

KIT EVOLUTIF DE RECOMMANDATIONS

Gestion épidémie de COVID-19

à destination des EHPAD

Région Hauts-de-France



Date de mise à jour :

18 mai 2020

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| FICHE 1 : ORGANISATION TERRITORIALE..... | 5 |
| Accompagnement à l'utilisation du KIT | 5 |
| Coordination gériatrique avec le secteur hospitalier | 5 |
| Communication avec les établissements de santé | 6 |
| Soins palliatifs (EMSP et USP) et centres de lutte contre la douleur..... | 6 |
| Equipes d'hygiène hospitalière et Cpias HDF | 7 |
| Soutien psychologique.....; | 8 |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | 8 |
| Lien avec la pharmacie de ville | 9 |
| Médecins traitants et médecin coordonnateur..... | 9 |
| mise à disposition de thérapeutiques spécifiques de fin de vie..... | 10 |
| FICHE 2 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES | 12 |
| Garde d'enfant du personnel..... | 12 |
| Plan de gestion avec 20% d'effectif manquant | 12 |
| Gestion des positions des agents/salariés absents | 14 |
| Dématérialisation des modes de contact | 17 |
| gestion RH en phase de déconfinement..... | 17 |
| FICHE 3 : MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIERES..... | 18 |
| Modalités du confinement..... | 18 |
| Communication | 22 |
| Visites des familles et des proches | 22 |
| Livraison des fournisseurs et intervention des prestataires..... | 24 |
| Accueil des résidents transportés en ambulance | 24 |
| Tableau des entrées extérieures, pour les professionnels | 24 |
| FICHE 3bis : précautions complémentaires COVID19 positif ou probable..... | 25 |
| Stratégie régionale des tests diagnostiques..... | 25 |
| Définitions | 25 |
| Durée des précautions complémentaires..... | 26 |
| Mesures générales..... | 26 |
| Dispositifs de protection individuelle..... | 27 |
| Gestion des excréta..... | 28 |
| Procédure en cas de décès..... | 29 |

| | |
|--|------------|
| FICHE 4 : ADMISSION ET RETOUR D'HOSPITALISATION DES RESIDENTS EN CONFINEMENT | .31 |
| Admission d'une personne venant de la ville ou d'un établissement de santé..... | 31 |
| Hébergement temporaire..... | 31 |
| FICHE 5 : CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS | 33 |
| Limitation des sorties médicales et paramédicales | 33 |
| Continuité des soins..... | 33 |
| Télé médecine par la Plateforme Prédice..... | 34 |
| FICHE 6 : DOCUMENTS UTILES POUR LA GESTION DES HOSPITALISATIONS | 36 |
| Complétude des Dossiers de Liaison d'Urgence | 36 |
| 666Fiche « Urgences Pallia » et directives anticipées | 36 |
| Désignation de la personne de confiance..... | 36 |
| Décisions Collégiales..... | 36 |
| FICHE 7 : VERIFICATION ET UTILISATION DES STOCKS DE PRODUITS SANITAIRES | 37 |
| Solution hydro alcoolique..... | 37 |
| Blouses..... | 37 |
| Masques chirurgicaux et lunettes..... | 37 |
| Sacs mortuaires | 39 |
| Gestion du Linge | 39 |
| Sacs DASRI | 40 |
| Désinfection à la Javel..... | 40 |
| FICHE 8 : GESTION DU CHARIOT D'URGENCE ET PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES | 43 |
| FICHE 9 : GESTION DE L'OXYGENE | 47 |
| FICHE 10 : AIDE AUX AIDANTS / SOUTIEN AUX FAMILLES / SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS | 48 |
| aide aux aidants..... | 48 |
| soutien psychologique grand public..... | 48 |
| possibilité de soutien aux professionnels..... | 50 |
| autres dispositifs d'écoute nationaux..... | 51 |
| dispositifs d'écoute régionaux..... | 51 |
| FICHE 11 : DECONFINEMENT ET REPRISE PROGRESSIVE D'ACTIVITE | 53 |
| Principes généraux du déconfinement..... | 54 |
| Admissions et retours d'hospitalisation en phase de déconfinement..... | 55 |
| Proposition de 3 phases au déconfinement..... | 57 |
| conditions minimales à la reprise des accueils de jour..... | 60 |
| conditions minimales à la reprise des PASA..... | 64 |

POUR INFORMATION

Ce KIT ne se substitue pas aux consignes et recommandations communiquées par les institutions officielles, ni à vos procédures internes (activation du plan bleu et du plan de continuité d'activité). C'est une aide proposée aux structures afin de les soutenir, au bénéfice de l'accompagnement le plus digne possible de nos aînés, Selon les recommandations nationales du 30/03/20 : 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.

Au regard de l'évolution épidémique et des connaissances relatives à celles-ci, nous vous invitons à considérer l'ensemble des communications que vous recevez **CHRONOLOGIQUEMENT**.

FICHE 1 : ORGANISATION TERRITORIALE

En annexe :

- **Recommandation nationale du 30/03/20** : 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).
- **Recommandation nationale du 31/03/20** : FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPUI DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Accompagnement à l'utilisation du KIT : Hotline régionale

Pour toute question NON-MEDICALE, vous pouvez joindre les chargés de mission ASSURE qui pourront vous accompagner sur la compréhension, l'usage et le déploiement de ce KIT.

Ils sont joignables de **09h à 17h30 du lundi au vendredi** aux numéros suivants ou par mail :

- **03 62 21 05 19 / bguide@ghlh.fr**
- **03 62 21 05 18 / bthomas@ghlh.fr**

Coordination gériatrique avec le secteur hospitalier : astreinte territoriale et équipe mobile gériatrique

Par territoire de proximité ou de GHT (selon les cas), l'établissement de santé site d'urgence et de filière gériatrique de plus grosse capacité coordonne une astreinte de territoire avec un **réfèrent gériatrique de territoire** de 8h à 20h même le week-end. Ce gériatre est joignable par un numéro d'appel gériatrique dédié unique.

Ce numéro est disponible sur la fiche de territoire transmise par votre établissement réfèrent ou en annexe.

Les gériatres des différents établissements de santé (publics, privés, ESPIC) contribuent à cette astreinte journalière territoriale.

Tout EHPAD devra avoir un numéro d'appel.

Les différents numéros d'appel, dont celui du gériatre, sont réunis dans la fiche territoriale et transmis par l'établissement organisateur aux EHPAD de ce territoire et à l'ARS.

Les missions de cette astreinte sont les suivantes :

- Aider les équipes des EHPAD par des conseils individuels téléphoniques ou en télémédecine (outil régional auquel tout gériatre doit avoir accès), voire des déplacements en cas de situation exceptionnelle.
- Aider les personnels des EHPAD à accompagner les résidents pour une prise en soins en interne, ou les orienter pour des éventuelles hospitalisations dans les différents établissements du territoire.

A noter que le réfèrent gériatrique est lui-même en lien avec les infectiologues de l'établissement de santé : ceux-ci échangent sur l'hospitalisation la plus adaptée.

Dans les établissements possédant des équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières ou en EHPAD, elles pourront contribuer à des accompagnements ou avis sur site au besoin.

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.

En annexe :

- Une fiche arbre décisionnel de recours aux soins des patients
- L'échelle de fragilité de Rockwood pour aider à la décision entre centre 15/urgences et les médecins coordonnateurs et/ou l'astreinte gériatrique
- Un tableau de recensement des capacités à prendre en charge les résidents en EHPAD
- Une fiche d'aide à la définition du projet de soins pour les résidents d'EHPAD COVID19

Communication obligatoire avec les établissements de santé

Chaque EHPAD connaît et contacte ses référents (coordonnées dans la fiche territoriale que vous avez reçue de l'établissement de santé concerné et des référents hotline du kit).

Il transmet ses disponibilités en termes de places par mail au référent gériatrique (**l'adresse mail est fournie sur la fiche de territoire**). Ces places vacantes pourront être mobilisées pour des sorties d'hospitalisation temporaires de personnes âgées ne pouvant retourner à domicile (conditions précisées dans un document transmis aux EHPAD et repris **en annexe**).

Chaque EHPAD peut également fournir ses moyens disponibles à la prise en charge des résidents aux astreintes gériatriques pour les en informer à froid (outil Excel **en annexe**).

Soins palliatifs (équipes mobiles et USP) et centres de lutte contre la douleur

L'équipe mobile de soins palliatifs est le référent territorial joignable en priorité en heures ouvrées. Les unités d'hospitalisation de soins palliatifs, ainsi que les centres de lutte contre la douleur (hormis les anesthésistes appelés pour d'autres missions) sont également joignables selon les modalités habituelles à ce stade. **Vous pouvez les joindre sans convention préalable.**

Message adressé aux équipes de soins palliatifs par l'ARS en date du 21/04/2020 :

Concernant l'accompagnement des fins de vie, les recommandations régionales prévoient la mise en place d'une astreinte téléphonique aux heures ouvrées à destination des EHPAD. A noter que les recommandations nationales prévoient une astreinte de 8h à 19h et le week-end. Au regard des missions des EMSP et des partenariats déjà existants, il paraît cohérent que des astreintes téléphoniques et mail aux heures ouvrées soient organisées par chacune des EMSP permettant de contacter celles-ci. Cette astreinte aux heures ouvrées s'inscrit par ailleurs déjà dans le cadre de mission régional des EMSP actuellement en vigueur.

La coordination entre astreinte gériatrique et équipe mobile de soins palliatifs est essentielle dans les accompagnements de fin de vie.

Afin de faciliter la mise en place de cette coordination et d'organiser la continuité des soins et l'accompagnement palliatif au sein des EHPAD, un questionnaire Excel a été établi ([en annexe](#)) et est à retourner sur la boîte aux lettres électronique suivante : ARS-HDF-SP@ars.sante.fr. Dès réception, le lien sera fait par l'ARS avec l'astreinte gériatrique concernée.

En complémentarité des recommandations nationales et régionales pour la prise en charge des personnes en EHPAD en période de COVID, des recommandations pour la mobilisation des EMSP en Hauts de France sont également formulées pour l'accompagnement des fins de vie en EHPAD. Ces recommandations sont [en annexe](#).

Des précisions sur les interventions et accès facilité aux thérapeutiques sont précisées dans la fiche 8 « gestion du chariot d'urgences et de prescriptions spécifiques » [en annexe](#).

Différentes fiches nationales d'aide à la décision sont [en annexe](#) :

- Fiche d'aide à la décision thérapeutique
- Consignes dyspnée et détresse respiratoire COVID
- Fiche conseil prise en charge palliative dyspnée COVID
- Note adaptation des soins palliatifs à l'épidémie de COVID (SFAP)
- Fiche conseil prise en charge palliative détresse respiratoire terminale COVID
- Décret du n°2020-360 du 28 mars 2020 complétant le décret no 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

[Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.](#)

La SFAP a également élaboré des lignes directrices pour aider les professionnels de santé à la prise en charge des dyspnées et des états asphyxiques chez des patients COVID-19 (protocoles médicamenteux reposant sur l'utilisation de morphiniques et de benzodiazépines), [en annexe](#).

Equipes d'hygiène hospitalières et Cpias

Les équipes d'hygiène hospitalières ainsi que le centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) peuvent être mobilisés en appui aux EHPAD pour la prévention et la gestion du risque infectieux.

Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière peuvent aussi intervenir pour aider les personnels des EHPAD à organiser et mettre en œuvre les mesures d'hygiène et de protection au sein des établissements. Elles peuvent intervenir en lien avec l'astreinte de gériatrie du territoire.

Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalières régionales sont disponibles en heures ouvrées pour conseiller les EHPAD, mais aussi en cas de doute ou de nécessité d'accompagnement. **Vous pouvez les joindre sans convention préalable.**

Si une équipe mobile d'hygiène existe sur votre territoire, elle reste bien sûr votre référent hygiène principal.

[Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.](#)

Soutien psychologique aux résidents

Les objectifs généraux de reprise d'activité

- Rendre effective la continuité des soins de psychiatrie de la personne âgée,
- Organiser la reprise de la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social et social,
- Contribuer à la prise en charge globale avec les médecins traitants et le secteur médico-social,
- Contribuer au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées à domicile et en EHPAD et de leurs aidants, en s'appuyant sur les psychologues,
- Prendre en compte le stress cumulatif vécu par les professionnels accompagnant les personnes âgées,
- Avoir une vigilance particulière envers les personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

Les équipes de psychogériatrie en région

- Apporter une expertise aux EHPAD notamment par la mobilisation des équipes mobiles existantes, en lien avec les autres équipes mobiles intervenant en EHPAD,
- Favoriser le recours à la téléconsultation entre la structure et l'équipe de psychiatrie de référence, en particulier pour le suivi des prescriptions de psychotropes.

Les dispositifs de soutien listés en fiche 11 contribuent également au soutien des résidents en complémentarité avec les équipes de psychogériatrie existante ou en subsidiarité.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Afin de faciliter les soins dans les EHPAD, les interventions de l'HAD sont facilitées :

- Les patients COVID-19 ne requérant pas de surveillance continue 24/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation peuvent être pris en charge en HAD ;
- Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :
 - o Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
 - o Existence de comorbidités ;
 - o Patients âgés (>70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
 - o Situations de complexité psycho-sociale (patients isolés, vulnérables, précaires,...)
- Pour les autres patients, les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis dans ce contexte épidémique pour éviter des hospitalisations complètes.

A titre exceptionnel, pour toutes les interventions de l'HAD les obligations suivantes sont levées :

- Il n'est pas nécessaire d'avoir une convention pour l'intervention de l'HAD en EHPAD ;
- L'accord du médecin traitant n'est pas obligatoire. Il est recherché. ;
- La prescription de la prise en charge de l'HAD n'est en ce contexte pas uniquement limitée au médecin traitant. Elle peut être faite par n'importe quel médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle est discutée avec le(s) médecin(s) disponible(s) : médecin coordonnateur, référent gériatrique en astreinte, gériatre d'équipe mobile, médecin de soins palliatifs, médecin infectiologue avec le médecin coordonnateur d'HAD.

L'HAD pourra également faire appel à des infirmiers libéraux dans le cadre de ses prises en charge. Les principes de prise en charge spécifiques à l'épidémie ont été fixés au niveau national (fiche [en annexe](#) : partie HAD de : « lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients

symptomatiques en phase d'épidémie de COVID-19 »). [Leurs coordonnées sont disponibles sur la fiche de territoire.](#)

Lien avec la pharmacie de ville

Suite à l'autorisation exceptionnelle donnée aux pharmacies de renouveler les traitements chroniques de vos résidents, nous vous invitons à vous orienter vers elles pour les renouvellements, avec l'accord du médecin traitant s'il est possible.

L'objectif est ici pour les médecins traitants de :

- Limiter les allers et venues et donc les risques de contamination
- Leur permettre de se concentrer sur les prises en charges urgentes et à risque.

Médecins traitants et médecin coordonnateur

Pour limiter les risques de contamination, nous vous invitons lorsque cela est possible à :

- Faire assurer les prescriptions en situation urgente ou pour soulager l'activité des médecins traitants, par le médecin coordonnateur de votre structure.
- Veiller à conserver des transmissions régulières téléphoniques ou mail entre médecins, notamment auprès des médecins traitants des résidents.
- Privilégier la téléconsultation, autant que faire se peut.

Le référent gériatrique est identifié par les SAU / le 15 afin de faciliter la coordination des interventions, comme le juste soin.

Mises à disposition de thérapeutiques spécifiques de fin de vie COVID+ ou COVID-

Message d'alerte de l'ARS en date du 21/04/2020 pour les HAD et soins palliatifs :

Dans le cadre de la crise sanitaire liée au COVID, des tensions d'approvisionnement extrêmement fortes existent pour des médicaments nécessaires à la prise en charge des patients notamment au sein des services de réanimation. Le Midazolam fait partie de ces médicaments.

Dans ce contexte et pour ces médicaments en forte tension d'approvisionnement, un nouveau système d'achat et d'approvisionnement va être mis en place au niveau national de façon à approvisionner les établissements de santé en fonction du nombre de patients hospitalisés dans les services de réanimation et de leur stock de médicaments disponibles.

Toutefois, au-delà de ce mécanisme d'approvisionnement et pour éviter une rupture de stock effective notamment en Midazolam, il convient d'avoir recours à des alternatives thérapeutiques.

Des recommandations de bonne pratique existent en cas de pénurie de médicaments, parmi lesquels:

- des protocoles de substitution possibles pour l'accompagnement de la fin de vie et les prises en charges des détresses respiratoires asphyxiques nécessitant une sédation ;
- des recommandations HAS de bonne pratique sur l'antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte en date de janvier 2020,
- des Fiches conseil-urgence sanitaire patient COVID de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) sur la dyspnée et détresse respiratoire asphyxique ,
- des préconisations SFETD/SFAR/SRLF/SPPC pour l'utilisation parcimonieuse des molécules en tension durant la pandémie COVID-19,

Des protocoles sont aussi mis en place localement par les équipes d'HAD et/ou de soins palliatifs en Hauts-de-France.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'adapter certains de vos protocoles au regard des stocks de médicaments disponibles en région.

Votre démarche collégiale et éthique de soins palliatifs, à domicile comme en établissement, reste bien sûr l'objectif quel que soit la thérapeutique appliquée dans ce contexte. Le but de l'ARS est de vous proposer une conduite à tenir sur les alternatives thérapeutiques permettant la prise en charge la plus adaptée au regard des besoins des patients en fin de vie.

**Message ARS du 06/05/20 sur les protocoles sur les alternatives au Midazolam
pour les prises en charge palliatives**

Depuis le 27 avril 2020, dans le cadre de la crise sanitaire COVID, un nouveau système d'achat et d'approvisionnement des établissements de santé pour cinq molécules nécessaires à la prise en charge des patients atteints du Covid-19 et des patients admis au sein des services de réanimation a été mis en place au niveau national en raison de très fortes tensions d'approvisionnement. Il s'agit des formes injectables de deux hypnotiques (midazolam, propofol) et de trois curares (atracurium, cisatracurium, rocuronium) .

Afin de prévenir et pallier les difficultés d'approvisionnement de ces molécules, celles-ci sont maintenant contingentées. Ces mesures soulèvent des difficultés pour l'accompagnement des patients en fin de vie.

