



**PLAN D'ACTION COVID 19 EN
EHPAD
Additif au 30/03/2020**

Nb de pages : 8
Date de création
30/03/20

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
Mme Anne DAVID Cadre de Santé

Comité des Contributeurs actifs :
Dr Anton SALEH
Dr Georges TEISSEYRE
Dr Sylvie-André ALHEILIG
Dr Jean-Michel PRATICO
Dr Alain SAUNE
Dr Georges MOZZICONACCI

Comité expert:
Dr Pierre RUMEAU Expert médical
Télé médecine

Références :

Date d'application

**Version
PROC /V1**

Dates de révision

Contexte : Stade actuel de l'épidémie avec des EHPADs qui se trouvent être directement touchés par le Covid 19 souvent initialement par le personnel et ensuite pour les résidents, en tenant compte des recommandations émises par l'ARS Occitanie (27/03/20) « Stratégie de prévention du Covid-19 en EHPAD en Occitanie ». Préconisation du confinement en chambre suggéré par le Ministre de la Santé au travers des médias mais pas clairement prononcé par les ARS.

REFLEXION CONCERNANT LA CREATION D'UN « SECTEUR DEDIE COVID+ » DANS VOTRE EHPAD

Cette réflexion a pour objectif d'aider les établissements à faire leurs choix organisationnels et stratégiques en tenant compte des recommandations et aussi de leurs spécificités (Caractéristique des résidents hébergés, particularités architecturales, ressources en personnels soignant et non-soignants ...). Il appartient à chaque EHPAD de faire les choix qui lui apparaîtront envisageables sur le plan matériel, du personnel et aussi de l'éthique collectivement consentie.

La problématique

Les orientations stratégiques actuellement préconisées sont les suivantes :

- **Empêcher ou limiter le plus possible la pénétration du COVID-19 dans les établissements (Mesures barrières).**
- **Confirmer rapidement et précocement les cas COVID+ pour le personnel et les résidents par la réalisation des tests diagnostiques.**
- **Limiter la propagation du virus dans l'EHPAD déjà contaminée en confinant les résidents en chambre, en « exfiltrant » les résidents Covid+ par hospitalisation ou en les isolants dans une secteur dédié Covid+ de l'EHPAD.**

Les difficultés se trouvent surtout dans la troisième préconisation et justifient cette réflexion.

Pour le confinement en chambre :

- Le confinement en chambre strict, sur une longue période est difficilement réalisable et probablement délétère pour les résidents notamment pour les plus valides.
- Il doit être associé à la sectorisation du personnel pour être efficace.

- Il pose le problème de sa réalisation dans le secteur Unité Protégée.

Pour l'hospitalisation :

- L'hospitalisation doit **être consentie** notamment en fonction des désirs du résident ou de sa famille. Elle doit prendre en compte une **évaluation du rapport bénéfice/risque** pour le patient (*quelle sera sa prise en charge pour les soins courants ? / Pour quelle perspective de prise en charge médicale plus sophistiquée ? ...*)
- L'hospitalisation **sera réalisable** en fonction des places disponibles, de la priorisation en cours et ne pourra pas être réalisée que pour un petit nombre de résidents.

Pour la sectorisation des résidents Covid+ dans un secteur dédié de l'EHPAD :

- Le transfert progressif des résidents Covid+ au gré de leurs positivités confirmées ou suspectées dans un secteur qui est déjà occupé par d'autres résidents non contaminés **pose à l'évidence un problème.**
- Le transfert nécessite **l'accord préalable du résident ou de son représentant légal.** *Le transfert sans accord exposerait à des risques de plaintes juridiques éventuelles.*
- Le transfert sera **matériellement difficile à réaliser** par les équipes (*il faudrait envisager des sortes de « déménagements » en situation d'urgence avec le plus souvent un seul homme d'entretien par EHPAD.*)

Il nous apparaît que les stratégies du confinement en chambre ou par « secteur dédié Covid+ » pour limiter la diffusion du virus ne doivent pas être les seules pris en compte. Les établissements doivent dès maintenant scénariser un mode de fonctionnement en autonomie pour la prise en charge médicale des cas graves et en nombre. Il faut éviter les improvisations de dernières minutes.

