



# **Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection des établissements médico-sociaux accompagnant des personnes à risque de forme grave de Covid-19, en cas de dégradation de la situation épidémique**

Ce protocole présente les recommandations susceptibles d'être activées ou réactivées dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée (USLD), en cas de dégradation de la situation épidémique.

**La dégradation de la situation épidémique est caractérisée par l'apparition d'un cas suspect ou confirmé de Covid-19 au sein de l'établissement, ou par la détérioration des indicateurs du territoire auquel appartient l'établissement. Dans ce deuxième cas, l'ARS alerte les établissements concernés.**

Des mesures similaires pourront être mises en œuvre dans les établissements pour personnes en situation de handicap accueillant une part importante de personnes à risques de forme grave au sens de l'avis du HCSP en date du 20 avril 2020.

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

**Le présent document rassemble des recommandations nationales.**

Toutefois, il est rappelé qu'il revient aux directrices et directeurs d'établissement de décider des mesures applicables localement, après concertation collégiale avec l'équipe soignante, en particulier les médecins coordonnateurs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en fonction de la situation sanitaire de l'établissement et dans le respect des préconisations locales délivrées par les ARS.

**Même en l'absence de dégradation de la situation épidémique dans le territoire concerné, il est très fortement recommandé aux établissements d'anticiper les mesures à réactiver en cas de nécessité. Le conseil de la vie sociale (CVS) est consulté.**

## **1. RAPPEL DES RECOMMANDATIONS APPLICABLES EN APPLICATION DU PROTOCOLE DE RETOUR A LA NORMALE DU 16 JUIN 2020**

Le protocole de retour à la normale du 16 juin 2020 prévoyait l'établissement de plans de retour à la « normale » devant permettre d'assurer la reprise des visites des proches sans rendez-vous, la reprise des sorties individuelles et collectives et de la vie sociale au sein de l'établissement, la fin du confinement en chambre sauf exception justifiée, la reprise de l'ensemble des interventions des libéraux et professions paramédicales, la reprise des admissions en hébergement permanent, temporaire, PFR, PASA et en accueil de jour.



Ces évolutions doivent s'accompagner d'une vigilance continue, à travers l'application des recommandations suivantes :

- assurer un respect strict des gestes barrières et d'hygiène et en particulier du port obligatoire du masque chirurgical par les personnes extérieures à l'établissement, en plus du lavage des mains par solution hydro-alcoolique, du nettoyage des surfaces susceptibles d'avoir été touchées avec aération de la pièce, du respect du circuit des déchets d'activités de soins à risques infectieux et du respect de la distanciation sociale. Les masques chirurgicaux peuvent être apportés par les proches ou sont mis à disposition par les établissements ;
- conserver une cellule « Covid-19 » au sein de chaque établissement : réunissant a minima le directeur et le médecin coordonnateur ou médecin référent « Covid-19 » de l'établissement. Elle suit la situation en lien avec l'ARS et se réunit *a minima* une fois par semaine ;
- conserver une chambre individuelle "sas" au cas où un résident présente des symptômes évocateurs du Covid-19 et que ce résident est en chambre double ;
- proposer systématiquement un dépistage :
  - o aux nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants en établissement, et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
  - o aux professionnels de l'établissement au retour des congés ;
  - o aux résidents ou salariés présentant le moindre symptôme évocateur ;
  - o aux personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission.

## **2. ANTICIPER UNE EVENTUELLE REPRISE EPIDEMIQUE : CHECK-LIST DES ELEMENTS A VERIFIER DES AUJOURD'HUI**

**Même en l'absence de dégradation de la situation épidémique dans le territoire concerné, il est très fortement recommandé aux établissements d'anticiper les mesures à réactiver en cas de nécessité.**

**Le conseil de la vie sociale (CVS) est consulté dans le cadre de cet exercice d'anticipation.**

Les éléments suivants doivent *a minima* être anticipés :

