

16 avril 2020

Covid19 : analyses et propositions de la Cndepah

Equipements de protection individuelle:

1. Masques et visières

Les masques chirurgicaux ne constituent plus une difficulté, l'approvisionnement désormais hebdomadaire fonctionne bien pour les Ehpad.

Les SSIAD ont été livrés plus tardivement. Pour autant, la situation semble satisfaisante.

La situation n'est pas toujours aussi stabilisée pour les établissements accueillant des personnes handicapées, ce qui demande à être amélioré sans délai.

Éléments de contexte:

Pour les établissements ayant des résidents cas possibles ou cas confirmés, la doctrine n'a pas été modifiée : les masques chirurgicaux restent la règle. Pour autant, la prise en charge des résidents concernés lors des soins de nursing et de toilette d'une part, et d'aide au repas d'autre part amène une très grande proximité. Certains résidents toussent beaucoup et expectorent beaucoup. Nombreux sont les professionnels à affirmer que les masques chirurgicaux, en ces cas ne protègent pas suffisamment les professionnels.

L'AP HP, l'hôpital Bichat et CPIas ont très récemment publié une note « Le masque chirurgical protège efficacement les soignants contre COVID-19 » démontrant que les masques FFP2 n'apportent pas de protection supplémentaire dans le cadre d'une prise en charge non invasive.

Les établissements sont par ailleurs de plus en plus nombreux à utiliser des visières qui ont été réalisés par des particuliers ou des écoles grâce à la technologie 3D

Proposition :

Il est nécessaire, en premier lieu, de rappeler les éléments de connaissance scientifiques pour étayer la doctrine « masques ».

La doctrine sur l'approvisionnement en masques chirurgicaux dans les établissements médico-sociaux, publiée le 23 mars 2020, précise l'utilisation de ces masques :

« Lorsque des cas suspects ou confirmés apparaissent, la dotation couvre en priorité la protection des personnels intervenant auprès d'eux, dans les secteurs dédiés constitués au sein des établissements lorsque les bâtiments le permettent. »

La Cndepah demande à ce que la doctrine « masques » rende systématique le port du masque pour **tous** les personnels soignants (ou intervenant à grande proximité des résidents). C'est, de fait, aujourd'hui très majoritairement le cas, mais il est indispensable que dans les nombreux Ehpad totalement épargnés par le Covid19, cette pratique soit exigée.

Il est enfin nécessaire de préciser les recommandations d'utilisation des visières. Elle est souvent utilisée en complément des masques chirurgicaux lors des interventions des soignants auprès des personnes âgées atteintes du Covid19 ou symptomatiques.

2. Surblouses à usage unique manche longue

Les filières d'approvisionnement habituelles des surblouses sont globalement tarées et obligent à mettre en place des pratiques alternatives (surblouses tissus, surblouses plastiques alternatives, nettoyage protocolisé des surblouses à usage unique.....).

Proposition :

Les ruptures de stocks sont, dans les établissements atteints par le Covid très préoccupantes et doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

Il est nécessaire de réaliser une fiche dédiée à cette problématique s'appuyant sur les expériences réussies de certains établissements. Les établissements doivent anticiper ces besoins dans l'hypothèse d'une crise longue.

Politique de tests :

C'est sujet délicat et complexe, assis sur des connaissances scientifiques non encore totalement stabilisées, ce qui invite à l'humilité.

Pour autant, la doctrine actuelle, largement relayée ces derniers jours n'est pas totalement appropriée.

La règle, rappelée dans le courrier du 09 avril cosigné par le ministre des solidarités et de la santé et par le ministre de l'intérieur, fait l'objet d'applications très variables d'une ARS à l'autre. Par ailleurs, la doctrine des 3 premiers tests pour les établissements « avec cas Covid19 » n'est à notre sens pas adaptée, pour les raisons suivantes :