Les éléments à prendre en compte sont :

-1- L'identification précoce des cas suspects/probables/confirmés (résident / personnel) :

- ⇒ L'intérêt du dépistage par les **tests diagnostiques pour le personnel** intervenant en EHPAD devant l'apparition d'une symptomatologie typique mais aussi pauci-symptomatique ou atypique est **majeur lorsque l'EHPAD est peu ou pas contaminé.** (*Ref document ARS Occitanie du 27/03/20*)
- ⇒ Pour les résidents la réalisation des **tests diagnostiques doit être proposée aux 3 premiers résidents** présentant des symptômes évocateurs du Covid-19 et leurs réalisations sont faites dans l'EHPAD. *Il faut considérer, que dès lors qu'il existe un cas confirmé dans l'EHPAD, son statut change par rapport aux risques encourus. Le nombre total de patients Covid+ confirmé n'est pas pris en compte pour l'instant.*

-2- Le confinement en chambre pour l'ensemble des résidents dès l'apparition du premier résident Covid-19 positif

- ⇒ Les « bonnes règles de fonctionnement » du confinement sont probablement à venir notamment si celui-ci doit durer. **Des aménagements seront probablement à prévoir.**
- ⇒ Si le confinement en chambre est préconisé, dès lors que l'établissement est considéré comme contaminé, rien ne vous empêche **d'organiser de façon anticipatoire un confinement par secteur de l'EHPAD** en tenant compte de son architecture et en mettant en place en même temps **la sectorisation du personnel.** Les résidents les plus dépendants pourront d'emblée être confinés en chambre. Cette étape vous **permet de tester et d'organiser l'étape suivante** avant qu'elle se produise. Elle est aussi de nature à **limiter la propagation du virus.**

-3- Le regroupement des résidents diagnostiqués Covid-19 dans un « secteur dédié Covid+ » :

- ⇒ Selon les recommandations ministérielles (20/03/20), la **prise en charge des cas suspects ou possibles s'effectuera préférentiellement dans des « secteurs dédiés COVID+ ».**
- ⇒ **Le regroupement des « résidents Covid + » suspects/possibles/confirmés a pour objectif de limiter autant que possible la diffusion du Covid-19** dans l'établissement. *Il est probable que le passage du personnel soignant ou ASH d'une chambre à l'autre, malgré les meilleures pratiques*

d'hygiène consenties, contribue à la diffusion de la maladie (contamination Personnel-Résident). D'autre part, malgré la mise en place d'un confinement en chambre, des échanges entre les résidents auront lieu (contamination inter-résidents).

- ⇒ Le deuxième intérêt du regroupement en « Secteur dédié Covid + » est de **faciliter la prise en charge médicale et en soins** des résidents contaminés et de la **sécuriser**. (*Attention plus grande aux consignes de prévention/ Meilleure gestion des soins à risque/ Surveillance notamment la nuit ...*). **Cet intérêt est probablement le plus important à prendre en compte lorsque l'on scénarise une contamination importante de son EHPAD.**

-4- L'identification architecturale du « secteur dédié Covid+ » dans l'EHPAD :

Plusieurs pistes sont à explorer :

- ⇒ Lorsqu'il existe un **secteur PASA, un local affecté à l'Accueil de jour ou encore un grand salon isolé**, il convient d'évaluer la possibilité de le **convertir en « secteur Covid+ »** notamment si le confinement en chambre des résidents n'est pas encore envisagé.
- ⇒ **L'affectation d'une aile ou d'un étage de l'EHPAD** au « secteur dédié Covid+ » n'est techniquement réalisable **que lorsque plusieurs chambres sont inoccupées** ou lorsque que la contamination atteint de nombreux résidents.
- ⇒ L'utilisation du secteur de **l'Unité Protégée** pose des problèmes spécifiques du fait que le **transfert** des résidents peut être soit **non réalisable** (*lorsque le taux d'occupation est important*) soit **non envisageable** (*résident présentant des troubles comportementaux sévères : agressivité, déambulation ...*) et **source de perturbations supplémentaires pour le personnel soignant**.
- ⇒ L'exploitation **des espaces communs** (*espace restaurant ou salons*) pour une utilisation de type « dortoir » n'est pas envisageable pour des personnes âgées et encore moins pour les plus valides.