Des recommandations de bonnes pratiques existent en cas de pénurie de médicaments, parmi lesquels :

- Les fiches conseil-urgence sanitaire patient COVID de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) sur la dyspnée et détresse respiratoire asphyxique <http://www.sfap.org/document/detresses-respiratoires-asphysiques-et-dyspnee>,
- Les recommandations HAS de bonne pratique sur l'antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte en date de janvier 2020 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf
- Les préconisations SFETD/SFAR/SRLF/SPPC pour l'utilisation parcimonieuse des molécules en tension durant la pandémie COVID-19 : <https://sfar.org/preconisations-pour-lutilisation-parcimonieuse-des-molecules-en-tension-durant-la-pandemie-covid-19/>

Nous vous informons également que des nouvelles recommandations nationales de la HAS/SFAP/AFSS/SFPC qui viennent de paraître (en pièce jointe) : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182227/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-des-situations-d-anxiolyse-et-de-sedation-pour-les-pratiques-palliatives-en-situation-d-acces-restreint-au-midazolam

En complément des recommandations nationales, nous vous transmettons, à titre indicatif, des protocoles alternatifs au Midazolam élaborés par le Centre hospitalier de Valenciennes et le CHU de Lille pour les prises en charges des détresses respiratoires et la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue sur lesquels vous pouvez vous appuyer afin d'adapter aux mieux les prises en charges dans le cadre de votre activité de soins palliatifs. **(en annexe)**

FICHE 2 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Garde d'enfant du personnel

Les écoles doivent en principe proposer l'accueil des enfants des professionnels soignants. Cependant, il arrive que certaines écoles ne puissent assurer ce service (droit de retrait des instituteurs et professeurs, cas de COVID19 confirmés, etc...).

Il vous est recommandé de vous rapprocher de l'ARS et/ou du rectorat pour connaître l'école la plus proche pouvant accueillir votre enfant. Vous pouvez également vous rapprocher de l'école de votre enfant le cas échéant.

- Coordonnées ARS : **08 09 40 20 32** (numéro non surtaxé)
- Coordonnées Rectorat (lignes spécifiques dédiées, du lundi au vendredi 9h – 18h)
 - o Nord : 03 20 15 60 59
 - o Pas de calais : 03 20 15 62 00
 - o **Aisne** : 03 23 26 30 16
 - o **Oise** : 03 44 06 45 00
 - o **Somme** : 03 22 71 25 79

Vous pouvez également, pour les établissements qui en disposent, transformer votre accueil de jour en accueil de garde d'enfant (sous condition que le bâtiment en question soit isolé et dispose d'une entrée séparée, de prévenir l'ARS et solliciter son assurance pour la couverture de son activité).

N'hésitez pas à vous rapprocher d'autres EHPAD et/ou d'établissements de santé pour connaître les éventuelles propositions de soutien dans ce cadre.

Vous pouvez mobiliser le bénévolat, vos connaissances, les étudiants et stagiaires en capacité de garder les enfants de votre personnel.

Les parents peuvent faire connaître leurs besoins de garde pour les enfants jusqu'à 16 ans en ligne sur <https://www.monenfant.fr/>. Leurs données sont ensuite transmises à la Préfecture du département qui étudie leurs besoins et proposent des solutions disponibles, en lien avec les Caf.

<https://www.education.gouv.fr/accueil-scolaire-et-periscolaire-des-enfants-des-personnels-indispensables-la-gestion-de-la-crise-303159>

Les Caisses d'Allocations Familiales, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, ont mis en place 3 mesures pour faciliter l'accueil des enfants des personnels prioritaires dans la gestion de la crise sanitaire. Ce dispositif concerne l'ensemble des agents des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux.

Vous trouverez le détail de ces mesures via le lien ci-dessous :

<http://www.caf.fr/partenaires/caf-de-seine-et-marne/partenaires-locaux/covid-19-des-mesures-supplementaires-des-caf-pour-faciliter-l-accueil-des-enfants-des-personnels-prioritaires>

Une FAQ est en outre disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé :

solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/faq_modes_d_accueil_du_jeune_enfant_18032020.pdf

Plan de gestion avec 20% d'effectif manquant

Nous vous conseillons de prévoir votre plan de continuité de l'activité en cas d'absentéisme *a minima* de 20% de vos effectifs soignants. Vous pouvez ainsi par exemple, et outre la mise en place

des réorganisations internes et réaménagements des fiches de poste des soignants en mode dégradé dont vous avez l'habitude, ajouter les solutions alternatives ci-dessous :

- Passage de vos soignants en contrats temps partiel en temps complet
- Réorganisation les fiches de postes en journées de 12h
- Rappel des soignants en congés (tous types de congés sauf CLM, CLD, AT/MP, CMO et congés maternités), de même les CET sont mobilisables (préretraite...)
- Possibilité de redéployer le personnel administratif en temps hôtelier
- Redéploiement des services type « accueil de jour » que vous auriez éventuellement fermés
- Rappel des personnels partis en retraite ou des agents en études promotionnelles
- Recours aux CDD
- Recours aux agences d'intérim
- La participation des étudiants en santé
- Possibilité de faire appel à des médecins volontaires dont libéraux repérés soit par le biais de votre réseau local ou par la plateforme « Renforts-covid.fr » pour augmenter le temps de coordination ou la présence médicale, en prévenant l'ARS
- Possibilité de faire appel à des paramédicaux (dont libéraux) ou administratifs volontaires par le biais de votre réseau local ou par la plateforme « renforts-covid.fr » pour augmenter la capacité de soins et d'appui administratif, en prévenant l'ARS.

Toute personne travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la santé peut s'inscrire à l'application mobile medGo (via la plateforme www.renforts-covid.fr) pour venir en soutien des équipes en première ligne.

En annexe :

-ARS-renforts covid + fonctionnement de la plateforme)

-arrêté du 28/03/2020 sur les indemnisations des professionnels réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie

En cas de difficulté, vous pouvez toujours assigner vos professionnels pour raison de continuité du service (modèle **en annexe**).

En secteur privé, à défaut d'avoir prévu dans les accords locaux et/conventions-cadres un système équivalent aux décisions d'assignation issues du secteur public, l'employeur privé peut demander aux professionnels de revenir travailler par tout moyen (courrier, demande orale, etc.) mais ne peut l'imposer.

En cas de refus, valablement et juridiquement justifié, l'employeur ne pourra donc imposer au professionnel de venir travailler et aucune sanction ni retenue sur salaire ne pourra être prise, notamment si l'agent invoque son droit d'alerte et de retrait ou s'il obtient un arrêt maladie. En revanche, en cas d'abandons de poste, il peut procéder à des retenues sur salaire, décider de sanctions, de fins de contrat ou de licenciements.

Se reporter à l'**annexe** « Droit de retrait, abandon de poste et assignation ».

Nous vous rappelons qu'en situation exceptionnelle, toutes les règles et exigences habituelles des Ressources Humaines sont aménagées. Exemple : Possibilité de faire des contre postes...

<https://solidariteessante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/covid-19-appel-a-volontariat-aupres-desprofessionnels-de-sante>

Gestion des positions des agents/salariés absents

Motifs en lien avec la situation personnelle de l'agent / du salarié

→ Pour les professionnels fragiles et à risque (liste établie par le HCSP, à laquelle il faut ajouter les femmes enceintes).

Par principe de précaution : réaffecter ces professionnels sur d'autres missions et/ou autres secteurs. S'ils peuvent être mis en position de télétravail, il faut le leur permettre.

Si pas et même en cas de réaffectation, des kits de protection préparés et fléchés à leur attention doivent être mis à leur disposition. Ces professionnels doivent appliquer de manière renforcée les gestes barrières (ex : autosurveillance biquotidienne de la température).

En cas d'inquiétudes ou de doute sur la pertinence de leur maintien en service, il peut être suggéré de solliciter un arrêt maladie ordinaire, en lien avec la médecine du travail.

Pour les agents publics, il est peut être fait recours aux ASA (Autorisations Spéciales d'Absences). Dans le contexte de l'épidémie de CORONAVIRUS leur nombre a été déplafonné. Celles-ci sont à la discrétion de la direction. Les ASA ne génèrent cependant de droits à RTT et peuvent avoir une incidence sur le montant des avantages indemnitaires des primes liées à la réalisation effective des fonctions, considérant l'absence de service fait.

A noter que pour les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale, à partir du 1^{er} mai 2020, un certificat du médecin traitant dudit salarié attestant de la nécessité de l'isolement et donc de l'impossibilité de travail (si aucun aménagement n'a pu être proposé à l'intéressé) doit être remis à l'employeur. Ce dernier a ensuite 30 jours suivant le 1^{er} mai pour procéder à une demande d'activité partielle pour son salarié.

Le certificat contient *a minima* les informations suivantes :

- Lieu et date d'émission du document
- Identification du médecin
- Identification de l'assuré (Nom, Prénom, date de naissance)
- Mention « *Par la présente, je certifie que M/Mme X doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement le conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail.* »
- Signature/cachet.

Egalement, pour les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale, la délivrance et l'indemnisation de ces arrêts de travail bascule à compter du 1^{er} mai 2020 d'un mécanisme d'IJ (Indemnités Journalières) à un mécanisme d'indemnité d'activité partielle.

Pour tout renseignement sur l'activité partielle, les salariés et employeurs peuvent consulter le site :

<https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministre-en-action/coronavirus-covid-19>

Depuis le 1^{er} mai 2020, pour les professionnels qui partagent leur domicile avec un proche dont l'état de santé est jugé fragile, au titre des pathologies listées par le Haut Conseil de Santé Publique, peuvent bénéficier d'un arrêt de travail. Cet arrêt permet de protéger les proches fragiles.

→ L'arrêt de travail est délivré par le médecin traitant, ou à défaut, par un médecin de ville. La personne doit donc prendre contact avec son médecin, de préférence et si cela est possible, par téléconsultation. Cet arrêt sera de 15 jours, renouvelable si le confinement perdure.

La liste a été établie par le Haut Conseil de la santé publique.

- Personnes âgées **de 65 ans** et plus
- Les patients aux antécédents cardiovasculaires :
 - HTA compliquée

- Chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
- Les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie.
- Les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale
- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée
- Les malades atteints de cancer sous traitement
- Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise
 - Médicamenteuse chimiothérapie anti-cancéreuse
 - Immunosuppresseur
 - Biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive
 - Infection à VIH non contrôlée ou avec CD4 < 200/mm³
 - Consécutives à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Hémopathie maligne en cours de traitement
- Les malades atteints de cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh
- Les personnes présentant une obésité (**IMC > 30 kg/m²**)
- Les femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse

Remarque : afin d'assurer la continuité de services dans les EHPAD, des mesures particulières peuvent être appliquées aux agents soignants. En lien avec la médecine du travail, les professionnels soignants cohabitant avec une personne vulnérable peuvent venir travailler à condition d'être exclus des services à risque de forte exposition au COVID19 et doivent appliquer de manière renforcée les gestes barrières (ex : autosurveillance biquotidienne de la température).

Si aucun aménagement n'a pu être proposé à l'intéressé, pour les agents publics le système des ASA ou la pose de congés peuvent être envisagés et pour les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale, à partir du 1^{er} mai 2020, **un certificat du médecin traitant dudit salarié attestant de la nécessité de l'isolement** et donc de l'impossibilité de travail doit être remis à l'employeur. Ce dernier a ensuite 30 jours suivant le 1^{er} mai pour procéder à une demande d'activité partielle pour son salarié.

Le certificat contient *a minima* les informations suivantes :

- Lieu et date d'émission du document
- Identification du médecin
- Identification de l'assuré (Nom, Prénom, date de naissance)
- Mention « *Par la présente, je certifie que M/Mme X doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement le conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail.* »
- Signature/cachet.

A noter que pour les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale, la délivrance et l'indemnisation de ces arrêts de travail bascule à compter du 1^{er} mai 2020 d'un mécanisme d'IJ (Indemnités Journalières) à un mécanisme d'indemnité d'activité partielle.

Pour tout renseignement sur l'activité partielle, les salariés et employeurs peuvent consulter le site : <https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministre-en-action/coronavirus-covid-19>

➔ Pour les professionnels présentant des symptômes évocateurs de COVID-19

Port de masque chirurgical immédiat et contact téléphonique auprès du médecin traitant pour avis et éventuel arrêt maladie professionnelle (possibilité de prévoir une procédure en lien avec le médecin du travail).

➔ Pour les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable, il sera nécessaire de réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates. (Cf fiche « Contact-tracing autour d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 » **en annexe**) :

Si possible mise en place du télétravail pour le personnel administratif.

Si le métier ne le permet pas, le professionnel vient sur site en s'appliquant les mesures barrières par précaution dont le port du masque chirurgical. Attention si l'agent est symptomatique, un arrêt maladie professionnelle doit être suggéré.

S'agissant des absences en lien avec la garde d'enfants

Soit l'agent / le salarié a un problème de garde véritable (et s'il n'existe pas de solutions alternatives), il faut l'orienter vers un arrêt maladie via le dispositif temporaire proposé par la Sécurité Sociale (sans carence).

La déclaration se fait par l'employeur : declare.ameli.fr

Pour les fonctionnaires, il peut être préférentiellement fait recours aux ASA (Autorisations Spéciales d'Absence). Dans le contexte de l'épidémie de coronavirus leur nombre a été déplafonné.

Dans tous les cas le professionnel doit attester, s'agissant de sa problématique de garde d'enfants :

- Qu'il est le seul à bénéficier de cette autorisation d'absence ;
- Que son conjoint ne peut bénéficier du télétravail ;
- Qu'il ne dispose d'aucune solution de garde.

Modèle :

« Je soussigné, Mme M. xxxxx

Atteste que

-mon enfant xxxx âgé de xx ans, scolarisé dans l'établissement xxxx (adresse)

-je ne dispose d'aucune solution de garde

-être le seul parent à demander à bénéficier du dispositif de garde d'enfants à domicile »

Il est opportun de remettre une attestation d'emploi aux agents afin qu'ils puissent bénéficier des places limitées.

En conséquence, les absences ne seront autorisées que sous réserve de l'absence de place.

Soit il existe une ou plusieurs solutions alternative(s) pour garder son ou ses enfants mais l'agent / le salarié ne veut pas l'utiliser et garder son/ses enfant(s) lui-même. On peut alors imposer la consommation des congés annuels, RTT, Récupération, etc.

Pour mémoire, en cas d'utilisation du droit de retrait détourné/injustifié, l'employeur peut soit effectuer une retenue sur salaire, soit envisager une sanction, soit imputer l'absence irrégulière sur les CA, RTT, Récupération, etc. Cette dernière option permet une régularisation amiable et bienveillante de la situation du professionnel en contrariété avec la réglementation.

A noter que pour les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale, la délivrance et l'indemnisation d'arrêts de travail pour garde d'enfant bascule à compter du 1^{er} mai 2020 d'un mécanisme d'IJ (Indemnités Journalières) à un mécanisme d'indemnité d'activité partielle.

Pour les professionnels dont l'enfant est malade

S'il s'agit d'un cas de maladie ordinaire, il faudra positionner le professionnel en autorisation d'absence (ASA classique) pour enfant malade.

Si il y a suspicion de COVID-19 ou si l'enfant a des fragilités qui empêchent sa garde en collectivité, il faudra positionner le professionnel sur le dispositif temporaire d'arrêt de la sécurité sociale (sans carence), soit en ASA.

Mais si l'enfant dans cette situation peut être gardé malgré tout par un tiers, l'agent vient travailler et s'applique les mesures barrières par précaution dont le port du masque.

Dématérialisation des modes de contact

La mise en place du télétravail est recommandée pour les professionnels pour lesquels la possibilité existe.

Si possible, il faut mettre en place un dispositif de visioconférence pour les échanges nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement et limiter les réunions d'équipe à leur strict minimum.

Nous vous invitons de même à limiter les déplacements au strict nécessaire et utiliser les attestations nationales mises en place par le gouvernement à compter du 17/03/2020.

Deux annexes spécifiques :

- Fiche info RH (droit de retrait, abandon de poste et assignation) a été rédigée pour expliciter ces éléments.
- Modèle de décision d'assignation (établissement public) est mise à votre disposition en complément.

Gestion des ressources humaines en phase de déconfinement

Pour pallier le risque d'épuisement et d'absentéisme accru, les dispositifs de soutien et de renfort mis en place seront maintenus. Les établissements pourront alors continuer à bénéficier de **renforts en personnels**, notamment de la part de la réserve nationale des professionnels de santé, des professionnels exerçant en ville mais aussi de volontaires formés aux mesures de distanciation sociale et aux gestes barrières, qui souhaitent s'engager et peuvent le faire via les plateformes régionales comme renfortscovid.fr.

Pour assurer la continuité de ces renforts **le dispositif d'appui à la gestion des ressources humaines mis en place au niveau du ministère et dans les ARS** sera maintenu et renforcé. Les cellules régionales médico-sociales des ARS poursuivront leur activité 7j/7 afin de poursuivre le soutien des ESMS.

FICHE 3 : MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIERES

Les mesures barrières sont détaillées dans l'ensemble des documentations fournies par les institutions officielles, comme dans les procédures internes de votre structure. Nous vous joignons cependant des indications relatives aux procédures barrières, afin de compléter vos bonnes pratiques existantes, si besoin est.

Modalités du confinement

Le Gouvernement 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. Vous trouverez les dernières lignes directrices émises

en annexes :

- Lignes directrices pour la mise en œuvre des mesures de confinement en EMS
- Protocole relatif aux consignes applicable sur le confinement dans les ESMS et USLD du 20/04/20 et synthèse régionale de ces mesures
- Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins - 06 mai 2020
- Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en oeuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 du 24 avril 2020

S'inscrivant dans le cadre des mesures temporaires et nécessaires au regard des dernières données épidémiologiques, et en lien avec les mesures applicables à la population générale, le confinement recouvre 3 démarches au sein des établissements :

- La limitation des visites extérieures, dans un cadre désormais aménagé et défini ci-après.
- La suspension des sorties individuelles et collectives. Les autorisations exceptionnelles de sorties individuelles, accompagnées le cas échéant, sont accordées par le directeur d'établissement et ne peuvent excéder les cas réglementairement listés dans le décret du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19 et du respect des conditions évoquées pour les visites *supra*.
- La limitation de la circulation des personnes hébergées au sein de l'établissement, peut être décidée par la direction de l'établissement, qui, au-delà de la suspension des activités et prises de repas collectifs, peut également mettre en place le confinement individuel en chambre des résidents dans les conditions listées ci-dessous.

Quand déclencher le confinement individuel en chambre ?

Selon les éléments principaux de l'avis du CCNE du 30 mars 2020, les principes relatifs à la décision d'un confinement individuel en chambre :

Le confinement contraint en chambre est soumis à une analyse adaptée de chaque situation, de l'état de santé psychique et physique des résidents, du bâti de l'établissement d'accueil, de l'environnement et de la situation locale de l'épidémie (circulation du virus dans le territoire) et des ressources en personnel disponibles. Il doit être réévalué en cas d'adjonction de personnel dédié.

