

	PLAN D’ACTION COVID 19 EN EHPAD Additif au 20/03/2020		Nb de pages : 11
			Date de création 13/03/20
Comité de Lecture/Rédaction : Dr Robert ABADIE Méd Co Dr François.R BERTAUD DU CHAZAUD Méd Co Dr Marie-José GADEA Méd Co Dr Mickaël HERAULT Méd Co	Comité des Contributeurs actifs :	Comité expert: Dr Pierre RUMEAU Expert médical Télémedecine	<i>Références :</i>
Date d’application	Version PROC /V1	Dates de révision	

Contexte : Epidémie en stade 3 avec préconisation de confinement pour la population

ADDITIF CONCERNANT L’ANTICIPATION ORGANISATIONNELLE ET FONCTIONNELLE AU STADE SUIVANT DE L’EPIDEMIE :

Fonctionnement en mode préventif renforcé (cas1)

Rappel : En situation de généralisation de la pandémie, l’EHPAD doit envisager pour la continuité de son fonctionnement les cas de figures suivants :

Cas 1 : Le personnel et les résidents de l’EHPAD ne sont pas « suspects » du COVID-19 et l’environnement proche est impacté (Fonctionnement en mode préventif renforcé)

Cas 2 : Un ou plusieurs membres du personnel ou des résidents de l’EHPAD est (sont) « confirmé(s) » au COVID-19 et l’hospitalisation est envisageable. (Fonctionnement en mode contaminé avec un environnement sanitaire fonctionnel)

Cas 3 : Un ou plusieurs membres du personnel ou des résidents de l’EHPAD est (sont) « confirmé(s) » au COVID-19 et l’hospitalisation n’est pas envisageable du fait de la saturation des services. (Fonctionnement en mode contaminé et autonome avec un environnement sanitaire dégradé)

Au stade actuel de l’épidémie, dans la plus grande partie de la région Occitanie, les actions menées dans les EHPADs ont pour but d’éviter la pénétration du virus dans l’établissement et/ou d’en limiter les conséquences :

REFLEXION CONCERNANT LE CONFINEMENT INTRA-EHPAD DES RESIDENTS

Plusieurs options s’offrent à ce stade à nous afin **d’éviter ou de limiter « l’explosion épidémique »** qui se produit dans les EHPADs dès le début de leurs contaminations.

Les contraintes issues des caractéristiques de l’épidémie à Covid-19 :

- ⇒ La **grande contagiosité** de l’épidémie (similaire aux situations de GEA en EHPAD).
- ⇒ Le **délai d’incubation long** du Covid-19 (jusqu’à 14 jours voire plus) et la possibilité de **porteurs sains contaminants**.

Les objectifs préventifs à mettre en œuvre et à adapter selon les possibilités propres à chaque structure :

- ⇒ La limitation du **nombre des contacts interhumains** (résident / personnel) (idéalement de l’ordre de 5 !)
- ⇒ La limitation de la **durée des contacts interhumains** (idéalement < 15 minutes)

- ⇒ La possibilité d'organiser la **distanciation** (1 mètre) (résidents / personnel)
- ⇒ La mise en œuvre des **mesures barrières** en tenant compte de la limitation des moyens matériels disponibles : *SHA, masques...*)
- ⇒ Le **repérage précoce des cas suspects** chez les résidents et le personnel qui s'effectue actuellement sur la base d'une hyperthermie associée à des manifestations broncho-pulmonaires +/- le contact avec une personne confirmée. (*Plus de possibilité de confirmer le Covid-19 y compris pour le personnel*)

En tenant compte de ces éléments actuellement 3 options s'offrent à vous :

OPTION 1 : ABSENCE DE CONFINEMENT DES RESIDENTS EN CHAMBRE AVEC MESURES BARRIERES RENFORCEES

Bénéfices :

- Option qui modifie **le moins l'organisation fonctionnelle** de l'EHPAD
- **Préservation de la vie sociale** des résidents et de son retentissement global en termes de santé.

Risques :

- Exposition au **risque contagieux maximum**
- Les prises de décisions organisationnelles avenir en cas d'apparition du premier cas suspect **auront un temps de retard de l'ordre de 1 à 2 semaines pour être pleinement efficaces.** (*Possible explication au caractère « explosif » de la propagation en EHPAD*).