-5- Les conséquences de l'« isolement sanitaire » possible de l'EHPAD sur le plan médical

- ⇒ L'EHPAD doit s'approprier le plus rapidement possible **la technicité médicale pour la prise en charge des formes sévères** du COVID19 avec complications respiratoire et asphyxiante. Elle doit en particulier se **familiariser aux techniques de la sédation profonde**.
- ⇒ L'accès plus difficile aux médecins traitants et les préconisations de limiter son intervention pour des raisons d'exposition au risque contagieux, impose **un interventionnisme plus important du médecin coordonnateur** pour la prise en charge des résidents. Il faut aussi identifier, en son absence, un **médecin traitant référent suppléant**.
- ⇒ Lorsque **l'EHPAD ne disposait pas déjà d'un médecin coordonnateur**, il est nécessaire **d'identifier parmi les médecins traitants, un médecin collaborateur référent pour l'établissement**.
- ⇒ Utiliser tous **les moyens technologiques de la télémédecine** à la fois pour réaliser des consultations à distance par les médecins traitants et aussi pour la téléexpertise avec des plateformes hospitalières préalablement identifiées.
- ⇒ Utiliser toutes les ressources mises en place par le CHU et le Gérontopôle pour nous assister dans cette situation de crise sanitaire :

- La plateforme Covid+ du gérontopôle : soutienCOVIDGerontopoleEHPAD@chu-toulouse.fr / 05 61 77 64 45
- **Le service de la télémédecine hospitalière (téléexpertise / téléconsultation) /** gerontopole.telemedecine@chu-toulouse.fr / Dr Pierre RUMEAU et Mme VERLHAC Tél 05 61 77 95 00
- Possibilité d'appel de **l'Unité de Soin Palliatif Purpan** / (Dr Nicolas SAFFON au **05 61 77 60 21** de 9h à 17h.
- **Contactez CPIAS pour aide à la formation** (05 61 77 20 20 – cpias-occitanie@chu-toulouse.fr - CPIAS Occitanie Toulouse

Alors quelles solutions peut-on envisager ! :

Nous devons distinguer deux concepts dont les finalités sont totalement différentes :

- La mise en place d'un « **Secteur dédié aux résidents Covid+** » dont l'intérêt est de **limiter la diffusion** de la maladie dans l'établissement.
- Et l'aménagement d'une « **Unité de soin Covid+** » pour une **meilleure prise en charge surtout des cas sévères du Covid19 avec détresse respiratoire** et aussi pour les **situations de fin de vie** avec sédation profonde.

Ce qui paraît évident :

- ⇒ Le **dépistage massif, répété, imposé et au moindre doute** de l'ensemble du personnel de l'EHPAD
- ⇒ L'application stricte des **mesures barrières** qui seront, nous le souhaitons, favorisées dans un avenir proche par la mise à disposition du matériel nécessaire (SHA, masque, lunettes ...)
- ⇒ La mise en place d'un **fonctionnement par secteur de l'EHPAD pour les résidents et le personnel avant même sa première contamination.**
- ⇒ Le **confinement en chambre des résidents dès le premier cas** doit être **associé nécessairement à une sectorisation du fonctionnement du personnel soignant et hôtelier.**
- ⇒ Le **déplacement des résidents COVID +** dans un « Secteur dédié Covid+ » peut être envisagé mais **sera difficilement réalisable en pratique.**

Ce qui paraît nécessaire :