Le confinement contraint en chambre suppose une attention individualisée des résidents, notamment pour la prise des repas. Le personnel dirigeant de la structure doit ainsi s'assurer d'avoir un niveau de ressource suffisant, et évaluer ses capacités en amont.

Toute décision doit respecter les principes de collégialité, de respect du caractère transitoire et proportionnel au but recherché. Une analyse bénéfice-risque doit être effectuée et individualisée pour chaque personne et chaque situation locale. Il est à rappeler que le consentement au confinement volontaire doit être systématiquement recherché, avec la personne comme avec son représentant légal en cas de mesure de protection/altération du discernement ; l'adhésion de l'ensemble des résidents aux mesures de protection doit également être privilégiée..

Par ailleurs, si le confinement en chambre doit être apprécié par le personnel dirigeant de la structure et individualisé, il peut être fait appui de la décision sur les lignes directrices suivantes, présentant une gradation progressive :

- En l'absence de résidents ou de personnels symptomatiques : dans un établissement sans symptôme ni signal, rechercher autant que possible l'adhésion à des mesures de réduction des contacts (confinement volontaire), et procéder au recensement et à l'accompagnement des résidents ne pouvant comprendre ou consentir à ces mesures. Prévoir la possibilité, autant que possible et dans le respect des gestes barrières, d'un accompagnement pour les résidents « déambulants » (personnel présent dans couloir pour rappeler la nécessité du confinement et l'accompagnement en chambre). Ménager si possible des espaces de déambulation sécurisés.
- En présence de résidents symptomatiques : dans un établissement contaminé, il est nécessaire de procéder à une analyse de l'unité concernée, des connexions entre unités et du fonctionnement au sein de chaque unité. Au sein de chaque unité, procéder à un recensement des résidents présentant des troubles du comportement les exposant au risque de contact avec un patient symptomatique (selon qu'il accepte ou non le confinement volontaire). En l'absence d'espace de déambulation sécurisé dédié à ces résidents, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.
- En présence de résidents « déambulants » symptomatiques : dans un établissement ou une personne déambulante est symptomatique et ne peut consentir ou comprendre la nécessité du confinement volontaire, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.
- En présence de plusieurs résidents symptomatiques (cas groupés): dans un établissement présentant une contamination groupée, les résidents « déambulants » asymptomatiques sont potentiellement contacts et vecteurs de l'infection virale. Le confinement de ces résidents au sein d'une unité dédiée doit être envisagé après décision collégiale impliquant le médecin coordonnateur. Dans cette optique, il est rappelé que la nouvelle doctrine de dépistage en établissement prévoit que dans les situations où les établissements peuvent organiser des isolements spécifiques des résidents en créant des secteurs dédiés, les tests peuvent être étendus au-delà des trois premiers patients pour mieux caractériser l'extension de l'épidémie au sein de l'établissement. A défaut, un confinement individuel en chambre doit être envisagé après décision collégiale impliquant, le cas échéant, le médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.

Qui décide du confinement individuel en chambre ?

Selon les éléments principaux de l'avis du CCNE du 30 mars 2020 :

Toute mesure contraignante restreignant les libertés reconnues par notre État de droit, notamment la liberté d'aller et de venir, doit être nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles. Elle doit être explicitée aux résidents, aux familles et aux proches-aidants, et soumise à contrôle.

Un renforcement des mesures de confinement pour les résidents des établissements et des USLD, voire des mesures de contention pour ceux dont les capacités cognitives ou comportementales sont trop altérées pour qu'ils puissent les comprendre et les respecter, ne saurait être décidé de manière générale et non contextualisée, tant la situation des établissements diffère.

Application en établissement :

La décision est prise en collégialité, et décidée par le personnel dirigeant de la structure. L'adhésion des résidents, mais aussi des personnels doit être recherchée, en insistant sur le caractère temporaire de la mesure.

Une analyse des besoins en personnel, et des ressources spécifiques à mettre en œuvre doit être effectuée avant tout déploiement de confinement contraint en chambre. Elle doit être précédée d'un avis médical pris après une discussion préalable, interdisciplinaire et collégiale.

Peut-on imposer le confinement individuel en chambre ?

Le confinement individuel contraint en chambre ne peut être imposé de manière générale. Il doit être décidé collégialement, en fonction des situations individuelles et des caractéristiques de l'établissement et se fait à l'appréciation des personnels assurant la direction de l'établissement.

Le consentement des résidents doit être recherché comme celui de son représentant légal ou de la personne de confiance le cas échéant, et le confinement contraint en chambre suppose la mise en place d'un protocole personnel et adapté avant d'être imposé.

Il est nécessairement temporaire et proportionné, devant donc être fréquemment réévalué avec un suivi quotidien de ses effets pour les résidents et, dans la mesure du possible, une discussion collégiale au sein de l'établissement toutes les semaines ou plus fréquemment.

Quelle préservation de la circulation ?

La préservation d'un espace de circulation physique, même limité, est impérative en dépit des mesures d'isolement, afin d'éviter que le confinement, quelle que soit sa justification au regard des objectifs de santé publique, ne devienne pour ceux qui n'ont plus la liberté de choisir leur cadre et leur mode de vie, une mesure de coercition.

Le confinement individuel contraint s'envisage donc en chambre individuelle.

Des mesures de contention sont ainsi à proscrire autant que possible et doivent être réservées à des hypothèses de protection du résident contre lui-même. Un avis médical, réévalué quotidiennement, est alors obligatoire. Lorsqu'une contention est réalisée, la surveillance doit être effectuée dans le respect des règles médicales et légales en vigueur.

En cas de confinement individuel en chambre, des mesures adaptées à la situation de chaque résident doivent être prises afin d'éviter au maximum les effets indésirables de l'isolement, y compris pour les résidents atteints de troubles du comportement. Des adaptations au cas par cas, en fonction de l'état des résidents, pourront ainsi être envisagées en lien avec le personnel soignant. Il peut ainsi notamment s'agir d'incitations à la motricité ou à l'activité physique dans la chambre.

Une surveillance régulière de l'état des résidents doit être organisée, au moyen d'un passage régulier des professionnels de l'établissement dans chaque chambre individuelle.

Les mesures de confinement en chambre doivent être adaptées de manière à garantir la sécurité des résidents, notamment concernant la prévention du risque incendie.

Quelles modalités d'accompagnement de ce confinement en chambre ?

Face aux effets que risque d'induire le confinement sur l'état de santé psychique et physique des résidents, les prestations d'accompagnement et d'animation en chambre doivent être, dans la mesure du possible, particulièrement encouragées. Ces prestations pourront utilement s'appuyer sur une approche non médicamenteuse et par le recours à l'intervention de psychologues.

Comment le maintien du lien social des résidents avec leurs proches est-il organisé ?

Il est important de permettre et de renforcer, dans la mesure du possible, un maintien du lien social entre les personnes et leurs proches. Il est ainsi essentiel de rassurer les résidents sur le caractère temporaire de la suspension des visites, en veillant à la bonne compréhension de la mesure.

Afin de maintenir autant que possible le lien social, l'ensemble des modalités de communication à distance sera proposé aux personnes (téléphone, vidéoconférence, mail, applications dédiées, mise à disposition de papier et stylos...) et une information en direction des familles de l'ensemble de ces modalités sera effectuée. Une attention particulière doit par ailleurs être observée par rapport aux personnes âgées ou handicapées ne pouvant téléphoner seules ou être autonomes sur les moyens de communication précédemment évoqués, afin de leur offrir un accompagnement spécifique. Un animateur pourra, si possible, être dédié à l'accompagnement individualisé pour permettre des activités journalières occupationnelles pour les personnes concernées.

Un recensement de l'ensemble des moyens de communication mobiles transportables en chambre (téléphones, ordinateurs avec caméra, tablettes, lettres) disponible au sein de l'établissement permettant à l'ensemble des personnes de garder un contact avec leurs proches doit être effectué. En cas de carence dans les moyens de communication, le directeur de l'établissement doit alors acquérir des équipements supplémentaires.

Ces communications doivent respecter l'ensemble des gestes barrières et les téléphones et combinés et autres supports tenus par les personnes ou les professionnels ou au contact de ceux-ci doivent faire l'objet d'un nettoyage systématique avant et après utilisation, et ne peuvent être déplacés en dehors d'une chambre accueillant un résident contaminé.

Tout dispositif local facilitant la communication avec les proches (journaux, forums) doit par ailleurs être facilité.

Une réflexion doit par ailleurs être engagée en cas de besoin sur la mise en place d'un accompagnement psychologique en fonction des capacités de l'établissement ou par des demandes de renforts temporaires.

Des exemples sont donnés dans le protocole national [en annexe](#).

Communication

Veillez par tous les moyens à la diffusion des informations en lien avec l'actualité et vos réorganisations auprès des résidents, des familles et du personnel (note d'information, note de service, affichages, réseaux sociaux, etc...).

Les visites des professionnels de l'animation comme de ceux intervenant dans les soins paramédicaux non vitaux sont suspendues.

Trois affiches pour faire comprendre les mesures barrières et l'épidémie sont disponibles [en annexe](#).

Visites des familles et des proches

[En annexes](#) :

- Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée du 20/04/20
- synthèse régionale du protocole national du 20/04/20
- charte type DGCS des visites
- Questionnaire type DGCS des visites

Conditions préalables à la visite

La demande de visite émane du résident, et dans le cas où le résident ne peut pas l'exprimer formellement en première intention, son avis est sollicité quant à l'éventualité d'une visite.

Il convient de prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale. Cette priorisation est effectuée après concertation collégiale avec l'équipe soignante et en particulier les médecins coordonnateurs le cas échéant. En fonction des contraintes et de la situation de l'établissement, il pourra être envisagé d'ouvrir rapidement ces possibilités à l'ensemble des résidents.

Les proches remplissent une demande écrite de rendez-vous, qui pourra utilement être dématérialisée. Lors de cette prise de contact, il est pris soin de porter à leur connaissance les règles d'organisation de visite qu'ils doivent formellement s'engager à respecter. Un courrier, email, ou sms de l'établissement définissant la procédure, les conditions, la méthodologie, le jour et l'heure de la visite doit être adressé aux proches en amont de la visite.

Il est notamment précisé aux proches que la durée de la rencontre sera fixée. Adaptée en fonction de l'état de santé du résident, de ses souhaits, de la situation de l'établissement et des nécessités d'organisations, cette durée est encadrée. Une référence de 30 minutes peut être adoptée par

l'établissement et modulée selon les critères mentionnés *supra*. Les visites ne peuvent, en tout état de cause, excéder une heure.

Deux personnes au maximum sont admises pour une visite pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur et une personne maximum pour des visites en chambre (cf *infra*). Ces personnes sont majeures (plus de 18 ans, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent).

L'ensemble des visites est enregistré dans un registre dédié, intégrant l'identité des visiteurs et leurs coordonnées, le nom de la (des) personne(s) visitée(s) ainsi que le jour et les horaires de visites. Ce registre devra être archivé par la direction de l'établissement.

Les proches signent une charte de bonne conduite par laquelle ils s'engagent à respecter l'intégralité du protocole et des mesures sanitaires. Le contenu de cette charte est adapté selon les contraintes de l'établissement.

Il s'appuie néanmoins sur le présent protocole et porte *a minima* sur les items suivants : engagement à respecter les horaires et la durée de la visite, la limitation du nombre de visiteurs et les contraintes d'âge ; engagement à respecter les règles de sécurité et les gestes barrières (notamment, impossibilité de toucher le résident ; impossibilité d'échanger des objets et denrées) ; rappel du fait qu'en cas de transgression des règles de sécurité et gestes barrières par les proches, leurs visites seront suspendues.

Un document de demande de visite exceptionnelle est joint **en annexe** comme proposition.

Sécurité de la visite

Deux impératifs doivent être respectés :

- respect des gestes barrières et mesures de distanciation physique,
- garantie d'une double circulation.

Des consignes sont précisées dans le protocole national **en annexe**.

Le déroulement des visites : le lieu des rencontres et leur organisation. Trois possibilités de lieu sont envisageables pour organiser ces rencontres, par ordre de priorité précisées dans le protocole national **en annexe** :

- les rencontres en extérieur sont privilégiées pour que les visiteurs ne rentrent pas dans l'établissement ;
- en deuxième intention, dans un espace dédié au rez-de-chaussée de l'établissement, avec entrée indépendante pour les visiteurs ;
- en dernier recours, en chambre en raison de l'état de santé du résident, avec des conditions particulières.

Livraison des fournisseurs et intervention des prestataires

Les livraisons de fournisseurs, ou interventions de prestataires nécessaires au maintien de la vie quotidienne de l'établissement ne font pas l'objet d'une suspension. Cependant les gestes barrière seront observés et la mise en place de circuits distincts sera privilégiée.

Nous vous recommandons également de mobiliser l'intervention de vos professionnels d'hygiène après chacun de leur passage. Pour faciliter cette mobilisation, vous pouvez proposer un créneau de passage restreint aux fournisseurs et prestataires.

Vous pouvez également solliciter l'ensemble de vos prestataires et fournisseurs/livreurs afin qu'ils vous communiquent les mesures d'hygiène qu'ils ont engagé, mais également les modalités de continuité d'activité qu'ils ont prévues.

Cela vous permettra de prendre connaissance d'éventuelles modifications dans les délais de livraison, et/ou l'orientation vers d'autres alternatives en cas de pénurie attendue.

S'agissant spécifiquement des livreurs d'oxygène, en cas de refus et/ou de difficultés d'approvisionnement, vous êtes invités à remonter expressément cette situation auprès de l'Agence Régionale de Santé. Contact : ARS-HDF-DEFENSE@ars.sante.fr

Accueil des résidents transportés en ambulance

Les ambulanciers effectuent les allers et retours de tout patient dans le hall et non en chambre.

Pour les résidents probable/possible/confirmé COVID-19, vous en informerez le transporteur qui appliquera la procédure en vigueur. Le patient quittera l'établissement avec un masque chirurgical.

Pour les autres résidents, le transporteur respectera les mesures barrières habituelles.

Pour les retours d'hospitalisation, nous vous renvoyons à la fiche suivante : [admission et retour d'hospitalisation des résidents](#).

Une procédure d'habillage et de déshabillage est jointe **en annexe** de ce KIT. Elle pourra être imprimée pour affichage sur les portes des chambres de malades confirmés ou probables COVID-19.

Tableau des entrées extérieures, pour les professionnels

Un tableau des entrées extérieures pour tous les professionnels intervenant au sein des EHPAD vous est joint **en annexe** afin d'assurer une traçabilité des flux. En cas de COVID-19 confirmé/probable/possible, cette traçabilité permettra de prévenir chacun et de réduire les risques de propagation de l'épidémie.

Le cas échéant, il vous est demandé de déterminer la date d'apparition des premiers symptômes potentiels et d'établir la liste la plus exhaustive possible des personnes rencontrées depuis la veille de ces signes, que ce soient des professionnels ou des proches.

Une **fiche en annexe « contact tracing »** précise votre rôle dans l'évaluation du risque de contamination des personnes contact et les recommandations adéquates.

En cas de venue des familles au sein de l'établissement pour des raisons exceptionnelles, nous vous prions de veiller à leur inscription au registre des familles et visiteurs. Ce, pour pouvoir prévenir chacun et veiller au confinement et aux précautions nécessaires si un cas est confirmé dans la structure.

PROCEDURE FICHE 3bis

Précautions complémentaires COVID19

Stratégie régionale des tests de dépistage

MARS du 02/04/20 : GESTION DE L'OXYGENE MEDICAL – STRATEGIE ET DISPOSITIFS DE TEST DIAGNOSTIC - SOLUTIONS DE TELESANTE (**en annexe**).

Recommandations régionales adressées le 21/04/20 par l'ARS :

Vous aviez la possibilité jusqu'à présent, sur prescription médicale et en fonction des choix d'organisation interne des directeurs, de faire tester largement vos résidents et les professionnels de vos structures.

Compte tenu de l'évolution de la situation, nous vous recommandons désormais de les faire tester systématiquement, dès lors que vous avez au moins un cas testé positif dans votre établissement parmi les résidents ou les professionnels.

Pour cela, vous devez vous rapprocher du laboratoire de biologie médicale avec lequel vous travaillez habituellement. En cas de difficultés à obtenir une réponse de sa part ou à faire réaliser les prélèvements, vous pouvez solliciter un appui de l'ARS en écrivant à l'adresse suivante : ars-hdf-testscovid19@ars.sante.fr et en mettant en copie la boîte mail : ars-hdf-defense@ars.sante.fr

Afin de permettre le suivi des cas COVID-19 au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, un dispositif de signalement est mis en place à partir du portail signalement disponible au lien suivant : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

Le signalement des cas COVID-19 en temps réel et dès le premier cas possible ou confirmé par les établissements sociaux et médico-sociaux concernés, quel que soit leur statut (adossé ou non à un établissement sanitaire) a pour objectif de détecter rapidement la survenue d'un tableau clinique compatible avec une infection COVID-19 parmi les résidents et/ou le personnel des EMS afin de suivre l'impact de l'épidémie en temps réel.

Définitions (en date du 19/03/20) (Définitions actualisées selon l'évolution de l'épidémiologie sur le site de santé publique France : www.santepubliquefrance.fr)

1/Résident COVID19 confirmé : Un cas confirmé est une personne, symptomatique ou non, pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2.

2/ Résident COVID19 possible/probable : diagnostic d'infection non confirmé+ par PCR

- **Cas possible** : résident ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 et pour laquelle un test RT-PCR doit donc être réalisé.
- **Cas probable** : résident présentant des symptômes de COVID et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

RESIDENT IDENTIFIE CONTACT à RISQUE

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

Durée des précautions complémentaires

- *RESIDENT COVID-19 confirmé ou probable ou possible* : durée des précautions est de 14 jours après le J1 des symptômes s'il est devenu asymptomatique. Si au-delà des 14 jours de confinement, le résident reste symptomatique, maintenir le confinement et les mesures barrières idoines ;
- *RESIDENT identifié contact à risque* : 14 jours après le diagnostic du dernier cas.

Dans un contexte de cas groupés (au moins 2 cas chez les résidents) de COVID-19, tous les résidents de l'unité étant considérés à risque modéré/élevé, ils doivent être mis en isolement.

La levée de ces mesures se fera 14 jours après le début des signes du dernier cas s'il est devenu asymptomatique sinon jusqu'à la disparition de ses signes cliniques.