- La symptomatologie des résidents atteints par le Covid19 est très protéiforme et rend le diagnostic clinique plus complexe, plus incertain. Il est risqué de se fonder sur l'unique analyse clinique. Les tests permettent de compléter le faisceau d'indices (clinique et présence de Covid dans une unité)
- Les établissements obéissent pour la plupart à une organisation en unité, fonctionnant de manière plus ou moins autonome et obéissant donc à des logiques de propagation du virus qui leur sont propres et qui nécessitent donc d'aller au-delà des 3 premiers tests sur l'ensemble de l'établissement.
- Le confinement est lourd à supporter pour certains résidents, notamment pour les résidents déambulants (profils psychiatriques ou maladie Alzheimer ou apparentée) : les décisions extrêmes de confinement contraint (en clair, fermeture à clef de la chambre, dans le cadre des précautions préconisées par le comité national d'éthique), pourraient trouver des assouplissements lorsque les signes cliniques sont faiblement évocateurs ET que le test pratiqué est négatif.
- Par ailleurs, et ça n'est pas anodin, les agents d'un établissement touché, attendent une objectivation de la situation. La pratique induite par la doctrine actuelle qui consiste à considérer dans un établissement ayant 3 cas positifs, tous les résidents symptomatiques comme Covid est mal vécue. Elle donne d'une part l'impression d'une capitulation de l'établissement dans la lutte contre la propagation, l'impression en fait de ne pas se donner tous les moyens, dont les tests, et laisse d'autre part les agents dans une incertitude propice à la crainte et au fantasme. Il est utile d'objectiver les choses, y compris pour toutes ces raisons évoquées.
- Enfin, de nombreuses remontées d'établissements, notamment parmi les plus touchés, nous font remonter une proportion non négligeable de résidents totalement asymptomatiques mais positifs au test PCR. Seule une pratique de généralisation de tests permet d'identifier ces cas positifs asymptomatiques. Il est pourtant majeur, pour endiguer la propagation du virus dans un établissement touché par des cas groupés, d'identifier et de résoudre tous les vecteurs de cette propagation. Les établissements n'ont pas toujours les opportunités de mettre en place ces dépistages massifs, ne répondant de fait pas à la doctrine actuelle. Certains départements ont décidé le pratiquer, notamment auprès des personnels. Il serait bon que les pratiques soient harmonisées sans tarder.

Les tests sérologiques sont très attendus, notamment par les établissements fortement touchés pour affiner leur stratégie de confinement et d'affectation des personnels.

Pour finir, il est primordial de ne pas oublier les MAS et les FAM, qui accueillent des résidents âgés en sus de leur situation de handicap. Les stratégies de test en Ehpad doivent pouvoir sans tarder se décliner également dans ces établissements.

Stratégie de confinement : un assouplissement nécessaire

Les témoignages sont unanimes des établissements : les résidents ont pu rester confiner en chambre sur quelques semaines. Il n'est pas envisageable de le faire perdurer de manière indifférenciée beaucoup plus longtemps.

Notre responsabilité morale est ici engagée : les syndromes de glissements, les pertes d'appétit commencent à peser fortement sur l'état de santé de certains résidents.

Les déshydratations sont de plus en plus nombreuses, amenant une pratique de pose de perfusion sous-cutanée inédite.

Nous ne mobilisons plus les résidents qui perdent ainsi du tonus musculaire, et leurs capacités diminuent.

L'isolement par rapport à leurs familles se fait de plus en plus lourd.

Proposition :

Des assouplissements à géométrie variable sont à organiser.

Dans les établissements totalement épargnés par le Covid, sans cas possibles ou confirmés, ni auprès des résidents ni auprès du personnel, et ce particulièrement pour les territoires peu touchés par le virus, le confinement en chambre pourrait être assoupli. Certains établissements l'ont d'ores et déjà fait.

Des repas en salle à manger, pour un nombre limité de résidents, pourraient être réorganisés, par unité, en respectant les distances de sécurité, en mettant en place des protocoles d'hygiène adéquats.

Des animations en groupe restreint pourraient également être organisées, respectant les mêmes règles.

Le confinement, dans ces établissements, pourrait être plus pensé dans le cadre de l'unité que dans celui, trop contraint, de la chambre.

Dans les autres établissements, une réflexion peut être menée en fonction des situations propres des unités et en fonction du niveau d'atteinte de l'établissement.

Le confinement en chambre dans un établissement fortement touché ne peut être assoupli.

Pour autant, Il faut à la fois penser géographie mais il faut également penser dans le temps. Un établissement fortement touché, ou une unité fortement touchée, peut voir le bénéfice de ce confinement strict porter ses fruits sur quelques semaines et permettre d'envisager, sous réserve d'une politique de test généralisée, y compris sérologique, un assouplissement des règles de confinement.

Concernant les familles, quelles que soient les situations, et compte tenu de la durée très importante de la crise, il faut trouver des modalités opérationnelles qui permettent d'assouplir la suspension des visites.

Il faut penser aux conjoints de résidents, certes minoritaires, qui vivent extrêmement mal la situation. Souvent ce sont des personnes qui étaient présentes de manière quasiment quotidienne dans nos établissements.

Mais il faut aussi penser aux autres familles, qui étaient pour certaines d'entre elles, très présentes.