- ⇒ La création d'une « Unité de soin Covid+ » principalement **consacrée à la gestion des cas graves et des fins de vie** par asphyxie paraît indispensable dès lors que les hospitalisations ne sont plus possibles
- ⇒ Pour sa création, le **cas le plus favorable** correspond à **l'utilisation des espaces communs** (*espace restaurant ou salons*) qui ont été préalablement libérés lorsque l'EHPAD a pris la décision de confiner les résidents en chambre. Elle peut aussi se situer dans le secteur PASA ou le local de l'Accueil de jour quand ils existent.
- ⇒ L'« Unité de soin Covid+ » comprend **un nombre limité de lits (6 à 8) mais correctement équipés** pour faire face à des situations médicales plus techniques ou complexes avec possibilité d'une **assistance « intellectuelle »** à distance. (*Téléconsultation, télé-expertise / Gestion des gestes médicaux techniques / Regroupement du matériel technique / Limitation des déplacements du personnel soignant*)

Il convient soit de donner sa chance à la personne âgée en situation de détresse ou bien de lui garantir une fin de vie digne.

Ce dont il faut tenir compte :

- ⇒ L'« Unité de soin Covid+ » peut **s'apparenter à une unité de soins du secteur sanitaire** et nécessite pour sa mise en place du temps et de l'organisation. (*Mise en place des lits et des équipements, Identification et formation du personnel dédié. Rédaction des procédures et des conduites à tenir ...*)
- ⇒ **La création** de l'« Unité de soin Covid+ » sera **plus difficilement réalisable quand l'EHPAD est contaminé.**
- ⇒ Enfin, il faut prendre en compte que **lorsque l'EHPAD est nouvellement contaminé** (1 à 3 cas), vous aurez probablement un **délai maximum d'une dizaine de jours** avant de voir apparaître plusieurs autres cas dans votre établissement.

Exemple et éléments d'aide pour la création de l'« Unité de soin Covid + » :

L'exemple pris se situe dans le contexte d'un EHPAD ayant déjà opté pour le choix du confinement de ses résidents en chambre ou par secteur.

1. LA LOCALISATION ET L'ORGANISATION STRUCTURELLE DE L' « UNITE DE SOIN COVID+ »

- ⇒ Le confinement aménagé des résidents par étage étant effectif, **la salle de restaurant est réquisitionnée pour l'installation de l'« Unité de soin Covid+ ».**
- ⇒ Une partie de la salle du restaurant est organisée en « **box individuel** » séparé par des claustras occultés par des draps entre chaque lit.
- ⇒ Des claustras occultants permanents sont mis en place pour séparer la partie COVID + du reste de la salle et de la zone de production du restaurant ou de passage des repas.
- ⇒ L'« Unité de soin Covid+ » comprend un « **espace infirmerie** » qui lui sera propre aménagé de façon fonctionnelle pour éviter les échanges répétés avec l'infirmerie de l'EHPAD
- ⇒ Un « **espace bureau** » doit être aménagé si possible avec mise à disposition d'un **ordinateur** et/ou d'un autre moyen permettant de mettre en place la **télé médecine**.
- ⇒ A l'extérieur de l'« Unité de soin Covid + », mais à proximité pour pouvoir entendre ce qu'y si passe, il convient d'aménager un « **espace de repos** » pour le personnel.
- ⇒ Le nombre de box est proportionnel au nombre de résidents de l'EHPAD. Il faut l'évaluer, lors de sa création, autour de 8 à 10% des effectifs soit 6 à 8 box pour 80 résidents. Vous aurez ensuite si besoin la possibilité de l'étendre en fonction des besoins.

2. L'EQUIPEMENT MATERIEL DE L' « UNITE DE SOIN COVID + »

Plusieurs types d'équipement sont à prévoir :