Pour les résidents et les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable COVID-19, il sera nécessaire de réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates. (Cf fiche « **Contact-tracing autour d'un cas probable ou confirmé de COVID-19** » en annexe).

Mesures générales

Fiches **en annexe** :

- rôle de chacun dans gestion COVID19
- Tableau des entrées des professionnels,
- Gestion des déchets d'activité en ES et ESMS (consignes nationales),

1. Adaptation des chambres

- Quelle que soit la situation les mesures de confinement sont applicables pendant 14 jours après l'exposition définie au paragraphe précédent ;
- Dans la mesure du possible, les patients sont en chambre individuelle ;
- Pour les chambres doubles, les mêmes précautions sont applicables pour le voisin de chambre.

Modèle de fiche **en annexe** : affiche isolement en chambre

2. Gestion du matériel en chambre

- *Usage Unique* : Privilégier ce type de dispositifs pour le séjour du patient.
- *Usage Multiple* : Entretien du matériel dans la chambre du patient au moyen de lingettes imprégnées d'un produit détergent désinfectant répondant à la norme de virucidie EN 14476 et en respectant du temps de contact.

Dispositifs de protection individuelle à utiliser pour applications des précautions complémentaires COVID19 en fonction des gestes quotidiens

En Annexe :

- Protocole Cpias HDF : Précautions d'Hygiène en EMS pour un résident cas possible/probable/confirmé COVID-19 (version 9/04/20)
- Prise en charge COVID19 – logigramme EMS– Cpias Nouvelle Aquitaine – mars 20
- Prise en charge COVID19- check list EMS – Cpias Nouvelle Aquitaine – mars 20
- MARS du 03/04/20 : réutilisation des surblouses
- Fiche doctrine du ministère de la santé du 06/05/20, recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte d'un processus progressif de déconfinement (en annexe).

1. Actes à risque faible

Exemple : Lever, mise au fauteuil, distribution des repas, distribution des médicaments

- Réaliser une hygiène des mains par FHA
- Porter une sur blouse UU
- Porter des lunettes de protection et un masque chirurgical.
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Réaliser une hygiène des mains par FHA en entrant dans la chambre

2. Actes à risque intermédiaire avec exposition à des liquides biologiques

Exemple : Toilette, change, retournement, prise de sang, mise en place de la prothèse dentaire

- Réaliser une hygiène des mains par FHA
- Porter une sur blouse UU si non imperméable la compléter d'un tablier plastique UU pour tout soin souillant mouillant (change, toilette...)
- Porter des lunettes de protection et un masque chirurgical.
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Réaliser une hygiène des mains par FHA en entrant dans la chambre
- Mettre des gants avant les soins souillants

3. Actes à haut risque : geste invasif ou manœuvre de la sphère respiratoire

Exemple : Urgence vitale, intubation, soins de bouche, kinésithérapie respiratoire

- Réaliser une hygiène des mains par FHA
- Porter une sur blouse UU si non imperméable la compléter d'un tablier plastique UU pour tout soin souillant mouillant (change, toilette...)
- Porter des lunettes de protection et un masque FFP2
- Masque FFP2
 - Vérifier étanchéité par test ajustement (Fit-check)
 - Doit couvrir le nez, la bouche et le menton
 - Ne pas manipuler une fois en place
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Réaliser une hygiène des mains par FHA en entrant dans la chambre

4. Déshabillage (Protocole habillage/déshabillage pour affichage, **en annexe**)

- Retirer le tablier plastique à usage unique et/ou la surblouse et les gants à éliminer dans le sac DASRI, ou double DAOM dans la chambre.
- Hygiène des mains à l'extérieur de la chambre
- Retirer la charlotte et jeter à la poubelle DASRI.
- Retirer les lunettes de protection (les désinfecter si réutilisable)
- Retirer le masque et jeter en poubelle DASRI.
- Hygiène des mains par FHA.

CONDITIONS DE REUTILISATION DES SURBLOUSES :

Dans le contexte actuel d'utilisation massive des surblouses et afin de faire face au risque de pénurie, la société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a rendu un avis concernant la possibilité de réutilisation des surblouses à usage unique **en annexe** :

- Avis SF2H relatif à la réutilisation de sur-blouses pour la prise en charge de patients COVID-19 dans un contexte de pénurie nationale 05 avril 2020.

L'avis de la SF2H du 05/04 propose d'autres stratégies de rationalisation des sur-blouses à usage unique.

Gestion des excréta

1. Patients continents

- WC individuel
- Bassin avec protection sachet. Et élimination des sachets dans les DASRI.
- Nettoyage et désinfection au détergent désinfectant répondant à la norme de virucidie EN 14476 et en respectant du temps de contact ou à l'eau de javel (dilution selon le protocole fournit dans le KIT)

2. Patients incontinents

- Utilisations de protections et éliminations dans les DASRI : protection et élimination dans les DASRI

3. Déchets

- Élimination des déchets dans la filière DASRI :
- Un sac DASRI situé dans la chambre. (sur-blouse jetable, tablier, gants)
- Un sac DASRI situé hors de la chambre : masques +/- lunettes
- Évacuation circuit DASRI

4. Repas et Vaisselle

- Repas en chambre
- Plateau réutilisable à désinfecter avec une lingette imprégnée de détergent désinfectant compatible avec les denrées alimentaires
- Prise en charge habituelle de la vaisselle : cycle de lavage à une température de 55°C à 60°C et un cycle de rinçage à plus de 85°C
- vaisselle

5. Linge

- Suivre la filière et les procédures de l'établissement
- Privilégier le double emballage ou sac hydrosoluble
- Pour la manipulation : porter tablier plastique ou sur blouse UU, gants UU, masque chirurgical, lunettes de protection
 - Ne pas secouer les draps et le linge et ne pas le déposer au sol
 - Ne pas plaquer le linge et les draps contre soit
 - Déposer dans des sacs hydrosolubles de préférence
- Pour le linge fragile : réaliser un prélavage et utiliser un produit lessiviel désinfectant
- Bannir les mouchoirs en tissu pour les résidents
- Bionettoyage surfaces hautes et sol 20 minutes après la réfection du lit et aération de la pièce.

Procédure en cas de décès

La conduite à tenir

Une foire aux questions a été mise à disposition par le ministère de la santé et des solidarités ([en annexe](#) : FAQ-funéraire-COVID19)

Décret n°2020-384 du 1er avril 2020 complétant le décret n°2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ([en annexe](#)), jusqu'au 30 avril 2020 :

- les soins de conservation définis à l'article L. 2223-19-1 du code général des collectivités territoriales sont interdits sur le corps des personnes décédées ;
- les défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès font l'objet d'une mise en bière immédiate par les pompes funèbres. La pratique de la toilette mortuaire est interdite pour ces défunts.

Décret 2020-497 du 30 avril 2020 (publié au JO le 1^{er} mai 2020) qui a modifié l'article 12-5 du décret n°2020-293 du 23 mars 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Cet article relatif aux dispositions funéraires a été modifié sur les points suivants :

- il n'existe pas de délais précis correspondant à la mise en bière immédiate, le certificat de décès précise que cela doit se faire « dans les plus brefs délais
- soins de conservation : les soins de conservation restent interdits sur le corps des défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès mais sont de nouveau possible sur le corps des autres défunts.
- mise en bière immédiate : les défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès doivent toujours faire l'objet d'une mise en bière immédiate par les pompes funèbres
- toilette mortuaire : la toilette mortuaire des défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 reste interdite, à l'exclusion des soins réalisés post-mortem par des professionnels de santé ou des thanatopracteurs
- les soins et la toilette qui ne sont pas interdits par l'article 12-5 du décret n°2020-293 modifié sont pratiqués dans des conditions sanitaires appropriées

Le soutien spirituel

MARS du 03/04/20 sur les relations les représentants des cultes ([en annexe](#)) : Face à la propagation de l'épidémie de COVID-19, les malades, leurs proches, et tous ceux qui sont mobilisés pour lutter contre la maladie peuvent éprouver le besoin d'un soutien spirituel. Les mesures prises pour lutter contre l'épidémie, qui limitent les regroupements et encadrent les déplacements, ne sont pas un obstacle à l'exercice par les ministres du culte de leurs responsabilités. Pour autant, pour faciliter la mise en relation de ceux qui le souhaitent avec un représentant des cultes, ces derniers proposent un numéro de téléphone dans la MARS en annexe.

L'ensemble des recommandations sont incluses dans le document [en annexe](#) : « Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapés.

Informations sur la conduite à tenir par les professionnels relatifs à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2 »

Fiche [en annexe](#) de CAT pour les pompes funèbres

Les certificats de décès

Dans le contexte actuel de l'épidémie de Covid-19 sur le territoire national, il convient de rendre systématique la transmission dématérialisée des volets médicaux des certificats de décès en ayant recours à l'application « CertDc ». En effet, cette transmission électronique permettra une analyse en temps réel des causes de décès et renforcera la qualité du suivi des décès résultant de l'infection au Covid-19 et de ses conséquences indirectes sur d'autres causes.

Il est primordial de faire du recours à l'application « CertDc » la règle en établissements de santé. Pour ce faire, les référents dématérialisation des certificats de décès identifiés dans les ARS pourront faire des rappels de bonnes pratiques.

Les établissements non raccordés devront demander leur raccordement en urgence. Vous trouverez les éléments nécessaires en suivant ce lien :

https://sic.certdc.inserm.fr/public_view.php?ihm=108,

FICHE 4 : ADMISSION ET RETOUR

D'HOSPITALISATION DES RESIDENTS EN CONFINEMENT

Les admissions présentant un caractère d'urgence ne doivent pas être interrompues.

Sans opposition avec la MARS 2020-13 recommandant de créer un secteur dédié pour les résidents atteints de COVID19 confirmé ou probable, nous prenons la mesure de la complexité de créer de tels secteurs. Les chambres des résidents sont considérées juridiquement comme leur domicile privé, dont il ne peut être aussi librement disposé sans leur accord. Nous élaborons ainsi des recommandations d'isolement en chambre.

Si vous arrivez toutefois à créer des zones/secteurs de confinement, notamment à l'aide du rabattement des portes coupes feu, il convient, outre les mesures barrière placées à chaque porte (ex : mise à disposition de sha, gants, etc.), de définir exactement ces secteurs : secteur « cas COVID-19 confirmés », « secteur cas COVID-19 probables/possibles/exposés/contacts », etc. Il serait souhaitable, d'isoler les résidents présentant des fragilités digestives ou autres, les rendant particulièrement vulnérables en créant un secteur dédié. La sectorisation implique le déplacement des résidents de leur chambre. En cas exceptionnels, il peut être fait entorse au droit du domicile privé applicable aux chambres des résidents, notamment dans l'intérêt de préserver leur santé et celle de tous. Ces déplacements doivent être accompagnés d'un bionettoyage à l'eau de javel de la chambre selon procédure ICD et de la mise sous plastiques des effets personnels qui sont alors à laisser stockés dans les chambres. Pour réaliser ces opérations dites « tiroirs », une à deux chambres « dites » tampons sont nécessaires pour installer les résidents dans l'attente.

En cas d'admission d'une personne en hébergement définitif ou temporaire, venant de la ville ou d'un établissement de santé, elle est considérée comme un cas exposé. Il conviendra de distinguer la situation de l'ESMS avec cas ou sans cas et respecter les règles de confinement en chambre pendant une durée de 14 jours

Les personnes déambulantes ne pourront être admises que dans l'hypothèse où la déambulation se fait pendant 14 jours dans un espace sécurisé vis-à-vis des autres résidents.

Accueil temporaire

L'accueil des résidents de façon temporaire est ouvert à l'ensemble des établissements afin de fluidifier les sorties d'hospitalisation et proposer, dans des conditions sécurisées, une prise en charge ponctuelle en Ehpad, entre l'hôpital et le domicile, incluant la continuité de soins. Afin de ne pas pénaliser la personne accueillie, une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire sera pris en charge par l'ARS. Ce financement complémentaire a pour but de ramener à 0 le reste à charge journalier pour le résident. Cette possibilité est valable uniquement durant la période de l'épidémie.

Le financement dépend du tarif hébergement de l'établissement, du tarif dépendance Gir 5/6 et du nombre de journées durant lesquelles la personne âgée a été accueillie en hébergement temporaire (maximum 90 jours).

Les financements seront versés, à l'issu de la période durant laquelle cette modalité est retenue, sur la base du tableau joint **en annexe**, accompagné des factures et justificatifs.

Pour les établissements n'ayant pas d'autorisation pour un accueil en hébergement temporaire, le tarif hébergement et le tarif dépendance correspondront au tarif moyen régional :

- Tarif hébergement : 62.02€
- Tarif dépendance 5.51€

FICHE 5 : CONTINUITE DE

LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

En annexe : Recommandation nationale du 31/03/20 : FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPUI DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Limitation des sorties médicales et paramédicales

Le plan de soins peut être réévalué en fonction de l'urgence des interventions (reporter les consultations programmées, mémoire, cardio, différer les soins de rééducation non urgents, podologue, ophtalmo...) privilégier les sessions de télé-médecine pour les consultations dans un premier temps.

Continuité des soins avec les professionnels extérieurs

Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée du 20/04/20 ([en annexe](#)).

Les directrices et directeurs d'établissement, en lien avec les soignants et notamment le médecin coordonnateur le cas échéant, peut décider d'un retour très encadré de intervenants libéraux et des professionnels strictement indispensables à la préservation de l'autonomie des résidents.

Les visites s'effectuent impérativement sur la base de la signature par le professionnel d'une charte de bonne conduite assurant du respect des consignes de sécurité et d'hygiène. Les intervenants libéraux disposent de leurs propres EPI. Le nombre de professionnels différents est limité au maximum. Il est ainsi possible que les professionnels soient amenés à prendre en charge des personnes ne faisant pas parties de leur patientèle habituelle. Il sera alors primordial d'organiser une continuité des soins entre l'intervenant libéral et le professionnel qui suit habituellement la personne. Des comptes rendus devront être rédigés pour un meilleur suivi.

Il vous est recommandé d'utiliser le tableau des intervenants extérieurs joint [en annexe](#).

Renfort en médecins :

Il est possible de faire appel à des médecins volontaires dont libéraux repérés soit par le biais de votre réseau local ou par la plateforme « renforts-covid.fr » pour augmenter le temps de présence médicale.

La kinésithérapie respiratoire des résidents est à maintenir tant que possible.

La kinésithérapie pour une autre raison doit être limitée aux besoins essentiels mais non interrompue, pour limiter les pertes de chances. Il serait préférable de limiter à 1 ou 2 professionnels quand c'est nécessaire.

Les services de SSR étant également mobilisés pour la gestion du COVID-19, certaines hospitalisations seront raccourcies, voire des HDJ annulées. Dans ce cadre des prescriptions hospitalières de

rééducation devront être réalisées par les kinésithérapeutes libéraux, tout en limitant le nombre de ces intervenants dans ce contexte épidémique.

Renfort en personnel paramédical :

Il est possible de faire appel à des paramédicaux (dont libéraux) volontaires par le biais de votre réseau local ou par la plateforme « renforts-covid.fr » pour augmenter la capacité de soins de l'établissement.

⇒ **Toute personne travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la santé** peut s'inscrire à l'application mobile medGo (via la plateforme www.renforts-covid.fr) pour venir en soutien des équipes en première ligne. (deux fiches [en annexe](#) : ARS-renforts covid + fonctionnement de la plateforme).

Télémédecine par la Plateforme Prédice

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, le Ministère des Solidarités et de la Santé encourage les prises en charge à distance ; elles sont d'ores et déjà possibles et leurs conditions de facturation sont décrites dans le guide DGOS de facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissements de santé :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

En complément, des activités médicales et soignantes à distance (télésanté) sont exceptionnellement permises par les établissements de santé pour les patients en ville dans les conditions définies dans le tableau en annexe.

Pour organiser la délivrance de l'ordonnance dans le cas où la téléconsultation réalisée conduit le professionnel médical à établir une ordonnance, l'établissement doit prévoir :

- • L'utilisation par le professionnel médical d'une plateforme sécurisée pour mettre à disposition les documents au patient ;
- • À défaut, l'utilisation par le professionnel médical de la messagerie sécurisée de santé ;
- • À défaut, l'utilisation par le professionnel médical de la voie postale ou de la messagerie.

Pour plus d'information, consulter le site du Ministère des Solidarités et de la Santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-et-telesante-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>

En région, il existe un dispositif sécurisé de visio-consultation qui permet de pouvoir entrer en contact avec un médecin de ville et/ou en établissement de santé sans équipement spécifique de télémédecine via la plateforme régionale Prédice.

➔ Vous pouvez réaliser une demande d'inscription à la plateforme Prédice à l'adresse suivante : tlc.predice@esante-hdf.fr

Concernant les actes de visio-consultation, il est considéré que l'accord du médecin traitant est, *de facto*, sauf opposition signalée.

Il est également possible via l'application Prédice de bénéficier de télé-expertise de manière asynchrone : c'est-à-dire que vous pouvez demander conseil auprès de médecins qui vous répondront dès que possible.

MARS du 02/04/20 : GESTION DE L'OXYGENE MEDICAL – STRATEGIE ET DISPOSITIFS DE TEST DIAGNOSTIC - SOLUTIONS DE TELESANTE ([en annexe](#)).

FICHE 6 : DOCUMENTS UTILES POUR

LA GESTION DES HOSPITALISATIONS

Complétude des Dossiers de Liaison d'Urgence

Nous vous invitons à anticiper et donc mettre à jour et/ou compléter dès à présent les Dossiers de Liaison d'Urgence de vos résidents. Au regard des spécificités actuelles de prise en charge et pour permettre le meilleur accompagnement, veillez à bien renseigner leurs comorbidités comme leurs fragilités :

- Gériatriques
- Cognitives / psychiques
- Fonctionnelles
- Nutritionnelles
- Psychologiques

Cette bonne information du profil de vos résidents facilitera la prise en charge en aval par :

- Le Médecin coordonnateur de l'EHPAD et/ou
- Le Médecin traitant et/ou
- Le médecin référent gériatrique de territoire et/ou
- Le Médecin régulateur du SAMU centre 15 et/ou
- Le Médecin urgentiste.

Fiche « Urgences Pallia » et directives anticipées

En complément du DLU, nous vous invitons à renseigner la fiche « urgence pallia » pour tout résident concerné.

Si des directives anticipées ont été rédigées, elles sont à transmettre et à considérer.