Circonscrire leur présence aux moments des fins de vie n'est pas suffisant. Et les tablettes, ou autres modes de communication mis en place largement dans les Ehpad ne sont qu'un élément de la réponse, encore insuffisant sur un temps long.

Proposition :

En l'attente des tests sérologiques, qui apporteront une certaine réponse à cette problématique, il pourrait être organisé des rencontres sécurisées entre résidents et sa famille.

Il convient de rester, à ce stade, modéré et prudent. Il ne faut sans doute pas compter sur l'autodiscipline des familles pour laisser des rencontres se faire à l'intérieur des établissements, sans vérification que les conditions de sécurité soient garanties.

Il pourrait être organisé pour les familles qui le souhaitent, une rencontre répondant aux attentes de sécurité. Un résident peut sans risque être à une fenêtre ouverte et converser avec sa famille restant à l'extérieur des murs. La distance laissée doit permettre de ne pas utiliser de masques qui rendent la conversation quasi impossible pour des personnes âgées malentendantes. L'arrivée d'un temps plus clément doit favoriser cette possibilité. La présence d'un membre du personnel n'est, compte tenu de la séparation physique du mur, pas nécessaire et peut permettre un échange libre.

La rencontre entre les familles et leur proche dans les espaces verts des établissements est à évaluer : Pourquoi pas sur quelques établissements volontaires. Mais il est en effet à craindre que les mesures barrières ne soient que partiellement respectées, et génèrent des dérives.

Deux remarques à ce stade :

Il vaut mieux élaborer une doctrine assez générale sur le territoire pour ne pas exposer les établissements les plus stricts à souffrir de critiques par comparaison (comme la pratique des masques au tout début, par exemple).

Il faut mesurer ce que ces visites vont générer de frustrations chez les résidents et les familles. Et de sentiment de culpabilité potentielle de la part des familles. Il est donc nécessaire d'anticiper sur les temps de médiation, notamment de psychologue, que cela va générer inexorablement.

Pour les conjoints, cette solution peut s'avérer insuffisante. Il pourrait, en certains cas et sous réserve évidemment que les personnes concernées soient intéressées, être proposé au conjoint d'entrer dans l'établissement sous forme d'hébergement temporaire jusqu'au moment du déconfinement.

Mobilisation de personnels complémentaires

Les résidents commencent à souffrir fortement psychologiquement et physiologiquement du confinement.

Propositions :

Kinésithérapie :

Tous les établissements n'ont pas la chance d'avoir du personnel d'ergothérapie permettant de compenser partiellement l'absence des kinésithérapeutes. Même pour ces établissements, cette absence est lourde de conséquences.

Il est évident que la venue de professionnels de santé libéraux dans l'établissement constitue un risque important, en raison notamment de leur activité auprès de leur patientèle. Il nous semble encore trop tôt et déraisonnable de revenir sur la suspension actuelle.

En revanche, cette suspension pourrait trouver des aménagements. Considérant que le risque provient des interventions régulières auprès d'une patientèle extérieure, il pourrait être fait appel à 1 ou 2 kinésithérapeute par établissement, qui ferait le choix de n'intervenir qu'au sein de l'Ehpad. Cette possibilité serait conditionnée par l'absence de symptômes ET par la réalisation d'un test par PCR préalable.

Psychologue :

Le confinement est lourd de conséquences. Et il ne serait pas raisonnable de ne pas prendre les risques encourus très sérieusement en considération. C'est notre responsabilité morale à tous.

La Cndepah demande à ce que des renforts en temps de psychologue soit systématisé autant que possible et fasse l'objet d'un financement ou à tout le moins d'un engagement de financement. Cette autorisation de principe est urgente, car la situation devient très préoccupante.

Vie sociale :

Les ateliers thérapeutiques ou ludiques collectifs ne sont plus possibles et les équipes d'animation les remplacent par des visites individuelles en chambre. Les équipes d'animation consacrent par ailleurs beaucoup de temps à mettre en contact, notamment par la téléphonie ou les tablettes numériques, les résidents avec leurs familles.

Ces efforts, pour louables qu'ils sont, restent insuffisants pour stimuler les résidents, égayer leur quotidien. Ils ne permettent que très insuffisamment l'organisation de sorties individuelles des résidents dans les espaces extérieurs des établissements.

Nous pensons qu'il faut sans délai renforcer les équipes d'animations par du temps complémentaire (4 équivalents temps plein pour un Ehpad de 100 lits tant que durera le confinement) ayant vocation à répondre temporairement à ces attentes.