- ⇒ **Concernant les lits et ses équipements** : L'équipement en lit peut se faire soit par la location de lits chez un prestataire soit par le transfert du lit du résident. Il est préférable de pouvoir disposer d'emblée de 2 à 3 lits éventuellement par location sans démunir les moyens du Maintien à domicile. Le lit sera équipé d'une potence, de barrières et si possible d'un matelas anti-escarre avec compresseur. Il faut aussi prévoir des adaptateurs individuels et des bacs pour soins de nursing au lit du malade.
- ⇒ **Concernant les dispositifs médicaux** :
 - **L'oxygène** : Le plus souvent l'EHPAD dispose au mieux d'un ou deux **extracteurs d'oxygène** dont le débit est de 5L/mn (maximum est à 9L/min pour les patients en haut débit). L'idéal serait de pouvoir disposer d'un extracteur par lit ce qui paraît peu réaliste dans la situation actuelle. **(Note : Il serait question actuellement de réquisitionner les concentrateurs d'EHPAD ce qui est impensable !)** L'extracteur pose le problème de sa sécurité d'utilisation en mode confiné et contaminé. L'extracteur récupère l'O² de la pièce et retient l'azote. Il faut imaginer au mieux de mettre le matériel à l'extérieur ou à distance des lits avec une possibilité maximum pour la tubulure de 12 mètres. L'EHPAD dispose aussi le plus souvent d'une **bouteille d'O²** sur le chariot urgence ou mis à disposition pour certains résidents avec possibilité d'approvisionnement régulier par le prestataire. Dans ce cas le débit maxi est de 15l/mn pour une durée à ce débit de 45 min. Enfin il existe la possibilité d'utiliser l'**O² liquide dans des cuves** (bouteille de 1 mètre de haut) pouvant assurer un haut débit (15l/mn) pendant 4 à 5 jours avec la possibilité de

mutualiser leur utilisation par dérivation sur la tubulure. Cependant dans l'état actuel de la réglementation, la cuve d'O² nécessite une prescription initiale par un pneumologue.

- **Les aspirateurs de mucosités** : En nombre suffisant
- ⇒ **Concernant le stock tampon en médicaments** : Il doit être établi en tenant compte en particulier des protocoles préconisés pour la gestion des épisodes de surinfection bactérienne et pour la prise en charge des IR asphyxiante avec sédation profonde. Il faut tenir compte des **difficultés d'approvisionnement ou de délivrance propres à chaque médicament** : Pour le Midazolam et le Perfalgan délivrance hospitalière uniquement. Pour la morphine difficulté de faire du stock du fait de la prescription personnalisée et sécurisée. Pour les injections de Scopolamine, Tranxène 20, Nozinan et Rivotril en rupture d'approvisionnement au moins localement. Le Doliprane 1000 suppo paraît de nouveau disponible.
- ⇒ **Concernant le poste infirmerie et bureau** : Il faut prévoir : Téléphone, ordinateur ou tablette pour téléconsultation et visio, matériel à usage unique, DASRI, bac de trempage et de désinfection, réserve d'équipement individuel des soignants, matériel ergonomique de positionnement, kit mortuaire.
- ⇒ **Concernant le circuit de la restauration** (recommandations CPIAS 13/03/20) : Stock de vaisselle dédié à l'Unité Covid+, cycle de lavage à 55° à 60° et cycle de rinçage à plus de 85°
- ⇒ **Concernant l'élimination des déchets** : DAOM (sacs doublés) et DASRI
- ⇒ **Concernant les équipements électriques** : Prévoir une prise de courant par rallonge au pied de chaque lit.

3. LE PERSONNEL DE L'« UNITE DE SOIN COVID + »

- ⇒ **Le personnel** l'« Unité COVID + » sera **dans la mesure du possible dédié** à ce poste. Il est établi au mieux sur la base du volontariat et tiendra compte des risques majorés spécifiques à l'état de santé de certains membres du personnel.
- ⇒ **Le jour** : L'équipe comprendra une IDE et une AS ou AVS en roulement.
- ⇒ **La nuit** : l'Unité doit pouvoir disposer d'une **AS dédiée** et si possible en effectif supplémentaire à celui qui est habituellement consacré pour l'EHPAD. Une **astreinte IDE sera mise en place** la nuit avec possibilité de déplacement si besoin.
- ⇒ Le planning du personnel sera établi par l'IDEC en fonction du remplissage de l'Unité.