- renforcement du protocole d'hygiène en cas d'apparition de cas suspects ou confirmés de Covid-19 ;
- anticiper la constitution ou reconstitution d'un secteur dédié aux cas suspects ou confirmés de Covid-19 ;
- prise de contact avec le CPIas ou une équipe d'hygiène sur les conditions d'hygiène à mettre en place ou renforcer, si ce contact n'a pas eu lieu antérieurement ;
- vérification de la bonne appropriation du protocole d'hygiène avec les professionnels et le cas échéant formation rapide ;
- réactivation du lien avec les astreintes téléphoniques « personnes âgées » du territoire ;
- vérification de la bonne tenue à jour des dossiers médicaux ;
- suivi renforcé de l'état des stocks en capacités sensibles (équipements de protection individuels (voir encadré infra), médicaments, produits de bio-nettoyage notamment) ;



- dans le cadre des plans de continuité ressources humaines, anticiper les éventuels besoins de renforts en ressources humaines. Les ressources locales doivent être mobilisées en première intention. En complément, il est à noter qu'une plateforme nationale est opérationnelle depuis le 10 juillet 2020 pour recueillir les demandes de renforts des EHPAD, lorsque leurs viviers locaux habituels sont insuffisants (<https://renforrh.solidarites-sante.gouv.fr/>);
- anticiper les mesures de limitation de la circulation et d'encadrement des visites, des sorties, des admissions et du fonctionnement des accueils de jour, à prendre en cas d'aggravation de la situation (voir focus infra).

#### **S'agissant des stocks :**

Un diagnostic actualisé de l'état des stocks en capacités sensibles, notamment les équipements individuels de protection (EPI), doit être conduit dès à présent, conformément aux instructions contenues dans le MINSANTE n°143 en date du 30/07/2020.

En particulier, alors que le dispositif d'approvisionnement de crise des ESMS en masques est appelé à prendre fin le 30/09/2020, les directions d'établissement doivent anticiper le retour à un circuit normal d'approvisionnement et constituer des stocks de précaution correspondant à trois semaines de consommation de crise. Le déploiement d'un outil numérique de suivi de la consommation et des tensions capacitaires permettra de signaler toute difficulté d'approvisionnement.

### **3. SYNTHÈSE DES MESURES POUVANT ÊTRE MISES EN ŒUVRE OU REACTIVÉES EN CAS DE DÉGRADATION DE LA SITUATION ÉPIDÉMIQUE**

Le tableau ci-dessous rappelle un certain nombre de mesures pouvant être mises en œuvre ou réactivées en cas de dégradation de la situation épidémique.

Toutefois, c'est aux directrices et directeurs d'établissement qu'il revient de décider des mesures applicables localement, après concertation collégiale avec l'équipe soignante, en particulier les médecins coordonnateurs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en fonction de la situation sanitaire de l'établissement et dans le respect des préconisations locales délivrées par les ARS.

Catégorie de mesure	Situation actuelle	Mesures pouvant être mises en œuvre ou réactivées en cas de dégradation de la situation épidémique
<b>Gouvernance</b>	Cellule « Covid-19 » pour veiller à l'application des mesures de protection en vigueur (notamment applications des mesures d'hygiène, gestes barrières, repérage et signalement des cas, suivi des stocks, etc)	<p>Echanges avec l'ARS pour ajuster la réponse épidémique</p> <p>Désignation d'un médecin référent Covid-19 en l'absence de médecin coordonnateur</p> <p>Désignation d'un référent Covid-19 chargé du suivi administratif (renseignement outil SPF de signalement des cas notamment)</p>