Désignation de la personne de confiance

Nous vous invitons également, si cela est possible, à favoriser la désignation d'une personne de confiance pour les résidents de votre structure, si cela n'a pas déjà été fait.

Décisions Collégiales

Il est fortement suggéré de mettre en place dès à présent des décisions collégiales concernant la prise en charge en urgence de vos résidents afin d'encadrer les prises en soins thérapeutiques en cas de pronostic vital engagé.

Ces décisions collégiales pourront être accompagnées par le référent gériatrique de territoire, comme les équipes mobiles palliatives et/ou gériatriques de votre territoire.

L'ensemble des documents cités dans la fiche 6 sont fournis en annexe.

FICHE 7 : VERIFICATION ET UTILISATION

DES STOCKS DE PRODUITS SANITAIRES

Au regard de la crise sanitaire, les établissements sont amenés à gérer plus de résidents et de patients dans un état de décompensation. A ce titre, les ressources suivantes seront amenées à être gérées avec parcimonie.

Au regard de l'utilisation prévisionnelle consécutive de vos ressources, nous vous conseillons d'établir un état des lieux régulier de vos stocks et de les renouveler. Nous vous proposons pour ce faire un tableau de gestion des stocks **en annexe**.

Nous vous proposons également une composition de caisson d'isolement type **en annexe**.

Vous pouvez vous rapprocher des équipes mobiles d'hygiène ou de l'établissement de santé de votre territoire pour tout questionnement.

Plus d'informations sont également disponibles sur le site de la DGE :

<https://www.entreprises.gouv.fr/covid-19/approvisionnement-en-masques-et-gel-hydroalcoolique>

Solution hydro alcoolique

Les soignants sont invités à conserver leurs flacons vides de 100mL pour permettre un approvisionnement en vrac mis en place par les pharmacies. Les flacons devront être soigneusement lavés avant tout remplissage.

En cas de difficultés d'approvisionnement, les établissements de santé comme le CHU de Lille, certaines officines ou bien encore certains industriels peuvent être sollicités.

Blouses

Dans le contexte actuel d'utilisation massive des surblouses et afin de faire face au risque de pénurie, la société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a rendu un avis concernant la possibilité de réutilisation des surblouses à usage unique (en annexe Avis SF2H du 05/04/20).

L'avis de la SF2H du 05/04 propose d'autres stratégies de rationalisation des sur-blouses à usage unique.

Pour faciliter l'achat de surblouses lavables et répondre aux besoins des structures du secteur sanitaire et médico-social de tout statut, une plateforme (<https://surblouse-textile.fr/>) est ouverte à tous les acteurs, elle permet de passer commande.

Masques chirurgicaux et lunettes

Leur utilisation est à réserver pour correspondre aux bonnes pratiques (précautions standard et complémentaires).

Cependant, nous recommandons le port de masque chirurgical pour chacun des professionnels le nécessitant selon les recommandations. Le changement de masque dans ce cas est préconisé toutes les 4h et plus fréquemment en cas de souillure

Une fiche de conduite à tenir (CAT) sur le bon usage du masque vous est jointe **en annexe** pour affichage.

Un stock de lunettes à usage multiples doit être prévu en cas de besoin selon les recommandations. (cf [en annexe](#) procédure de nettoyage et désinfection).

Doctrine régionale de distribution des masques au 06/04/20 :

La région Hauts-de-France poursuit le déploiement de l'approvisionnement en masques de l'ensemble des établissements médicalisés à destination des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques.

Pour ce faire, la distribution se poursuit au travers de points relais identifiés sur chaque territoire.

Nous vous informons que pour votre structure, vous pouvez contacter, l'établissement GHT qui vous a réservé des masques, spécifiquement identifiés à destination de l'EHPAD.

A noter :

- Si vous êtes un organisme gestionnaire du champ du Handicap, cette dotation vous est allouée au titre des ESMS implantés sur le territoire concerné. Vous êtes ainsi susceptible de recevoir plusieurs dotations correspondant chacune à un territoire de la région ;
- Si vous êtes un EHPAD, cette dotation vous est octroyée au titre de votre établissement et de ses éventuels sites géographiques rattachés.

Pour organiser la récupération des masques, revoyez le dernier message reçu de l'ARS à cette fin.

Cette distribution est prévue pour être hebdomadaire. Dans ces conditions, nous vous demandons de remplir de manière impérative, chaque jeudi, l'enquête relative à vos stocks de masques, en précisant le n° FINESS mentionné dans ce mail, via le lien suivant :

<http://www.partenairesars.fr/~partenain/limesurvey/index.php?sid=58299&lang=fr>

Nous vous rappelons à cet égard la doctrine d'utilisation raisonnée des masques :

- Le port des masques filtrants FFP2 est réservé aux seuls personnels hospitaliers en contact étroit et prolongé avec des cas confirmés (soins intensifs). Le double portage du masque chirurgical professionnel de santé / patient est aussi efficace que le FFP2 ;
- Le port des masques chirurgicaux (anti-projection) est réservé aux personnes malades, aux personnes contact des personnes à risque modéré/élevé, aux professionnels de santé recevant des personnes malades, aux personnes chargées du secours à victimes et des transports sanitaires en cas de suspicion de contact avec une personne malade.

Nous attirons enfin votre attention sur la nécessité de prévoir la sécurisation du stockage de vos masques au regard des tensions qui peuvent exister en la matière.

Enfin, si vous rencontrez des difficultés d'approvisionnement pour les autres équipements de protection individuelle, nous vous invitons à :

- Contacter vos fournisseurs habituels ;
- Utiliser la plateforme <https://stopcovid19.fr> qui met en relation les professionnels des fournisseurs de matériel ;
- Contacter les établissements publics de santé du secteur pour passer des commandes groupées et bénéficier ainsi de leurs facilités d'approvisionnement.

Sacs mortuaires

Décret n°2020-384 du 1er avril 2020 complétant le décret n°2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ([en annexe](#)), jusqu'au 30 avril 2020 :

- les soins de conservation définis à l'article L. 2223-19-1 du code général des collectivités territoriales sont interdits sur le corps des personnes décédées ;
- les défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès font l'objet d'une mise en bière immédiate, par les pompes funèbres. La pratique de la toilette mortuaire est interdite pour ces défunts.

Décret 2020-497 du 30 avril 2020 (publié au JO le 1^{er} mai 2020) qui a modifié l'article 12-5 du décret n°2020-293 du 23 mars 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

Cet article relatif aux dispositions funéraires a été modifié sur les points suivants :

- l'article n'évoque plus de date limite mais fait référence à la situation sanitaire
- soins de conservation : les soins de conservation restent interdits sur le corps des défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès mais sont de nouveau possible sur le corps des autres défunts.
- mise en bière immédiate : les défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 au moment de leur décès doivent toujours faire l'objet d'une mise en bière immédiate par les pompes funèbres
- toilette mortuaire : la toilette mortuaire des défunts atteints ou probablement atteints du covid-19 reste interdite, à l'exclusion des soins réalisés post-mortem par des professionnels de santé ou des thanatopracteurs
- les soins et la toilette qui ne sont pas interdits par l'article 12-5 du décret n°2020-293 modifié sont pratiqués dans des conditions sanitaires appropriées

Au regard du contexte épidémique actuel, de la mortalité associée chez le sujet âgé, et au regard du protocole spécifique (joint [en annexe](#)) suite à un décès dû au COVID19, nous vous invitons à constituer un stock suffisant de sacs mortuaires. Le cas échéant, vous pouvez vous rapprocher de services de pompes funèbres pour vous en procurer.

Fiche [en annexe](#) de CAT pour les pompes funèbres.

Gestion du Linge

Sans cas de COVID-19, la gestion du linge reste identique et conforme à vos procédures internes. Cependant l'intégralité du linge devra être traitée par l'EHPAD de manière gratuite, et ce, jusqu'à la fin de la crise sanitaire.

En cas de COVID-19 positif ou probable chez un résident, le traitement du linge de la chambre en question nécessite l'utilisation de sacs hydrosolubles afin d'assurer une gestion sécurisée de ce dernier. Si vous ne possédez pas de sacs hydrosolubles : Déposer le linge dans un sac plastique transparent soigneusement fermé, puis l'emballer à l'extérieur de la chambre dans un deuxième sac REB.

Pour rappel : Dans le cadre du lavage du linge dans le contexte actuel, ce dernier sera traité en interne systématiquement et de manière gratuite. La gestion du linge sera exclusivement prise en charge par l'EHPAD.

L'entretien du linge par les familles et proches n'est plus recommandé en temps d'épidémie, pour éviter toute contamination.

Nous vous recommandons de proposer à vos résidents de ne pas porter leur linge délicat et de privilégier le port des textiles les moins fragiles.

Une fiche Prise en charge linge et locaux COVID19 est **en annexe**.

Sacs DASRI

Dans le cadre de la gestion d'un résident positif ou probable au COVID-19, la gestion des déchets à risques contaminants devra être assurée via les sacs DASRI : gants, masques, protections, sacs pour chaises percées, sacs pour bassins, gants de toilette à usage unique, tablier pour soins mouillants et tout autre matériel utilisé, ...

Désinfection à la Javel

Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, l'utilisation de la javel est recommandée dans le cas où l'utilisation des produits habituels n'est plus possible, et uniquement dans ce cas.

Une fiche technique vous est présentée ci-après concernant les usages de la Javel en désinfection. Elle est issue d'une procédure du CCLIN Paris Nord– ARLIN.

<http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc11/0030358.pdf>

Doctrine régionale au 06/04/20 :

L'utilisation massive d'équipement de protection pour la gestion du Covid-19 a entraîné un fort accroissement de la production de déchets mous DASRI.

Des établissements nous font dès à présent part de saturation de leurs espaces de stockage.

Ce sujet est actuellement travaillé en collaboration avec la DREAL, la DGS et les collecteurs de la région afin d'étudier des dispositions qui permettraient de fluidifier la collecte et le traitement de ces DASRI.

Ainsi le contexte actuel pouvant générer des tensions quant à la disponibilité de conducteurs formés au titre du 8.2 de l'ADR, la possibilité de déroger aux prescriptions réglementaires peut être envisagée. Les collecteurs en ont été informés.

Votre collecteur peut demander à la DREAL la création d'une zone de stockage temporaire pour permettre de désaturer la filière, les temps de rotations dans les centres d'élimination étant de plus en plus importants.

L'utilisation de caisses cartons 440 L (CARTOSPE) est actuellement testée pour être utilisées en remplacement des GE/GRV. Ces cartons sont faciles à manipuler et à entreposer dans les plateformes, sans immobiliser les GE/GRV.

La DREAL de son côté, avec la Direction Générale de la Prévention des Risques, étudie les transferts inter-régionaux de DASRI

Sur le conditionnement des DASRI, il est possible de réserver les bacs GRV aux DASRI en sacs mous, et d'empiler les DASRI en cartons ou en bidons en dehors des bacs, ceux-ci pouvant être emmenés par la suite. Ces cartons et bidons peuvent être stockés en palettes qui sera filmée et ne doit pas excéder 1,80 m de hauteurs. Il est impératif que vous informiez votre collecteur de ces changements de modalités de stockage afin qu'ils assurent le transport adéquat.

En cas de tensions importantes et de dégradations des conditions de stockage de vos déchets, je vous demande de signaler votre situation à ARS-HDF-SIGNAL@ars.sante.fr et en fonction du département :

ARS-HDF-SSE02@ars.sante.fr

ARS-HDF-SSE59@ars.sante.fr

ARS-HDF-SSE62@ars.sante.fr

ARS-HDF-SSE80@ars.sante.fr

Vous serez recontacté par un agent du service santé environnement afin de travailler avec vous et votre collecteur à des solutions.

Pour la désinfection de matériel, le temps d'action de la solution d'eau de Javel est également de 10 minutes et nécessite un rinçage.

Bionettoyage des chambres (sol et surfaces) au moins 1 fois par jour, en insistant tout particulièrement sur les surfaces horizontales (adaptables, paillasse,...), les surfaces fréquemment touchées (poignée de porte, barrière de lit, dispositifs pour appel des soignants, téléphone, ...), les surfaces visiblement souillées et les sanitaires

Séquence en 3 temps :



Nettoyage avec un produit détergent



Rinçage à l'eau



Désinfection des sols et surfaces avec une solution d'eau de Javel à 2,6% diluée au 1/5^{ème} (cf. encadré ci-dessous)



Laisser sécher pour obtenir un temps d'action de 10 mn

Rincer obligatoirement les surfaces en inox après javellisation

Nettoyage et désinfection à l'Eau de Javel (mêmes concentration et temps de contact) de l'équipement réutilisé entre deux patients (en particulier soulève-malade, matériel de rééducation)

Utilisation en désinfection de l'Eau de Javel : solution à 2,6% diluée au 1/5^{ème}



9,6%

Si utilisation de **berlingots de 250ml (solution à 9,6%)** :

- 1- dilution dans un flacon de 1 litre (berlingot de 250ml + 750ml d'eau froide pour obtenir une solution de 1 litre à 2,6%),
- 2- puis nouvelle dilution au 1/5^{ème} (1 litre de la solution préparée dans 4 litres d'eau).



2,6%

Si utilisation de **bidons de 1 ou 2 litres (solution à 2,6%)** :

- dilution directe au 1/5^{ème} (1 litre du bidon dans 4 litres d'eau)

FICHE 8 : GESTION DU CHARIOT D'URGENCE ET PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES

Nous vous renvoyons à vos procédures concernant la gestion du chariot d'urgence et nous vous incitons à adapter la liste des médicaments nécessaires au cadre épidémique.

Au regard de l'utilisation prévisionnelle conséquente de vos ressources, nous vous conseillons d'établir un état des lieux régulier de vos stocks et de les renouveler spontanément.

Il est conseillé de prévoir diverses thérapeutiques médicamenteuses telles que les hypnotiques, les antalgiques morphiniques injectables, les antibiotiques, ou les diurétiques.

Nous vous invitons à adapter le nombre de perfuseurs et de solutés pour les mettre en adéquation avec vos besoins quotidiens.

Certains hypnotiques (hypnovel/midazolam) sont des prescriptions hospitalières à rétrocession de pharmacie hospitalières (PUI). Pour ces prescriptions qui restent du fait de spécialistes hospitaliers, vous pouvez les faire prescrire par le biais de :

- médecins de l'équipe mobile de soins palliatifs
- gériatres hospitaliers
- médecins coordonnateurs d'HAD
- tout autre médecin hospitalier

L'astreinte gériatrique peut même organiser une téléconsultation via l'outil régional ou une réflexion collégiale avec les équipes de soins palliatifs.

Ces médicaments pourront aussi être délivrées par les pharmacies hospitalières dans le cadre de prises en charge palliatives grâce à l'intervention de l'HAD ou de l'équipe mobile.

S'agissant de l'HAD, son intervention permet la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire qui interviendra directement au sein de l'EHPAD pour assurer une prise en charge palliative. Il peut s'agir de réaliser les actions suivantes :

- prise en charge de la douleur pouvant solliciter l'administration de médicaments de la réserve hospitalière,
- soins de nursing,
- traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort,
- accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches (par téléphone par exemple).

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.

Voir fiche 1 « organisation territoriale ».

Les recommandations suivantes peuvent vous apporter des détails complémentaires relatifs aux thérapeutiques. Ces recommandations ne se substituent pas aux échanges que vous pourrez avoir avec les médecins et référents gériatrique, palliatif, ou de l'HAD de votre territoire.

RECOMMANDATIONS ET REGLEMENTATION

En annexe

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, des dispositifs dérogatoires ont été publiés pour faciliter et sécuriser l'accès aux traitements de soins palliatifs :

- **Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 (JO du 24 mars)** : Jusqu'au 31 mai 2020, le pharmacien (officine et pharmacie à usage intérieur) est autorisé à renouveler une prescription de médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants, au-delà de la période de validité de l'ordonnance

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000041746744

- **Décret n° 2020-360 du 28 mars 2020 (JO du 29 mars)** : Jusqu'au 15 avril 2020, évolution de l'accès au Paracétamol et au Clonazépam

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041763328&dateTexte=&categorieLien=id>

- Mise à disposition des spécialités pharmaceutiques à base de paracétamol (injectable) pour une utilisation par tout médecin dans le cadre des indications de son autorisation de mise sur le marché (douleur et fièvre) ;
- Dispensation de la spécialité pharmaceutique Rivotril® (injectable) en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché pour permettre la prise en charge de la dyspnée et la prise en charge palliative de la détresse respiratoire en se conformant aux protocoles exceptionnels et transitoires, mis à disposition par la SFAP : <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>

- **Recommandation nationale du 31/03/20** : FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPUI DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Pour permettre les prescriptions par des médecins non enregistrés au FNPS, le numéro fictif 291991453 peut être apposé sur les ordonnances et arrêts de travail.

Différentes fiches nationales d'aide à la décision sont en annexe :

- Fiche d'aide à la décision thérapeutique
- Consignes dyspnée et détresse respiratoire COVID
- Fiche conseil prise en charge palliative dyspnée COVID
- Note adaptation des soins palliatifs à l'épidémie de COVID (SFAP)
- Fiche conseil prise en charge palliative détresse respiratoire terminale COVID

Pour mémoire :

- « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie »

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/fiche_sedation_mg.pdf

- « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? »

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf

Procédure régionale de demande de mise à disposition d'une dotation exceptionnelle de molécules nécessaires à l'accompagnement de fin de vie, pour initier une prise en charge et dans l'attente notamment d'une intervention de l'HAD ou de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

(Message transmis le 10 avril 2020 aux EHPAD)

Dans le cadre de la gestion de l'épidémie Covid 19 , l'ARS des Hauts de France propose la mise en place d'une dotation en molécules nécessaires à l'accompagnement de fin de vie d'un résident Covid 19 ou non, au sein des EHPAD hors MRCH.

Vos équipes accompagnent habituellement en lien avec des équipes hospitalières (gériatriques et/ou de soins palliatifs) des personnes en fin de vie. Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire actuelle, des tensions existent à l'approvisionnement de certaines thérapeutiques. Aussi l'ARS souhaite vous aider à anticiper d'éventuelles pénuries qui pourraient entraîner des pertes de chances.

Dans un premier temps, le médecin coordonnateur ou médecin traitant cherchera à réfléchir, comme à l'accoutumée, collégalement avec soit le gériatre d'astreinte et/ou l'équipe de soins palliatifs référente à la meilleure attitude thérapeutique, en lien avec l'équipe de l'EHPAD et la personne de confiance.

L'objectif est de limiter les thérapeutiques, de favoriser les soins de confort, de s'assurer de la disponibilité des molécules nécessaires à cette démarche d'accompagnement.