Bio nettoyage :

La désinfection renforcée des Ehpad, absolument nécessaire pour ce qui concerne tous les points de contacts (rampes, poignées de porte, interrupteurs, boutons d'ascenseurs...) est chronophage. Les établissements doivent être incités à renforcer temporairement leurs effectifs d'entretien. Un ETP par établissement de 100 lits est un minimum.

Responsabilités

Les directeurs et leurs équipes se questionnent souvent quant à leurs responsabilités, morale, civile et pénale, lorsqu'un ou des cas de résidents positifs émergent. Et lorsque la situation devient critique.

Nous avons bien évidemment la responsabilité d'organiser nos établissements. De décliner sans tarder les doctrines et mesures nationales ou régionales demandées. Nous devons le cas échéant répondre de cela, notamment en cas de questions des familles. C'est bien normal.

Pour autant, nous constatons que des établissements prenant sur un même territoire resserré les mêmes décisions dans la même temporalité ont des résultats différents.

Il est important de se rappeler que la contagiosité du virus est forte. Très forte. Et que les établissements au sein desquels il est constaté un nombre important de cas positifs n'en doivent pas s'en sentir moralement responsable. Ce n'est pas ici un appel à la déresponsabilisation. Mais un rappel que, en l'espèce, les obligations de moyens n'emmènent pas une obligation de résultats. Et que les pouvoirs publics devront, c'est notre souhait, faire preuve d'accompagnement et de bienveillance en la matière. La Cndepah note avec satisfaction que les rapports avec les autorités de tarification, et notamment avec les ARS s'inscrivent dans cet esprit. Qu'elles en soient ici remerciées.

Statistiques

Le Directeur général des services, dans son rapport quotidien, fait état désormais des décès en Ehpad. C'est une bonne chose, dans la mesure où nous souscrivons au principe de transparence totale dans cette crise. Nous incitons les directeurs à faire de même au sein de leurs établissements.

Pour autant, il est important d'apporter des précisions systématiques. De bien différencier les décès en Ehpad des décès dans les autres ESMS.

Il est important de rappeler le nombre de résidents en Ehpad pour donner des éléments de contexte.

Il est important de donner le pourcentage des Ehpad au sein desquels il y a un ou plusieurs cas confirmés.

Il est important de quantifier la surmortalité pour objectiver les impacts du Covid 19.

Il est sans aucun doute important également de rappeler que nombreux sont les résidents en Ehpad atteints du Covid 19 à en guérir.

Il est important de veiller à ne pas favoriser de manière erronée ou excessive une vision catastrophiste de la situation dans les Ehpad. Ce qui n'est pas à proprement parler le cas à ce jour, en dépit d'une surmortalité réelle. Nous ne souhaitons évidemment pas minimiser la situation. Mais plutôt l'objectiver le plus possible pour éviter les phénomènes d'exagération, de fantasmes...

Il serait en ce sens souhaitable que ces données puissent être accessibles sur le site France Santé publique, notamment au travers du module Géodes.

Prime

La Cndepah souhaite saluer l'investissement exceptionnel dont fait preuve l'ensemble des équipes des Ehpad.

La Cndepah souhaite rappeler qu'il est fondamental qu'il n'y ait pas de temps de latence entre les dispositifs de prime pour le sanitaire et ceux pour le médico-social, pouvant laisser à penser que les uns « priment » sur les autres.

La Cndepah souhaite également rappeler que les établissements pour personnes handicapées ont été mis à contribution de manière très forte. Leur personnel doit à l'évidence être concerné par cette prime.

Le système de santé en France, au sens large, n'est qu'un. Et il convient de ne pas donner de mauvais signal. L'arbitrage pour le médico-social est urgent. Nombreux sont les directeurs nous faisant remonter une forme d'incompréhension, traduisant une attente légitime.

Pour la Cndepah, la réponse, sous forme de prime, doit s'inscrire dans le cadre de la solidarité nationale. Le financeur public premier, et de loin, des Ehpad, est l'assurance maladie. C'est à elle qu'il appartient de financer ce dispositif de prime, comme pour l'hôpital. Cela doit être un dispositif aux règles uniques, et décidé rapidement.

Tous les établissements, certes différemment impactés ont dû modifier leurs organisations, mettre en place le confinement, mobiliser les personnels et annuler des congés annuels, déclencher leur plan bleu.... Cet investissement doit être reconnu et valorisé.

Il faut un système simple et efficace.

La création d'une prime est un exercice délicat. Nous suggérons d'en faire tester les principes d'applications aux fédérations qui le souhaitent. La Cndepah est en ce sens à votre disposition.

Emmanuel SYS

Président de la Cndepah

contact.cndepah@gmail.com