		<p>Réactivation du lien avec l'astreinte « personnes âgées »</p> <p>Vigilance renforcée à l'égard de l'état psychologique des personnels et des résidents</p>
<b>Hygiène</b>	Gestes barrières ++ (port du masque obligatoire, lavage des mains, distanciation sociale, bionettoyage, etc)	<p>Renforcement du protocole d'hygiène en lien avec Cpias/équipe d'hygiène</p> <p>Sensibilisation / formation des professionnels et visiteurs</p>
<b>Dépistage</b>	<p>Proposition systématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aux résidents ou salariés présentant le moindre symptôme évocateur</li> <li>• aux nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants</li> <li>• aux professionnels de l'établissement au retour des congés</li> <li>• aux personnes demandant une admission en établissement.</li> </ul>	<p>Définition, en lien avec l'ARS, d'une stratégie de dépistage généralisé des professionnels à intervalle régulier</p> <p>Dépistage de tous les résidents dès le 1er cas positif (symptomatique ou asymptomatique) détecté</p>
<b>Organisation de l'établissement</b>	Retour à la normale de l'organisation de l'établissement	Constitution ou reconstitution d'un secteur dédié aux cas suspects ou confirmés de Covid-19
<b>Appui à la décision</b>	Retour à la normale	Réactivation du lien avec les astreintes « personnes âgées »
<b>Circulation au sein de l'établissement</b>	Retour à la normale avec gestes barrières ++	<p><u>Principe général : éviter au maximum le confinement en chambre en le limitant à des situations exceptionnelles (décision collégiale, consultation de l'astreinte « personnes âgées » du territoire, respect des lignes directrices éthiques (cf annexe))</u></p> <p>Possibilité de restreindre la circulation au sein de l'établissement</p>
<b>Visites extérieures</b>	Retour à la normale	<p><u>Principe général : éviter au maximum la suspension des visites des proches et éviter les ruptures d'accompagnement médical et paramédical en maintenant les visites des professionnels et des bénévoles formés</u></p> <p>Réponses graduées en fonction de la situation :</p> <p>Réactivation des visites sur rendez-vous, avec potentiel régime d'exception pour les résidents dont la présence des proches est indispensable pour éviter situation de glissement</p> <p>Modulation du format des visites (durée, nombre de visiteurs simultanés, restriction des visites en</p>

		<p>chambre aux situations particulières et priorité, si possible, aux visites en extérieur, etc)</p> <p>Suspension temporaire des visites pour certaines unités géographiques de l'établissement</p> <p>Limitation temporaire des interventions des professionnels extérieurs, pouvant aller jusqu'à la suspension des interventions non indispensables à la préservation de l'autonomie si la situation l'exige</p>
<b>Admission</b>	Retour à la normale sous réserve de test par RT-PCR avant l'admission et confinement en chambre de 7 jours avec surveillance rapprochée	<p><u>Principe général : report des nouvelles admissions non urgentes, avec des exceptions</u> (urgences, par ex sorties d'hospitalisation ou impossibilité d'assurer l'accompagnement à domicile)</p> <p>Dans les établissements au sein desquels il existe un risque de transmission virale : suspension des admissions</p>
<b>Accueils de jour</b>	Retour à la normale	<p>Fermeture des accueils de jour n'ayant pas d'entrée séparée</p> <p>Limitation des accueils aux situations particulières (risque de dégradation de l'autonomie, épuisement de l'aidant)</p>



## Annexe - recommandations relatives au confinement en chambre

### Quand déclencher le confinement individuel en chambre ?

- Rappel des 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.

Avant toute prise de décision au cas par cas et pour tempérer la rigueur incontestable des mesures d'isolement et de contrainte, tous les moyens (humains et ressources) doivent être identifiés et mobilisés, dans chaque établissement : personnels disponibles, y compris dans l'environnement de l'établissement, utilisation contrôlée de locaux disponibles et d'espaces extérieurs ou de loisirs, recours aux nouvelles technologies de communication numérique, dans le respect des règles générales de prévention.

- 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 bénéfico-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. En l'absence de médecin coordonnateur, c'est le médecin traitant de la personne qui est consulté. 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. L'avis du médecin traitant de la personne concernée est également recherché, particulièrement si l'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur. Il s'effectue dans le respect des principes mentionnés dans le présent protocole.

### Qui décide du confinement individuel en chambre ?

- Rappel des 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 collégalement, 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 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.