Il parait nécessaire d'anticiper les prescriptions pour une mise en œuvre plus aisée du traitement et dans l'attente notamment d'une intervention de l'HAD ou de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

Dans ce contexte, au vu des possibilités permises réglementairement et des traitements qui semblent les plus indiqués et disponibles, la composition du chariot d'urgence devra comporter les molécules nécessaires à la prise en charge de la douleur, de l'encombrement et de la sédation.

Des documents ont été diffusés auprès de l'ensemble des services des EHPAD et des établissements médico-sociaux notamment les protocoles de prise en charge de la dyspnée (et autres symptômes respiratoires), de sédation profonde et continue en cas d'asphyxie et de la conduite à tenir en phase agonique. Vous les retrouvez dans le kit EHPAD mis à disposition par l'ARS sur le sharepoint :

<https://ecu.collab.social.gouv.fr/dir/ARSHDF/COVID19/>

Identifiant : compte.covid19

Mot de passe : B2sqpjvw

Cette dotation est à constituer au plus tôt et idéalement avant le samedi 11 Avril 2020 auprès de votre officine de référence et à renouveler au besoin.

Les difficultés d'approvisionnement sont à remonter à l'adresse suivante :

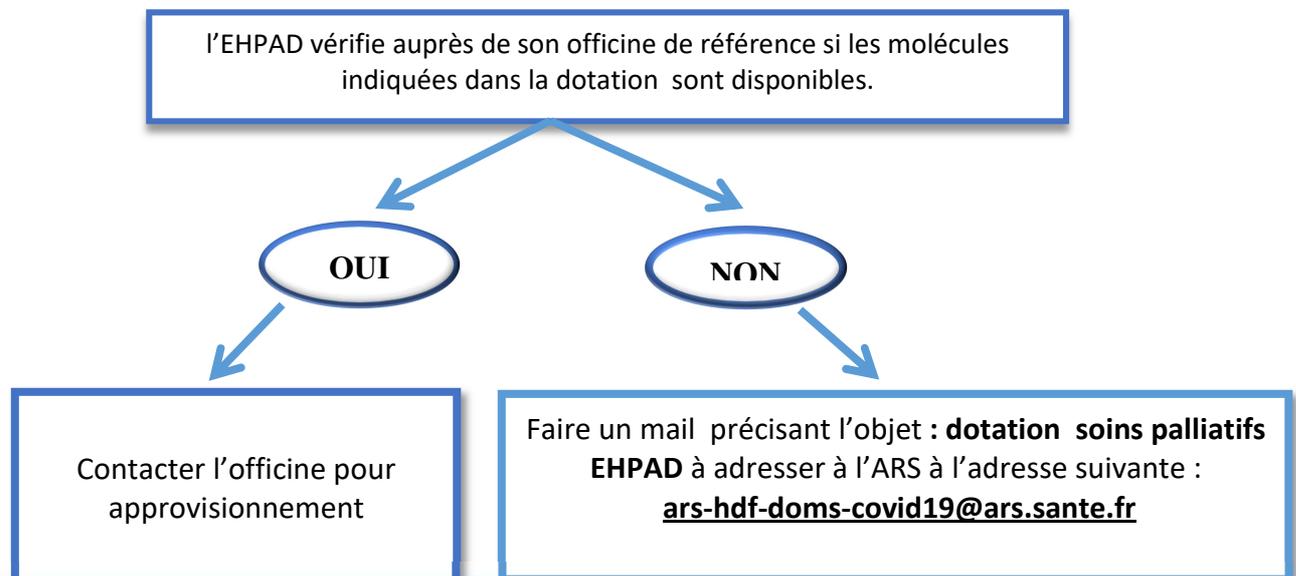
ars-hdf-doms-covid19@ars.sante.fr.

1-Composition de la dotation exceptionnelle :

| DOTATION SOINS PALLIATIFS POUR EHPAD sans PUI et hors MRCH | | |
|---|--|---------------------------------|
| DOTATION POUR 1 RESIDENT EN ATTENTE DE L'INTERVENTION de HAD ou de l' EMSP | | |
| DOULEUR | Chlorhydrate de Morphine | 10 ampoules de 10 mg |
| ENCOMBREMENT : Se doter d'au moins une des deux molécules en fonction Du stock disponible en pharmacie | Scopolamine | 10 ampoules de 0.5/2ml |
| | Ou Scoburen | 10 ampoules de 20mg/1 ml |
| SEDATION : Se doter d'au moins une des trois molécules en fonction Du stock disponible en pharmacie | <ul style="list-style-type: none">• <u>En 1° intention :</u> Clonazépam : Rivotril* injectable | 10 ampoules de 1 mg |
| | <ul style="list-style-type: none">• <u>En 2° intention :</u> Clorzépaté dipotassique :Tranxéne* | 5 flacons de 50 mg |
| | <ul style="list-style-type: none">• <u>En dernière intention :</u> Diazépam :Valium* | 5 ampoules de 10 mg |

2-Procédure d'approvisionnement :

Approvisionnement : ordonnance médicale portant la mention "Prescription Hors AMM dans le cadre du covid-19". » pour besoins urgents.



Cette dotation doit être réactualisée de façon hebdomadaire et les besoins remontés avant le jeudi soir à l'ARS si nécessaire.

FICHE 9 : GESTION DE L'OXYGENE

Si vous n'en possédez pas au sein de votre établissement, nous vous invitons fortement à prendre contact avec un prestataire d'O² afin de mettre à votre disposition des bouteilles à oxygène. En cas de refus et/ou de difficultés d'approvisionnement par leurs soins, vous êtes invités à remonter expressément cette situation auprès de l'Agence Régionale de Santé : ars-hdf-defense@ars.sante.fr

MARS du 02/04/20 GESTION DE L'OXYGENE MEDICAL – STRATEGIE ET DISPOSITIFS DE TEST DIAGNOSTIC - SOLUTIONS DE TELESANTE (en annexe) : Dans la mesure du possible en EHPAD comme à domicile, l'utilisation des concentrateurs individuels doit être privilégiée. Concernant l'approvisionnement en oxygène des EHPAD, lorsque les concentrateurs ne sont pas disponibles, des solutions alternatives peuvent être recherchées au cas par cas, soumises à l'avis de l'ANSM (mise à disposition de cuve notamment).

Un bio-nettoyage sera effectué et tracé sur les obus à oxygène. Les obus doivent être conservés dans des conditions particulières : Une procédure de stockage et d'utilisation des obus est proposée ci-dessous. Nous vous invitons également à prendre connaissance de toutes les informations et consignes communiquées par votre prestataire d'oxygène.

Pour toute difficulté de prise en charge :

- L'astreinte gériatrique pourra vous renseigner au mieux sur la conduite à tenir pour la prise en charge.
- Les équipes de soins palliatifs et/ou centres de la douleur sont en lien avec cette astreinte.
- Les HAD de votre territoire peuvent également vous y aider. Leurs limitations de prises en charge ont été levées pour cette crise sanitaire.

Voir [fiche 1 : « organisation territoriale »](#)

FICHE 10 : AIDE AUX AIDANTS, SOUTIEN AUX FAMILLES ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS

AIDE AUX AIDANTS

Les plateformes de répit des aidants des Hauts de France se tiennent à la disposition des aidants et des personnes âgées pour recueillir leurs demandes d'aide, pour les courses, pour du lien social (appels téléphoniques)... et les mettre en lien si besoin avec des bénévoles.

La plaquette des plateformes de répit est jointe **en annexe**.

Une plateforme numérique d'entraide de bénévoles été mise en place par **des** plateformes de répit des Hauts de France : www.lascalaa.fr

Elle permet la mise en relation de bénévoles avec les besoins des aidants. Tout volontaire peut aider des personnes isolées même par un simple appel ou faire les courses ou tout autre service, en respectant bien entendu les mesures barrières.

Un tuto pour l'accès à cette plateforme est joint **en annexe**.

Les PFR ou toutes autres structures, peuvent aussi recourir à la plateforme nationale <https://covid19.reserve-civique.gouv.fr/>

qui permet de recruter rapidement des bénévoles pour 4 types de missions : Aide alimentaire et d'urgence / Garde exceptionnelle d'enfants /Lien avec les personnes fragiles isolées /Solidarité de proximité.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AU GRAND PUBLIC

1/ Dispositif national de soutien médico-psychologique 0 800 130 000

Un dispositif national de prise en charge médico-psychologique est mis en place via le numéro vert ouvert 24h/24 et 7j/7 déployé par le Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus.

Cette plateforme téléphonique, destinée au grand public, permet d'obtenir des informations générales sur le Covid-19. Un transfert sur la Croix rouge et le réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) est réalisé pour les personnes qui expriment un besoin de soutien psychologique ou qui sont en situation de stress ou de détresse psychologique.

Déclinaison régionale :

- N° vert 24h/24 **0 800 130 000**

- Orientation sur la plateforme « Croix rouge écoute » si manifestation de stress

- Transfert vers la CUMP zonale portée par le CHU de Lille si besoin d'accompagnement repéré par la Croix Rouge et prise en charge individuelle organisée en lien avec les CUMP départementales (voir 3/)

La création d'un portail dédié : « rompre-isolement-aines.gouv.fr » sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé qui :

- Recense et met en avant les initiatives et outils disponibles en matière de lutte contre l'isolement, permettant à chacun de s'en saisir et de s'engager à titre individuel ou collectif ;
- Concerne l'ensemble des acteurs : citoyens, aidants, associations, élus locaux, professionnels du grand âge...

Ce portail fonctionne sur une logique transversale : les porteurs d'initiatives pourront, à travers un formulaire dédié, faire remonter les actions et outils qu'ils ont développés.

2/ Autres dispositifs organisés à l'échelle nationale

- **Terra Psy 0 805 383 922**

L'association Terra Psy propose un accompagnement psychologique par téléphone et en urgence. Les consultations sont gratuites et accessible en français, en anglais ou en arabe.

La plateforme d'écoute psychologique est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h.

- **SOS Amitié 0 890 50 70 60**

SOS Amitié est une plateforme téléphonique destinée aux personnes qui traversent une période difficile. La plateforme est ouverte 24h/24 et 7j/7 (service 0,80 €/mn + prix d'un appel).

- **Autres dispositifs spécifiques**

- MEDEF : Ecoute pour les dirigeants des entreprises **03 20 15 80 14**
- Mutuelle SMH : Ecoute pour les adhérents **05 49 34 82 97**
- Existence d'autres lignes téléphoniques spécifiques (prévention du suicide, violences, tensions familiales, ...)

- **Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R)**

Le CN2R met à disposition des fiches et des recommandations destinées au grand public et aux professionnels notamment sur le deuil et la mort, la résilience, les migrants et les exilés, les enfants et les professionnels de santé. Retrouvez les informations sur le site : <http://cn2r.fr>

- **Psycom**

Psycom a recensé les dispositifs nationaux d'écoute, d'aide et de soutien psychologique (par téléphone et en ligne), qui restent actifs pendant la période de confinement liée à l'épidémie de Covid-19. Retrouvez les informations sur le site : <http://www.psycom.org/Actualites/Lignes-d-ecoute-et-de-soutien-actives-pendant-l-epidemie-de-Covid-19>

3/ CUMP régionales

- **CUMP du Nord portée le CHU de Lille**

Mise en place d'une régulation téléphonique pour les appels psy en lien avec le 15 destinée à la population du département du Nord. Mise en place d'une prise en charge des endeuillés au CHU Lille.

- **CUMP du Pas-de-Calais portée par le CH Arras**

Mise en place d'une régulation téléphonique pour les appels psy en lien avec le 15.

Rappel des familles endeuillées par la CUMP.

Soutien psychologique dédié à l'accueil et à l'accompagnement des familles.

- **CUMP de l'Aisne**

Mise en place d'une régulation téléphonique pour les appels psy en lien avec le 15 ; organisation de rappels si besoin et de RDV avec des psychologues.

- **CUMP de l'Oise**

Mise en place d'une régulation téléphonique pour les appels psy en lien avec le 15 ; organisation de rappels si besoin et de RDV avec des psychologues.

- **CUMP d'Amiens**

Mise en place d'une régulation téléphonique pour les appels psy en lien avec le 15.

Réflexion sur la création d'une plateforme proactive à destination des familles endeuillées.

Possibilité de soutien spirituel

MARS du 03/04/20 sur les relations les représentants des cultes (en annexe) :

Face à la propagation de l'épidémie de COVID-19, les malades, leurs proches, et tous ceux qui sont mobilisés pour lutter contre la maladie peuvent éprouver le besoin d'un soutien spirituel. Les mesures prises pour lutter contre l'épidémie, qui limitent les regroupements et encadrent les déplacements, ne sont pas un obstacle à l'exercice par les ministres du culte de leurs responsabilités. Pour autant, pour faciliter la mise en relation de ceux qui le souhaitent avec un représentant des cultes, ces derniers proposent un numéro de téléphone dans la MARS en annexe.

SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS

Recommandations nationales

- Information actualisée sur la conduite à tenir concernant les visites services à domicile intervenant auprès des personnes âgées et handicapées en stade épidémique de coronavirus COVID-19 - DGCS 02/04/20 ([en annexe](#))
- Dispositif national de soutien médico-psychologique aux soignants et aux professionnels en charge de l'accompagnement de personnes vulnérables dans le cadre de l'épidémie de coronavirus du 10/04/20 ([en annexe](#)).

Une information régulière des salariés doit être organisée et dans la mesure du possible une ligne téléphonique dédiée doit être mise en place, a minima pendant les plages horaires d'intervention. Un appui psychologique est adossé à cette plateforme lorsque ce type de professionnel est présent dans le service ou qu'il est possible d'en mobiliser un.

Soutien psychologique national aux soignants

- Numéro vert du gouvernement, ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 : **0800 130 000**
Cette plateforme téléphonique (appel gratuit depuis un poste fixe en France) permet d'obtenir des informations sur le Covid-19.
- Numéro vert du service d'entraide et de soutien psychologique de la Croix Rouge française : **09 70 28 30 00 ou 0800 858 858**
Des bénévoles sont disponibles 7 jours sur 7, de 10h à 22h en semaine, de 12h à 18h le week-end, Appels anonymes et confidentiels.
- Site du Centre national de ressources et de résilience (CN2R) : ressources, fiches et recommandations pour préserver les équipes : <http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19/>

Autres dispositifs nationaux d'écoute et de soutien des professionnels de santé

- **Conseil National de l'Ordre des Médecins**

Mise à disposition d'un N° vert 24h/24 (**0800 800 854**) destiné à l'ensemble des professionnels de santé.

- **Association Soins aux Professionnels de Santé**

Plateforme nationale d'écoute (**0805 23 23 36**) animée par des psychologues accessible aux professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

Possibilité de téléconsultations via le réseau national du risque psychosocial

- **Psy Solidaires**

Permanence gratuite par Skype, Whatsapp ou par téléphone organisée pour les soignants tous les jeudis.

Permanence animée par des psychiatres et médecins qui proposent des téléconsultations pys pour les soignants qui font face à la crise du COVID-19

Contact : www.psy-solidaires-covid.org

- **Assistance psychologique pour les sociétaires de la MACSF 01 71 23 80 70**

Existence d'autres lignes d'écoute selon les contrats d'assurance des professionnels

Dispositif d'écoute et de soutien des professionnels de santé mis en place en région Hauts de France

L'écoute et le soutien psychologique des professionnels de santé reposent sur 2 organisations, l'une pour les départements du Nord et du Pas de Calais, l'autre pour les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Ces dispositifs répondent aux besoins des professionnels de santé hospitaliers, aux professionnels des établissements médico-sociaux et aux professionnels libéraux.

Dans le Nord et le Pas de Calais

Le CHU de Lille a mis en place une plateforme d'écoute téléphonique ouverte de 8h30 à 21h, 7 jours sur 7 (**03 62 94 33 15**). Elle est assurée par des professionnels de la santé mentale formés au soutien psychologique.

Un relais est organisé avec les établissements de santé du Nord et du Pas de Calais, pour la prise en charge physique des professionnels. La quasi-totalité des établissements de santé MCO et des EPSM a ainsi mis en place des dispositifs d'accompagnement spécifiques (**en Annexe**).

Les professionnels des EHPAD sont intégrés dans le dispositif d'écoute du CHU de Lille. Les équipes mobiles de psychogériatrie pourront par ailleurs intervenir dans le repérage de la souffrance des soignants en EHPAD et relayer vers les établissements de santé de proximité.

Dans les départements de de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

L'écoute et le soutien psychologique des professionnels de santé sont organisés à l'échelle départementale, via les CUMP.

Une ligne d'écoute téléphonique dédiée aux professionnels est mise en place dans chaque département. Elle est ouverte 24h/24 et 7jours/7. Elle est animée par des professionnels de la santé mentale.

Un repérage des besoins des professionnels des centres hospitaliers est également organisé par les EPSM.

Plusieurs établissements de santé de la région ont par ailleurs mis en place des dispositifs d'accompagnement spécifiques (**Annexe**).

- **Aisne : 06 32 64 21 19**
- **Oise : 03 44 77 51 42**
- **Somme : 03 22 53 47 97**

-

FICHE 11 : DECONFINEMENT ET REPRISE PROGRESSIVE D'ACTIVITE

La sortie progressive et contrôlée du confinement obligatoire ne signifie pas la disparition du risque lié au COVID 19. Deux actions majeures conditionnent la réussite de cet objectif : le contrôle de l'épidémie et la limitation du nombre de formes graves et de décès.

Cette nouvelle étape permet d'envisager une reprise progressive des accompagnements, dans le strict respect des mesures barrières. L'évaluation répétée de la balance bénéfice-risque doit guider de manière collégiale les choix et les modalités de prise en charge. Dans ce cadre, des conduites à tenir et protocoles formalisent les mesures barrières à mettre en place, quels que soient les lieux d'accompagnement, au domicile, dans un établissement, en consultation, ou lors des transports.

Il revient aux directrices et directeurs d'établissement de décider des mesures applicables localement, après concertation collégiale avec l'équipe soignante et en particulier les médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces mesures sont en effet définies en fonction de la situation sanitaire de l'établissement et dans le respect des préconisations en vigueur dans le territoire concerné.

