formation (étudiants de 2ème année de 2ème cycle et de 3ème cycle de médecins et pharmaciens, étudiants en soins infirmiers de 3ème année).

3. Les équipes de direction

Les équipes de direction des EHPAD vont être fortement mobilisées sur de nombreux sujets et soumises à une forte pression. L'arrivée de directeurs en appui permettrait d'assumer ces nouvelles charges de travail et d'apporter de nouvelles compétences.

Le Centre national de gestion (CNG) a lancé un appel au volontariat auprès de l'ensemble des directeurs d'hôpital, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et des directeurs des soins. Les candidatures seront transmises en priorité aux régions les plus sous tension, et ces candidats pourront, notamment, être orientés vers des EHPAD nécessitant un renfort.

4. La réserve sanitaire

30/03/2020



7

Coronavirus (COVID-19)

Le directeur général de l'ARS peut, par décision motivée, recourir à la réserve sanitaire. Comme pour les personnels volontaires, l'ARS est chargée de piloter l'affectation des renforts en fonction des priorités. Pour rappel, les missions des réservistes ne peuvent excéder 45 jours cumulés par année civile.

5. Les étudiants en santé

Il est rappelé aux ARS que l'instruction du 19 mars 2020 relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé prévoit les différentes modalités de mobilisation des étudiants en santé dans le cadre de l'épidémie de Covid-19. En particulier, des vacations peuvent être proposées par voie de contrat à l'ensemble des étudiants en santé volontaires pour aider à la prise en charge des patients. Les étudiants des IFSI et des IFAS sont notamment des possibilités de renforts pour les EHPAD.

Les professionnels de santé et ces étudiants en santé pourront, selon les cas, être mobilisés ou réquisitionnés par les ARS conformément à l'arrêté en cours de signature relatif à la mobilisation et à l'indemnisation des professionnels de santé dans le cadre de l'épidémie de coronavirus (Covid-19).

VII- Accompagner les professionnels dans leurs décisions et dans la prise en charge des patients Covid-19 et les personnes âgées et leurs familles

1. Aide à la décision des professionnels

L'orientation vers une hospitalisation, le maintien au domicile d'un patient Covid-19 ou la dispensation de soins palliatifs relèvent d'une décision médicale collégiale, et ne peuvent relever d'une doctrine nationale ou régionale. Afin d'éclairer ces décisions et d'aider les professionnels, la société savante de gériatrie a validé deux outils sur l'orientation en hospitalisation et la prescription de soins palliatifs.

La société savante de réanimation a également produit des recommandations sur l'orientation vers les soins de réanimation des patients Covid-19, et la société savante des soins palliatifs des recommandations spécifiques au Covid-19.

2. L'accompagnement éthique des professionnels

Comme pour tout autre patient, la décision collégiale d'admettre une personne âgée en réanimation ou de l'orienter vers des soins palliatifs, tient compte de l'appréciation de la situation par les équipes médicales (notamment, s'agissant des personnes âgées, de leurs facteurs de vulnérabilité propres) et engage des choix éthiques. Pour cette raison, les ARS doivent veiller à ce que les personnels des EHPAD puissent avoir connaissance des productions de sociétés savantes, du CCNE et puissent bénéficier de l'appui d'instances collégiales pour les accompagner et les conforter dans leurs décisions.

Les ARS doivent encourager le recours aux espaces de réflexion éthique régional (ERER) ou à défaut, à des comités d'éthique locaux ou aux groupes d'éthique clinique des CHU pour les cas les plus complexes.

3. L'accompagnement psychologique des professionnels

Les ARS doivent sensibiliser les directeurs et directrices d'ESMS accompagnant des personnes âgées à la nécessité d'organiser des temps d'échanges avec les équipes pour favoriser le partage des expériences et le repérage des difficultés individuelles.

30/03/2020



8

Coronavirus (COVID-19)

Chaque établissement doit proposer aux personnels qui le souhaitent des échanges avec un psychologue. Dans cette perspective, les ARS doivent faire connaître les dispositifs d'accompagnement psychologique à la disposition des professionnels, tels que :

- le dispositif de soutien psychologique qui sera prochainement déployé par le Gouvernement, en prenant appui sur l'expertise du Comité National de l'urgence médico-psychologique (CNUMP) et du réseau des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) ;
- d'éventuelles initiatives régionales (à l'échelle de la CUMP) ou locales ;
- le dispositif d'écoute téléphonique (0 805 23 23 36) et l'application mobile proposés par l'association Soins aux professionnels en Santé (SPS).

Parallèlement, les établissements autorisés en psychiatrie sont amenés à se mobiliser en soutien des établissements sociaux et médico-sociaux. Ce partenariat est attendu pour organiser une offre de soutien pour les personnels. Les CUMP sont activées en tant que de besoin et les personnels psychiatres et psychologues, qui sont mobilisables, sont invités à les renforcer (cf : fiche sur les consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements autorisés en psychiatrie en période d'épidémie Covid-19).

4. Accompagner psychologiquement les personnes âgées et leurs familles

Les ARS doivent s'assurer que les EHPAD et des intervenants du domicile proposent des dispositifs de soutien psychologique aux personnes âgées et à leurs familles. Au-delà des dispositifs déjà existants ou de la présence de psychologues dans les EHPAD, les établissements de santé autorisés en psychiatrie pourront également intervenir pour accompagner les résidents et les familles.

30/03/2020



9