4. LES CRITERES D'ADMISSION DE L' « UNITE DE SOIN COVID+ »

Les profils des occupants peut être envisagé de la façon suivante :

- ⇒ L' « Unité de soin Covid+ » pourra être utilisé temporairement au début de la contamination de l'EHPAD pour des résidents Covid+ suspects/confirmés sans manifestation sévères de la maladie lorsque ce type d'hébergement ne pose manifestement pas de problème (*patient déjà alité avec fonctions cognitives altérées*).
- ⇒ La **vocation principale** de l' « Unité de soin COVID+ » est d'accueillir les **formes graves du Covid 19 avec atteinte sévère des fonctions respiratoires du fait du virus ou de la surinfection bactérienne et tout particulièrement les formes asphyxiantes** pour lesquelles la sédation profonde est envisagée ou non. En sachant que **l'hospitalisation du résident ne serait soit pas réalisable** (*saturation des services d'urgence*) **soit non envisageable** (*réanimation déjà refusée*).

5. LES CRITERES D'EXCLUSION DE L'« UNITE COVID+ »

Profil des patients qu'il convient de ne pas transférer dans l'« Unité Covid+ » et donc de les laisser en chambre :

- ⇒ Les résidents présentant une **symptomatologie légère ou modérée** du Covid 19 surtout s'ils ont **conservé leur mobilité**.
- ⇒ Les résidents présentant **des troubles comportementaux perturbateurs** et non réduits par un traitement sédatif.
- ⇒ Les résidents présentant une **forme digestive diarrhéique** du Covid 19.

6. L'ORGANISATION FONCTIONNELLE DE L' « UNITE COVID + »

⇒ **Le transfert des résidents** : la décision du transfert est sous la responsabilité de l'IDEC ou à défaut par sa remplaçante après avis concerté si possible avec le médecin coordonnateur et/ou avec le médecin traitant.

⇒ **La gestion médicale des patients** :

Les thèmes suivants doivent faire l'objet de **protocoles et d'informations spécifiques** auprès du médecin traitant et du personnel IDE et AS de l'Unité Covid+.

- Prise en charge d'une pneumopathie de surinfection bactérienne post virale
- Prise en charge de l'insuffisance respiratoire asphyxiante (*voir protocole du Gérotopôle*)
- Protocole de la sédation profonde
- La prévention thromboembolique par HBPM
- L'hydratation par perfusion et l'alimentation quand elle est possible
- La surveillance de la diurèse, du transit intestinal, de la saturation en O², de la TA, du pouls et de la fréquence respiratoire
- L'évaluation des facteurs aggravants
- La formulation du diagnostic de la période agonique

La mise en place d'**ordonnance à exécution différée** est fortement conseillée.

La **téléconsultation et le recours à la téléexpertise** en lien avec le Gérotopôle doit être systématiquement envisagée et encore davantage en cas d'absence de médecin coordonnateur dans l'EHPAD.

⇒ **La gestion en soin d'hygiène des résidents**

⇒ **La gestion de l'entretien ménager de l'unité**

⇒ **La protection du personnel intervenant dans l'« Unité Covid+ »**

⇒ **La gestion des décès**

Pour ces 4 derniers thèmes, il convient de se référer aux recommandations sanitaires formulées par les différents organismes reconnus (Haut Conseil de la Santé publiques, Gérotopôle, ARS, CPIAS ...)

CONCLUSION

- ⇒ Tout laisse à penser que la meilleure riposte organisationnelle à l'épidémie de Covid 19 au stade actuel, soit le **confinement des résidents en chambre ou par secteur, l'affectation sectorisée du personnel** en limitant autant que faire se peut les fonctions transversales et enfin **la création d'une « Unité Covid+ » dédiée à la gestion des cas sévères** et des fins de vie.
- ⇒ Les contraintes administratives, réglementaires ou hiérarchiques ne doivent pas faire entraves à nos obligations déontologiques et éthiques.

Nous n'avons pas le droit, ni même d'imaginer, de laisser mourir nos résidents par étouffement dans leurs chambres sans avoir essayé d'organiser pour eux une prise en charge digne.

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