Pour rappel, une mise à jour quotidienne des recommandations est effectuée à partir de ce lien : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>

En annexe :

- Fiche ministérielle du 12/05/20 : Recommandations applicables en période de déconfinement dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie.
- Fiche ministérielle du 10/05/20 : établissements hébergeant les personnes âgées : les changements liés au déconfinement ; annexe thématique : psychiatrie de la personne âgée
- Fiche ARS ministère de la santé 06/05/20, lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement
- Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins - 06 mai 2020
- Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en oeuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-CoV-2 du 24 avril 2020

1/ Principes généraux de déconfinement

Les EHPAD vont être soumis à une forte pression des proches pour augmenter les visites car ces proches se trouvent, eux, déconfinés. Mais il est de la responsabilité collective de continuer à protéger nos aînés en respectant plus que jamais les gestes barrières, la distanciation sociale, et en suivant l'évolution de l'épidémie. Même si le déconfinement ne sera pas aussi visible qu'en population générale, il est recommandé que la direction de l'établissement formalise un court plan de reprise de l'activité. Il est fortement recommandé de pouvoir évoquer ces questions en **conseil de vie sociale** afin de faire preuve de pédagogie, surtout si l'EHPAD se trouve en zone rouge ou présente encore de nombreux cas internes.

En fonction de la zone épidémique dans laquelle se trouve l'EHPAD, le directeur avec l'appui de l'analyse du médecin coordonnateur, pourra remettre en place :

La reprise progressive de l'activité en EHPAD est conditionnée successivement à :

- La mise en place d'**une collégialité de pilotage du déconfinement**, sous la responsabilité du directeur, du médecin coordonnateur et de l'IDEC qui peuvent mobiliser l'appui de l'ARS ou d'autres expertises. Le conseil de vie sociale est consulté dès que possible sur les mesures proposées et mises en place.
- La nécessité d'identifier un médecin référent COVID parmi les médecins traitants s'il n'y a pas de médecin coordonnateur, avec la possibilité de prolonger les contrats de médecins traitants qui auraient été intégrés à l'équipe lors du confinement. Des retex en visio pourront être proposés pour les médecins coordonnateurs ainsi employés par des pairs (gériatres universitaires, médecins généralistes coordonnateurs, hygiéniste).
- **La formation des personnels** aux règles d'hygiène (Précautions standard, précautions complémentaires contact et gouttelettes et précautions complémentaires spécifiques Covid19) et sur les conduites à tenir en cas d'urgence avec ASSURE. Ils sont informés des phasages du déconfinement et savent renseigner les familles, surtout s'ils sont référents d'un résident.
- **Un diagnostic préalable au déconfinement :**
 - o Il est important, comme pour les personnes âgées à domicile, d'évaluer les conséquences du confinement pour chaque résident, en termes d'interventions ou consultations de spécialistes reportées mais aussi de conséquences du confinement lui-même sur la santé somatique ou psychique du résident. Le médecin coordonnateur est un 1^{ère} ligne, en lien avec le médecin traitant, pour réaliser ces évaluations.
 - o Un bilan de l'état de santé de l'ensemble des résidents au travers d'une évaluation gériatrique permettant de connaître si des fragilités physiques ou psychiques préexistantes avant le confinement ne sont pas aggravées ;
 - o Tous les résidents ont été testés pour une première cartographie dans les établissements ayant déclaré un cas covid (résidents ou personnel). Cela permettra de déconfiner progressivement l'établissement, en commençant par les résidents testés négatifs et asymptomatiques
 - o Tous les salariés ont été testés et le directeur fait le point des ressources humaines. Il fait aussi le point avec le médecin coordonnateur des soignants extérieurs nécessaires pour éviter les pertes de chances. Les possibilités de renforts RH restent valables (cf fiche 2).

- **Une première prévision de déconfinement** qui évoluera au fil du temps.

L'organisation de l'établissement est prévue en fonction de cette première cartographie de santé des résidents. Cette organisation peut correspondre à une des 3 phases ci-dessous, selon le diagnostic interne de l'EHPAD

Cette définition de l'organisation permettra aussi de détecter, tester et isoler les nouveaux cas et tracer chaque contact (définition des étapes, du calendrier, protocole de suivi et de passage à la phase suivante, modalités de communication de l'information auprès des personnels, des familles, de l'ARS, prévoir un dispositif de reconfinement si reprise épidémique)

- **Elaboration d'un document de reprise de l'activité**

Il est demandé de faire figurer ces évolutions dans un document « de reprise de l'activité » donnant à voir la progressivité des assouplissements qui pourront être apportés au fur et à mesure du temps en fonction de l'amélioration de la situation dans le département et l'EHPAD.

Il est conseillé d'élaborer en interdisciplinaire un document de reprise de l'activité prenant en compte :

- La mise en œuvre des possibilités ouvertes par le présent document ;
- leur calendrier de mise en œuvre progressive avec les différentes étapes ;
- la gestion des ressources humaines (prise de congés, protection du personnel, renforts demandés) ;
- la mise en œuvre des gestes barrières et de la distanciation sociale ;
- la prévision d'une communication auprès des personnels, instances et familles (CVS) ;
- des éléments prévoyant un dispositif de reconfinement en cas de reprise épidémique.

Ce plan de reprise de l'activité sera présenté aux instances représentatives du personnel et au conseil de vie sociale afin de montrer ce qui change et ce qui ne change pas.

Ce plan de reprise sera transmis à l'ARS et au conseil départemental pour information.

2/ Admissions et retours d'hospitalisations dans le cadre du déconfinement

a) Les retours d'hospitalisation de résidents COVID19+ (recommandations SF2H) :

Des patients COVID-19+ guéris qui sortent d'un ES sans pouvoir rentrer directement chez eux vont être pris en charge en aval dans des structures de SSR ou dans des établissements d'accueil. Les résidents hospitalisés en ES peuvent regagner leur EHPAD ou autre EMS, 8 ou 10 jours après le début des signes cliniques, en l'absence de signes cliniques depuis 48h en respectant un port de masque chirurgical pour une durée totale de 14 jours. Les précautions complémentaires gouttelettes et contact doivent être maintenues pendant ces 14 jours. Les mesures de prise en charge (protection du personnel, port de masque et sa durée, hospitalisation en chambre seule ou non) doivent être précisées tout au long de leur parcours dans les différentes filières.

Le principe général demeure celui du report des nouvelles admissions non urgentes, avec des exceptions.

- Les motifs d'exception sont toutefois élargis. Les nouvelles admissions justifiant une exception sont désormais :
 - o Celles qui présentent un caractère d'urgence, au regard de l'état de santé de la personne ou de l'incapacité d'assurer son accompagnement à domicile (par exemple en cas d'hospitalisation ou risque fort d'épuisement de l'aidant) ;
 - o Celles qui interviennent en sortie d'hospitalisation ;
 - o Celles pour une reprise de l'activité professionnelle de l'aidant sans possibilité de répit à domicile en substitution ;
 - o Celles pour une dégradation importante de l'autonomie des personnes sans possibilité d'accompagnement à domicile en substitution.

b) Les admissions

- Une distinction doit être effectuée selon la situation de l'ESMS avec cas ou sans cas :
 - **Les établissements dans lesquels existe un cas de Covid-19** : les admissions de personnes asymptomatiques et/ou testées négatives sont interdites ; des exceptions à ce principe peuvent être décidées localement, si l'organisation de l'établissement permet d'accueillir les nouveaux résidents de façon extrêmement sécurisée (étanchéité des secteurs dédiés covid + et du reste de l'établissement, séparation des personnels, etc), et sous réserve de l'accord explicite et éclairé du résident et, le cas échéant, de sa famille ; si l'établissement n'a pas bénéficié antérieurement d'un contact avec un appui en hygiène (CPias, équipe d'hygiène hospitalière, etc), il est fortement recommandé qu'il sollicite un contact pour avis avant de décider d'une admission exceptionnelle.
 - **Les établissements qui n'ont pas de cas avérés ou suspects** : les admissions de personnes symptomatiques sont interdites ainsi que les personnes testées positives mais asymptomatiques. Dans le cas où les tests seraient négatifs, importance de maintenir les mesures barrières.
- Evolution des mesures de prévention préalable et concomitante à l'admission :
 - L'entrée d'un nouveau résident ne doit être autorisée qu'après un test diagnostique RT-PCR (virologique) effectué dans une temporalité immédiate avant l'admission, et donc idéalement à J-2 et sinon à J-1, le résultat du test déclenchant (ou non) l'admission.
 - Préparation en amont de l'entrée : un trousseau de vêtements nécessaires préparé par la famille et vêtements préalablement et impérativement marqués doit être apporté afin d'éviter les entrées/sorties non nécessaires au sein de l'établissement.
 - Lors de l'entrée dans l'établissement, limitation de la venue de la famille à un seul accompagnateur, interdiction des visites de préadmission.

- Une information éclairée est délivrée aux familles ou proches sur le fait que l'admission se fait dans un contexte particulier (visites limitées, temps collectifs limités), par la personne ou ses proches le cas échéant.

- Les personnes nouvellement admises sont ensuite confinées dans leur chambre, selon que le département où se trouve l'établissement est classé vert ou rouge :

- **Dans les départements « rouges »** : le confinement en chambre est obligatoire pendant une durée de 14 jours. Par ailleurs, une prise de température frontale est systématiquement mise en place avec une surveillance médicale rapprochée.

Les personnes déambulantes ne pourront être admises que dans l'hypothèse où la déambulation se fait pendant 14 jours dans un espace sécurisé vis-à-vis des autres résidents.

- **Dans les départements « verts »** le confinement en chambre n'est pas obligatoire mais une prise de température frontale est systématiquement mise en place quotidiennement avec une surveillance médicale rapprochée.

- Les sorties temporaires collectives et individuelles restent suspendues sauf exceptions décidées par le directeur d'établissement en lien avec l'équipe soignante et notamment le médecin coordonnateur. S'agissant des éventuelles sorties définitives de l'établissement ou d'un séjour d'accueil temporaire, il convient d'appliquer des mesures strictes :

- Transport individuel adapté pour le retour à domicile de la personne ;
- Prise de température frontale est systématiquement mise en place avec une surveillance médicale rapprochée pendant 14 jours.
- Possibilité de décision d'une mesure de confinement par l'agence régionale de santé.

Les conditions d'entrée en hébergement temporaire sont précisées en fiche 4.

3/ Proposition de trois phases au déconfinement

Un déconfinement en trois phases selon les situations de chaque EHPAD en décision collégiale du directeur, médecin coordonnateur et IDEC.

- **1^{ère} phase : déconfinement des résidents au sein de l'EHPAD**

Pour les résidents qui peuvent et souhaitent reprendre une activité sociale, en accord avec leur référent, la reprise doit se faire sous certaines conditions.

La sortie de la chambre et la déambulation au sein de l'EHPAD nécessitent :

- de mobiliser les professionnels pour accompagner les résidents et réguler les allées et venues des personnes

- de favoriser le maintien de la distanciation physique par tout moyen possible : panneaux, marquage au sol, adaptation des locaux (réduction du nombre de sièges, espacement des tables, etc...)...
- Prévoir des distributeurs de SHA pour l'hygiène des mains
- Inciter ou aider à faire une friction hydro-alcoolique à chaque résident en sortie de chambre
- De planifier l'entretien plusieurs fois par jour des surfaces les plus souvent touchées : poignées de porte, rampes, bouton ascenseur
- Rappeler que l'usage des gants est limité :
 - au risque d'exposition au sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine,
 - en cas contact avec une muqueuse ou la peau lésée,
 - lors des soins si les mains du soignant comportent des lésions cutanées
- Il conviendra d'anticiper et d'éviter les regroupements dans les ascenseurs et privilégier la descente individuelle en salle collective.

Les soins extérieurs :

- dans cette première phase le nombre de professionnels de santé libéraux reste limité même si leur présence augmente progressivement. Les intervenants extérieurs doivent observer scrupuleusement les mesures de prévention en hygiène mises en place par l'établissement (port d'un masque chirurgical ou alternatif propre, hygiène des mains, respect des mesures de distanciation...)
- selon les activités de soins :
 - o Les médecins traitants décident avec le médecin coordonnateur du nombre restreint d'intervenants permettant la reprise de visites pour tous les résidents (au moins une par mois) ;
 - o reprise de davantage de visites paramédicales, notamment de masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes. La reprise sur site de davantage de visites médicales et paramédicales, notamment de masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, en veillant à organiser les interventions afin de limiter le nombre d'allées et venues ;
 - o Une pédicure-podologue peut reprendre ses prises en charge ;
 - o La télémédecine reste un outil essentiel pour les prises en charge dès que possible ;
 - o Le renouvellement des traitements simples par le pharmacien reste possible.
- Les consultations spécialisées sont limitées, plutôt réalisées par télémédecine où elles peuvent être accompagnées par une IDE ou le médecin coordonnateur ou le médecin traitant qui peut recevoir un forfait pour aider à cette consultation.
- Les équipes mobiles sont privilégiées dès que possible et selon les territoires : consultations gériatriques, psycho-gériatriques, soins palliatifs. Les avis gériatriques et de soins palliatifs restent accessibles le Week-end grâce aux astreintes gériatriques qui se poursuivent.
- Les interventions des HAD restent facilitées pour toute prise en charge COVID19 ou non et sont importantes en cas de fin de vie.
- Des dispositifs régionaux de soutien psychologique ont été identifiés en région. Tout résident qui le nécessite pourra y avoir recours. Des soutiens sont également possibles par des représentants des cultes (voir fiche 10). Ces interventions sont priorisées par télémédecine ou visio.

L'aide aux aidants :

- Dans cette période qui reste difficile pour les familles, les outils numériques sont favorisés pour le contact avec les familles.
- Les personnels des plateformes de répit peuvent apporter leur aide aux équipes par l'apport d'équipements numériques et du temps de professionnels pour réaliser des vidéos ou photos pour les familles, aider à des visio entre résidents et familles, etc....
- En cas de famille en difficulté, les psychologues des plateformes de répit, en lien avec les équipes de psycho-gériatrie lorsqu'elles existent, ou les dispositifs spécifiques de soutien mis en place (voir fiche 10), peuvent les contacter voire les accompagner.
- Des soutiens sont également possibles par des représentants des cultes (voir fiche 10).

L'organisation de la restauration collective répond à :

- des modalités de prise de repas qui sont adaptées en fonction de la circulation de l'épidémie au sein de l'établissement ;
- Lorsqu'une restauration collective est maintenue ou remise en place, en fonction du personnel disponible et de l'architecture du bâtiment, il est a minima nécessaire d'organiser la prise des repas par zone, par étage ou d'assurer la restauration par petits groupes en respectant l'ensemble des mesures barrières et notamment les distances entre les personnes. Il est également possible d'organiser deux services afin de limiter le nombre de personnes présentes ;
- Concernant les repas du personnel, l'organisation doit également être adaptée pour garantir le respect des mesures barrières.

Les animations :

- Les EHPAD doivent permettre la reprise d'activités d'animation dans l'enceinte de l'établissement en veillant à faire respecter les gestes barrières, sans partage d'objet ni de présence animale ;
- des activités collectives en tout petit groupe en gardant toujours le même groupe ;
- Les activités sont organisées de manière à respecter une distance physique dans un espace sans contact d'environ 4m² par personne au minimum ;
- le retour de certaines animations qui avaient été supprimées, en particulier celles qui mobilisent physiquement les résidents (activité physique adaptée)
- Les sorties dans le jardin s'il en dispose
- Intervention du coiffeur : nécessité de respecter les gestes barrières, nettoyage du matériel avec un produit virucide entre chaque résident coiffé, double masque résident et coiffeur, Respect de l'hygiène des mains avant / après la prestation pour résident et coiffeur, Ne pas oublier de purger les robinets d'eau avant réutilisation des douchettes dans les salons de coiffure.

Les visites (cf fiche 3)

Les recommandations définies dans la fiche 3 sont toujours en vigueur. Il convient d'apporter une attention particulière aux personnes en difficulté :

- personnes en fin de vie, en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs,
- les résidents en difficulté psychique, après avis de l'équipe de psychogériatrie quand c'est possible ou d'un dispositif de soutien (cité en fiche 10)

- **2^{ème} phase : réouverture progressive de l'établissement si le département est en zone verte soit au plus tôt le 2 juin 2020**

Les conditions de la première phase sont valables mais s'assouplissent progressivement.

- L'accès sera permis progressivement à davantage de personnels (bénévoles, plus de professionnels extérieurs) si le département est en zone verte et selon la situation de l'établissement en accord entre le directeur, le médecin coordonnateur et l'IDEC. On passera alors d'interventions prioritaires en phase 1 par télé-médecine ou visio à de plus en plus de retours de ces professionnels en EHPAD. Ce retour progressif est réfléchi en interne selon l'évolution, entre directeur, IDEC et médecin coordonnateur qui connaissent bien les résidents et leur personnel.
- L'élargissement des visites doit se faire avec parcimonie et selon des procédures strictes d'organisation.
- L'accueil de jour pourra reprendre progressivement à partir de cette phase et selon les conditions ci-après.

- **3^{ème} phase : reprise normale des activités** (organisation de sorties externes, visites possibles sans encadrement, sorties en familles...)

Le déconfinement de l'EHPAD vers l'extérieur, ne pourra intervenir que de façon extrêmement progressive et selon les situations locales, dans un département vert.

4/ Conditions minimales de reprise des accueils de jour si le département est en zone verte

En application des dispositions nationales, le fonctionnement des accueils de jour a cessé durant la période de confinement. Toutefois, **les accueils de jour autonomes et ceux qui ont une entrée séparée de l'EHPAD pourront être rouverts en cas de disponibilité des personnels, dès que le département sera en zone verte.**

Chaque personne et famille doit être en capacité d'exprimer sa préférence entre une reprise de l'accompagnement en structure d'accueil collectif ou un maintien (partiel ou total) de l'accompagnement à (et à partir du) domicile. Afin d'éclairer ce choix, il est nécessaire de faire part aux personnes et aux familles des conditions minimales de sécurité qui seront mises en œuvre en cas d'accompagnement collectif, ainsi que des conditions progressives de reprise au besoin.

1. Etablir les conditions minimales de sécurité conditionnant la reprise des accompagnements collectifs

- Taille maximale des groupes pour activités et/ou accompagnements collectifs selon les capacités des lieux d'accueil permettant de respecter les mesures barrières et la distanciation (au moins 4m² par résident) ;
- Conditions préalables de nettoyage et désinfection des locaux et de dépistage des professionnels selon les recommandations SF2H (voir en fiche 3 et 3bis) ;
- Doctrine d'utilisation des équipements de protection pour les professionnels et les personnes (fiche 3 et 3bis) ;

- Conditions d'un apprentissage adapté des gestes barrières et de distanciation physique tenant compte de leurs difficultés spécifiques ;
- Modalités de prise en charge en cas de symptôme de la maladie chez une personne accompagnée ou un professionnel

2. Organiser une évaluation préalable de la situation des personnes accompagnées et accompagner les personnes et les familles dans l'expression de leurs préférences, afin de calibrer au mieux les plans de reprise d'activité

Les directions avec les médecins coordonnateurs et IDEC devront procéder à une évaluation globale de la situation des personnes accompagnées, afin d'informer au mieux les familles. Dans le cas d'un accueil de jour autonome, l'évaluation pourra être faite par le médecin traitant ou un gériatre hospitalier au besoin.