Limites :

- Dès que l'EHPAD sera contaminé la possibilité d'organiser un secteur dédié COVID+ sera difficile à mettre en place (*Le déplacement matériel des résidents et de leurs affaires sera difficile à imposer et à réaliser / un seul « homme d'entretien » par EHPAD / Accord des familles et risque juridique / Un bail locatif lie l'occupant à la structure ...*)

OPTION 2 : CONFINEMENT EN CHAMBRE DE L'ENSEMBLE DES RESIDENTS DE L'EHPAD

Bénéfices :

- Option qui est le plus **en accord avec les solutions théoriques à mettre en œuvre pour limiter l'expansion de l'épidémie** intra EHPAD (contacts, distanciation ...)

Risques :

- **Répercussions psychologiques et aussi physiques sur l'état de santé** des résidents proportionnel à la durée de l'isolement social et la réduction des activités physiques (anxiété-dépression, déshydratation par manque d'apport, conséquences de l'immobilisation.). Le retentissement psycho-physique est probablement plus important chez les plus autonomes physiquement et cognitivement.
- **Retentissement fort sur la réorganisation de l'EHPAD** dans ses fonctions d'hébergement et de soins (service restauration, aide au repas, entretien des chambres ...)

Limites :

- **Nécessaire mobilisation de l'ensemble du personnel** pour compenser l'isolement des résidents (tournées psychosociales et d'animations, tournées hydriques ...)
- Mesure qui doit, très vite, **être aménagée au cas par cas en fonction du statut du résident** (déambulante, anxieuse ...) et doit permettre des sorties individuelles encadrées et/ou organisées.

➤ Adaptation des mesures au **cas particulier de l'Unité Protégée.**

OPTION 3 : CONFINEMENT SECTORISE ET CIBLE DANS L'EHPAD

Cette option s'organise en tenant compte des éléments suivants :

- La **réorganisation** du fonctionnement de l'EHPAD en « secteurs de vie » totalement « étanches » les uns par rapport aux autres avec pour conséquence la disparition des fonctions transversales pour le personnel et la limitation des déplacements du résident à son secteur de vie.
- **Concernant les résidents :**
 - ⇒ Un **isolement strict pour certain** : à proposer aux résidents pour lesquels le retentissement en termes de santé est évalué minime (*perte d'autonomie sévère, démences sévères, fin de vie*)
 - ⇒ Une **limitation au « secteur de vie » pour les autres** : avec aménagement de la restauration et de vie sociale dans les parties communes du « secteur de vie » en respectant les préconisations de distanciation et les mesures barrières.
- **Concernant le personnel** : Autant que faire se peut, les AS, ASH et IDE, seront affectées en **fonctionnement exclusif par secteur** y compris pour leurs besoins personnels (Restauration, réunions de transmission ...)

Bénéfices :

- Option susceptible de **limiter l'expansion de l'épidémie au secteur de vie concerné**.
- **Continuation de la vie sociale organisée** et sous contrôle (*animation possible par petits groupes de 5 participants maxi...*).
- **Limiter les dangers de l'isolement prolongé de la PA** dans le cas où la crise devait se prolonger.
- Etape qui **prépare l'établissement** à une éventuelle contamination généralisée et à un **confinement complet imposé**.

Risques :

- Répercussion en terme logistique et organisationnelle pour l'EHPAD

Limites :

- **Possibilités architecturales de l'EHPAD** d'individualiser les « secteurs de vie ».
- **Limitation en personnel** notamment en cas d'absentéisme important et du recours au mode dégradé.
- Option à **mettre en route précocement** pour être efficace.

CONCLUSION

- ✚ Le choix entre ces différentes options **doit être réalisé en concertation** entre la direction, le médecin coordonnateur, l'IDEC, la responsable de l'hébergement et le chef de la restauration.
- ✚ L'option retenue doit prendre en compte pour chaque EHPAD, les **particularités architecturales et les ressources en personnel**.
- ✚ La décision pour être efficace **doit être faite en anticipation et le plus rapidement possible**. Il convient en Occitanie de profiter du relatif retard de la contamination.

RECOMMANDATION

Merci de nous faire part de vos observations contributives ou de votre éventuelle expérience sur le sujet.