Cette évaluation comprendra notamment :

- Une évaluation de l'état global de la personne, au regard notamment des éventuelles difficultés du confinement et d'une baisse d'intensité / rupture des accompagnements et/ou des soins ;
- Une organisation de l'accès des personnes à un test de dépistage préalable ;
- Un recueil des souhaits et besoins exprimés par les personnes et/ou les familles, notamment sur les points suivants :
 - Choix préférentiel :
 - Maintien de l'accompagnement à domicile seul ;
 - Reprise accompagnement en AJ/HT ;
 - Demande d'entrée en établissement
 - Possibilités de transport en cas de reprise d'accompagnement en AJ :
 - Transport autonome et/ ou par les aidants
 - Transports collectifs ordinaires
 - Besoin de solutions de transport adapté

En tout état de cause, aucun certificat médical ne pourra être exigé à la reprise d'une personne en accueil de jour.

Une attention particulière devra être portée aux situations d'isolement social, de rupture d'aide ou de soins, d'épuisement des aidants, de fragilités psychiques ou de difficultés socio-économiques qui pourraient justifier un accès prioritaire à une reprise de l'accompagnement en accueil de jour.

3. Repenser l'organisation des locaux

L'accueil de jour doit être une zone physiquement séparée d'autres locaux de l'EHPAD accueillant des résidents, des patients ou du public.

La zone d'accueil séparée de l'EHPAD classique, unique et sécurisée permet de :

- Faire en sorte que les personnes ne côtoient pas ou ne croisent pas d'autres publics ;
- Filtrer toutes les entrées en partant du principe que toute personne entrant dans la structure est à risque de propagation du virus.

Elle nécessite la fermeture de tous les autres accès à l'EHPAD attenant.

L'accueil de l'utilisateur se fait par un professionnel dédié.

L'accès aux bâtiments n'est pas autorisé pour les accompagnants. Le professionnel sera présent à l'heure dite sur l'extérieur pour accueillir le résident.

La gestion des entrées et sorties et lister les modalités d'entrée :

Accueil des personnes âgées

- La mise en place d'un registre entrée / sortie, incluant nom, prénom, fonction, date et heure d'arrivée pour les personnes âgées accueillies ;
- L'hygiène des mains à l'entrée est obligatoire pour toute personne accueillie comprenant une friction avec une Solution Hydro-Alcoolique ;
- La mise à disposition de matériel de protection individuel pour toute personne extérieure à la structure : masque chirurgical ou grand public avec friction hydro-alcoolique avant de mettre le masque ; prise de température.

Accueil des professionnels

- la mise en place d'un sas d'habillage / déshabillage pour le personnel salarié, pour revêtir une tenue professionnelle ou sa tenue civile consacrée à la structure. Cette zone peut être le vestiaire habituel des salariés s'il est situé à proximité de la zone d'accueil. Si le local dédié ne permet pas le respect de la distanciation sociale, il est recommandé d'échelonner les arrivées des professionnels ;

Des locaux adaptés

➤ Les bureaux pour activités ou entretiens individuels

Ils permettent de respecter la distanciation et l'ensemble des mesures barrières (cf Fiche 3).

➤ L'organisation des salles d'activités collectives

Ils permettent de respecter la distanciation et l'ensemble des mesures barrières (cf Fiche 3).

Il faudra veiller à organiser les entrées et sorties pour éviter les croisements importants.

L'organisation séquentielle des activités au sein de l'établissement doit garantir :

- le respect strict des gestes barrière et la distanciation sociale ;
- une distance physique d'au moins 2 m ; de chaque côté
- la disponibilité de gels hydro-alcooliques pour les usagers/résidents et pour les professionnels ;
- le port d'un masque alternatif pour les usagers/résidents en cas d'activité en salle ;
- l'aération de la pièce de manière régulière et idéalement toutes les 15 minutes.

Les activités doivent être adaptées

- Taille restreinte des groupes adaptée au profil des personnes accompagnées, et permettant la bonne mise en œuvre des mesures d'hygiène. En tout état de cause, il convient de ne pas aller au-delà d'au moins 4m² par personne dans une même salle (limité à 50% avec un groupe maximum de 8 personnes, voire moins si impossibilité de limiter la distanciation physique).
- Privilégier l'accueil de jour en demi-journées l'après-midi pour éviter l'organisation des repas particulièrement propices à la contamination. Si l'accueil se fait en journée, une attention particulière sera apportée lors des repas
- Pour les activités d'animation et les activités d'animation thérapeutiques, le nombre de participants est limité, sans partage d'objets, sans présence animale, en respectant la distanciation. Activités nécessitant des ustensiles partagés non relancées (ateliers cuisine ...)

- Les rencontres intergénérationnelles sont suspendues

Nettoyage des locaux (en sus des consignes de la fiche 3)

- Nettoyage des surfaces contacts en début d'accompagnement et en fin d'accompagnement par le professionnel
- Nettoyage de la salle utilisée en fin de journée par les professionnels dédiés à l'entretien et hygiène des locaux
- Veiller à aérer la pièce après l'activité et avant le bio nettoyage

Utilisation du matériel pour activités manuelles

- Il peut être utile de prévoir un matériel personnalisé lors de l'activité et éviter le matériel difficilement nettoyable
- Eviter l'échange du matériel personnel avec le professionnel et entre résidents.
- En cas de matériel commun :
 - Nettoyage avec un produit virucide dès la fin d'utilisation ;
 - Prévoir éventuellement du film plastique étirable pour les claviers d'ordinateur communs, à jeter en fin d'utilisation.

Activités physiques

- Les activités physiques doivent être pratiquées uniquement à l'extérieur.
- Un masque durant une activité physique devient très rapidement humide donc le masque ne peut pas jouer son rôle.
- Le choix de l'activité physique doit permettre de respecter la distanciation sociale (pas de sports dits « collectifs », ...).
- L'activité physique choisie doit donc être réalisable seul et à distance de 3 mètres pour une certaine liberté de mouvements.

Les repas collectifs dès que l'accueil de jour reprendra en journée

Pour les résidents :

Si les repas sont servis en salle à manger, mettre en place les mesures barrières : aménagement des tables respectant une distance entre chaque personne accueillie, hygiène des mains avant d'entrer dans la salle à manger, organisation de plusieurs services à table.

Un circuit différent des résidents de l'EHPAD doit permettre d'éviter tout contact et de respecter la distanciation.

De ce fait, cela peut demander un étalement des repas sur plusieurs services.

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

Une alternative est la livraison de plateaux-repas par un prestataire extérieur.

Pour les professionnels :

Organiser les temps de pause et de restauration (lieu, horaire) dans le respect des mesures de distanciation sociale tout en assurant des liens sociaux et conviviaux ;

Organiser le lavage de la vaisselle utilisée par les professionnels en lave-vaisselle à 60°.

4. Organiser les transports des résidents en toute sécurité

- Prioriser les transports individuels ou lorsque cela n'est pas possible, s'assurer que les gestes barrières ont été respectés lors de l'utilisation des transports collectifs (distanciation physique, nettoyage et désinfection des véhicules)
- Des mesures spécifiques pour les transports collectifs adaptés doivent être suivies :
 - Pour usager et le professionnel, une friction hydro-alcoolique des mains, au départ, avant même de monter dans le véhicule ;
Le port d'un masque alternatif est souhaitable pour l'usager Masque propre, et encadré par une hygiène des mains avant mise en place ou après retrait;
 - Le port d'un masque chirurgical par les professionnels encadrant le transport paraît souhaitable, surtout s'ils sont amenés à intervenir au plus près de l'usager à la montée dans le véhicule ou à la descente ;
 - À une deuxième friction hydro-alcoolique des mains à l'arrivée.

Dans le cas où la famille/ l'aidant ou le responsable légal amène le résident, la dépose se fait au niveau des espaces extérieurs de l'établissement à l'heure prévue de l'accompagnement personnalisé.

5. Modalités de prise en charge en cas d'apparition de symptôme de la maladie chez une personne accompagnée ou un professionnel (cf fiche 3bis)

La personne accompagnée ou personnel, est isolée dans une salle (qui sera nettoyée et désinfectée ensuite). Le médecin traitant ou référent ou coordonnateur est appelé pour valider la suspicion de COVID 19 et éventuellement faire la prescription de test.

Dans tous les cas :

- ⇒ Rédiger une procédure de CAT en cas de repérage de cas possible (mise en place de mesures d'isolement, appel médical, isolement sur place ou transfert dans un lieu adapté, prescription de test, repérage des cas contact à tester et à isoler en attendant le résultat du test)
- ⇒ Avoir la procédure isolement du CPIAS à portée de main
- ⇒ Avoir un Kit isolement à portée de main,
- ⇒ Anticiper la mise à jour des fiches de liaison d'urgence et habitudes de vie en cas d'hospitalisation

5/ Conditions minimales de reprise de PASA

Les PASA pourront reprendre leur activité dès la phase 1 sous réserve d'un diagnostic d'établissement avec plan de reprise validé par les instances représentatives internes.

• Modalités d'arrivée et de départ des résidents au PASA

Les déplacements entre l'unité d'hébergement et le PASA sont sécurisées avec le respect des gestes barrières.

Un accompagnement individuel du résident est à privilégier par un membre du personnel.

Les transmissions entre l'équipe du PASA et l'équipe soignante sont définies et tracées dans le dossier de soin.

• Les locaux

Les locaux doivent être strictement dédiés au PASA

Les structures fermées depuis plusieurs semaines vont devoir être nettoyées et désinfectées avant de pouvoir à nouveau accueillir des usagers. Le réseau d'eau devra être purgé correctement.

L'agencement des salles doit permettre la mise en application de la distanciation

Veiller à au nettoyage et désinfection des surfaces, des matériels et du sol après la fin de l'activité et aérer la pièce à la fin de l'activité. (Annexe fiche CPIAS)

L'information sur les modalités de circulation dans la structure et le rappel des règles d'hygiène et de distanciation doivent être affichés selon des modalités compréhensibles de tous

• Équipements de protection pour les professionnels et les personnes

Le masque chirurgical sera porté tout le temps de l'accompagnement par le professionnel

La tenue professionnelle sera changée tous les jours et lavée à 60°

La personne accompagnée portera un masque alternatif si elle le supporte

• Prise en charge du résident

L'accueil du résident se fait par un professionnel dédié

- L'hygiène des mains à l'entrée est obligatoire pour toute personne comprenant une friction avec une Solution Hydro-Alcoolique ;

Composition des groupes

- La reprise de l'accompagnement du résident au sein du PASA se fera après réévaluation des critères d'accompagnement de manière collégiale par le médecin coordonnateur et l'équipe médicale de l'EHPAD. Le consentement du résident est recherché de façon systématique ainsi que celui de sa famille.
- Le projet d'accompagnement personnalisé du résident est réévalué en équipe avant la reprise de l'accompagnement au sein du PASA (réévaluation AGGIR, MMS, NPIES, MNA ..)
- La taille des groupes sera adaptée au profil des personnes accompagnées, et permettra la bonne mise en œuvre des mesures d'hygiène et barrières (au moins 4m2 par personne).

Activités d'animation du PASA

- Les activités thérapeutiques doivent s'organiser dans le respect des gestes barrières et de distanciation
- Les activités d'animation et thérapeutiques, doivent s'organiser sans partage d'objets, sans présence animale, en respectant la distanciation
- Les rencontres intergénérationnelles sont suspendues

Utilisation du matériel

Il peut être utile de prévoir un matériel personnalisé. Eviter l'échange du matériel personnel avec le professionnel et avec les résidents.

En cas de matériel commun :

- Nettoyage avec un produit virucide dès la fin d'utilisation
- Prévoir éventuellement du film plastique étirable pour les claviers d'ordinateur communs, à jeter en fin d'utilisation

Sécuriser les déjeuners et les collations prises au sein de PASA

- Mettre en place les mesures barrières : aménagement des tables respectant une distance entre chaque résident, hygiène des mains avant d'entrer dans la salle à manger, organisation de plusieurs services à table
- Organiser le lavage de la vaisselle utilisée par les professionnels en lave-vaisselle à 60°

Les règles générales de stockage des bouteilles d'oxygène médical préconisées sont les suivantes :

- Les bouteilles sont stockées en position verticale
- Les bouteilles **doivent être protégées des risques de chocs et arrimées** pour éviter tous risques de chutes :
- La zone de stockage doit être à l'abri des intempéries, **propre et correctement ventilée**, afin de réduire les **risques de combustion** spontanée.
- Toute **source de feu ou de chaleur** à proximité des bouteilles est à **proscrire** : étincelle, circuit électrique, cigarette, flamme nue ...
- Les bouteilles doivent être **stockées à l'écart des produits combustibles** (essence, gasoil...) et des **produits gras** (graïsse, cirage ...).
- La quantité de bouteille d'oxygène est rationalisée afin de limiter la source de comburant présent.
- Les bouteilles pleines doivent être séparées des bouteilles vides.
- Les bouteilles doivent être stockées fermées.
- Les **étiquettes** suivantes doivent être apposées sur le stockage



Attention ce produit est un comburant



Ne pas fumer à proximité du stockage

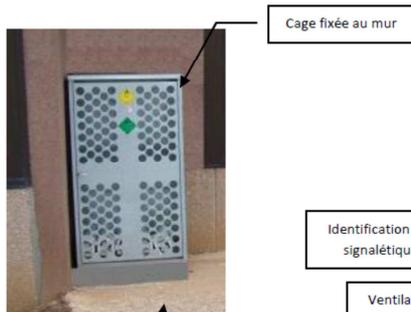


Attention ce produit est un gaz sous pression

Types de stockages possibles (par ordre décroissant de sécurité **1 2 3**) :

1 A l'extérieur du CT :

Dans une cage dédiée, située à au moins 1 m de toute zone accessible au public, de circulation et de stationnement.



Cage fixée au mur

Socle stable et dur de surélévation

1

A l'intérieur du CT :

- **2** Dans un local dédié identifié par un marquage, ventilé, fermé à clé, disposant d'un système permettant d'éviter les chutes des bouteilles
- **3** En module de stockage :
 - 2 pour CT avec 1 VSAV (1 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)
 - 3 pour CT avec 2 VSAV (2 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)

- Identification par signalétique
- Ventilation
- Chaîne de protection
- Protection contre les chocs



3

Notes de service concernant les bouteilles d'O₂ :

- NDS n°2007-102 - Consignes de sécurité et de vigilance relative à l'utilisation de l'oxygène médical
- NDS n°2008-129 - Consignes de sécurité pour l'utilisation des bouteilles d'oxygène médical
- NDS n°2011-104 - Aménagement du stockage des bouteilles d'oxygène médical dans les casernements

Professionnels ayant participé à l'élaboration de ces recommandations régionales

- Mme Alawwa Rita, Cadre hygiéniste, Cpias Hauts de France
- Pr Frédéric Bloch, PUPH Gériatrie, CHU Amiens
- Mr Aymeric Bourbion, responsable HAD Somme est et plateforme de répit,
- Mme Brigitte Caron, chargée de planification PA, DOMS, ARS
- Dr Emmanuelle Cerf, médecin veille sanitaire, D3SE, ARS HDF
- Dr Charles Charani, médecin coordonnateur HAD et libéral, HAD Synergie
- Dr Mouna Dami, médecin coordonnateur EHPAD, CH Corbie
- Dr Marguerite-Marie Defebvre, chargée de mission vieillissement, ARS HDF
- Mme Caroline De Pauw, Directrice URPS ML
- Mme Fanny Dremaux, chef de service planification/programmation, DOMS, ARS
- Dr Emmanuel Faure, médecin infectiologue, CHU Lille
- Dr Christine Gaillandre, référente régionale PATHOS, DOMS, ARS HDF
- Mme Bérénice Guidé, chargée de mission ASSURE, GHLH
- Mme Séverine Laboue, Directrice CH et EHPAD, GHLH
- Dr Sophia Mechkour, pharmacien hygiéniste, Cpias Hauts de France
- Dr Morgane Plançon, médecin soins palliatifs EMSSP, CH Valenciennes
- Pr François Puisieux, PUPH Gériatrie, CHU Lille
- Dr Bénédicte Simovic, médecin gériatre, CHU Lille
- M. Benjamin Thomas, chargé de mission ASSURE, GHLH
- Dr Philippe Walraet, médecin coordonnateur, EHPAD St François de Sales à Capinghem
- Pr Eric Wiel, PUPH Urgences, CHU Lille
- Dr Valérie Wiel, gériatre équipe mobile et réseaux, CH Lens
- Dr Karine Wyndels, médecin épidémiologiste, Cellule régionale de Santé publique France, HDF

Remerciements complémentaires à :

- Aux professionnels de l'Oise pour leurs retours d'expériences ayant permis d'ajuster le kit :
 - o Mme Jenny WATTELIER Directrice des EHPAD du CH Beauvais-Crèvecœur le grand,
 - o Mr Olivier BOULANT, directeur régional HDF du Groupe DOMUS,
 - o Mr Hubert DERCHE, Directeur des EHPAD de Liancourt et Chambly,
 - o le Dr Cnockaert, médecin chef de pôle gériatrie du CH de Beauvais,
 - o le Dr Cécile DURU médecin-coordonnateur de Crepy en valois.
- Mme Claire Davy, ARS Ile de France pour la transmission d'éléments qui ont contribué à ce travail.
- Mmes Faveraux Laetitia et Machu Anne-Noëlle, DGOS ; Mr Scemama olivier, DGOS, pour leur relecture et la rédaction du texte sur les prises en charge en HAD.
- Mr Meffre Antoine et Mme Marais Marie-Claude, DGCS, pour les échanges sur ces recommandations
- A l'ARS Hauts de France :
 - o Mr Sylvain Lequeux, directeur DOMS, ARS HDF pour sa relecture,
 - o Mr Guillaume Blanco, DOS ARS HDF, pour les consignes sur l'astreinte gériatrique.
 - o Dr Isabelle Loens, DST ARS HDF, pour les recommandations sur le soutien psychologique
- Aux Départements et fédérations (FHF, FEHAP, NEXEM, URIOPSS, SYNERPA) et à l'association France asso santé pour leurs relectures.