

**Note du Conseil scientifique
30 mars 2020**

**Les EHPAD
Une réponse urgente, efficace et humaine**

Membres du Conseil scientifique :

Jean-François Delfraissy, Président
Laetitia Atlani Duault, Anthropologue
Daniel Benamouzig, Sociologue
Lila Bouadma, Réanimatrice
Simon Cauchemez, Modélisateur
Franck Chauvin, Haut Conseil de la Santé Publique
Pierre Louis Druais, Médecine de Ville
Arnaud Fontanet, Epidémiologiste
Bruno Lina, Virologue
Denis Malvy, Infectiologue
Yazdan Yazdanapanah, Infectiologue

Correspondant Santé Publique France : Jean-Claude Desenclos

Cette note a été transmise aux autorités nationales le vendredi 27 mars 2020 à 16h.

Le Conseil scientifique renouvelle son alerte sur l'importance de la lutte contre le Covid-19 dans des structures collectives, en particulier dans les structures accueillant des personnes âgées, qui sont fragiles et particulièrement vulnérables face au virus (avis du 16 mars). En l'absence de mesures spécifiques, les contaminations externes entraînent des conséquences majeures en terme de pourcentage de pensionnaires contaminés. Au-delà des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'autres structures d'accueil collectif de publics vulnérables sont concernées, selon des formes spécifiques.

Les mesures envisagées à l'échelle des établissements doivent tenir compte d'exigences sanitaires pour les personnes résidentes et leur entourage, ainsi que d'exigences éthiques et humaines fortes, également essentielles.

Les modèles d'organisation doivent être adaptés selon les configurations locales, en visant des soins de qualité aux résidents, quelle que soit l'issue de ces soins, ainsi que des conditions de retour après hospitalisation.

1. Enjeux et situation

Aujourd'hui sur notre territoire, l'INSEE estime à plus de 1,5 million le nombre des personnes dites dépendantes. Les établissements publics et privés pour personnes âgées comptent près de 750 000 lits au sein de 7200 établissements. 160 000 personnes handicapées sont par ailleurs accueillies dans des établissements spécialisés, 80 000 adultes et 80 000 enfants présentant des handicaps sévères.

Comme d'autres types d'établissements sociaux et médico-sociaux, les établissements pour personnes âgées sont d'une grande diversité. Ils diffèrent selon leur taille, leur statut, leur localisation urbaine ou rurale en particulier. Ils ne sont pas tous situés dans des zones au sein desquelles le virus circule avec la même intensité. Certains ne sont pas atteints par le virus, d'autres de manière limitée et susceptible d'être circonscrite, d'autre encore de manière plus large. Cette variété de situation nécessite des stratégies distinctes, locales et adaptées à la situation de chaque établissement.

Au regard du risque épidémique, les établissements pour personnes âgées présentent en outre deux particularités. Ils accueillent des populations à risque d'une part, tandis que l'hébergement collectif favorise les contaminations dès qu'une personne résidente est infectée dans l'établissement d'autre part. L'âge avancé tout comme les polyopathologies associées sont des facteurs de risque de survenue de forme grave du COVID19. La létalité est élevée dans les tranches d'âge supérieures à 75 ans.

Le conseil scientifique considère important de définir des principes stratégiques variant selon les structures et les situations et visant à protéger au mieux les personnes âgées et les personnels, ou les résidents et personnels de structures comparables. Ces éléments doivent donner lieu à une formalisation opérationnelle à destination des acteurs, qui ne relève pas directement du Conseil scientifique.

2. Confinement collectif, confinement individuel et protection des établissements

Le confinement est à ce stade la stratégie de protection la plus efficace. Selon la disponibilité des tests diagnostiques, qui devront être prioritairement orientés vers ces établissements, et plus généralement vers des établissements sociaux et médicaux sociaux, des stratégies de substitution pourront être envisagées pour la sortie de confinement.

Une priorité pour l'utilisation des tests diagnostiques et biologiques

Au cours de la phase de confinement actuelle comme après la levée du confinement, les dépistages d'infection chez les résidents et les personnels des EHPAD par RT-PCR pourront être conduits en s'appuyant sur les plateformes de diagnostic moléculaires à haut débit en cours de montée en charge, mais aussi des stratégies de type TROD, dès qu'ils seront disponibles. En coordination avec les ARS, des prélèvements pourront être analysés en urgence pour déterminer le statut COVID négatif de l'ensemble du personnel et des résidents. De même, en cas d'infection, il sera possible de faire une analyse large pour déterminer le statut COVID des différentes personnes ou espaces dédiés au sein des EHPAD, afin de conforter les organisations de prise en charge de l'épidémie. Concomitamment, et en cas de besoin, une détermination du statut sérologique via des enquêtes systématiques pourra aussi être réalisé de manière élargie en utilisant les moyens de serodiagnostic dès qu'ils seront disponibles.

Selon les situations locales et au regard de la situation par rapport aux contaminations et aux degrés divers selon les établissements et les situations régionales, des stratégies de confinement collectif ou individuel peuvent être considérées, en tout état de cause de manière proportionnée et limitée dans le temps.

La distanciation sociale est la meilleure barrière contre la propagation du virus. Elle est moins importante pour les résidents et pour les personnels dans une situation de confinement collectif que dans une situation de confinement individuel, qui doit cependant être apprécié localement, au regard de la situation épidémique et des capacités de l'établissement.

Confinement collectif

Une démarche prioritaire de protection des établissements donne lieu à un confinement collectif des établissements, particulièrement adapté à des établissements ne déplorant pas localement de contamination. Le confinement collectif vise à réduire le risque de contamination extérieure. Depuis le 11 mars, les visites de personnes extérieures sont, sauf exception, suspendues dans le cadre de l'activation du plan bleu. Outre la suspension des visites, le confinement collectif des établissements nécessite un cantonnement collectif d'une partie du personnel, lorsque cela est possible et sur une base volontaire. Le personnel ne doit pas présenter de signes cliniques et doit être testé négatif. Les contacts de l'établissement avec l'extérieur sont réduits au minimum (livraisons sécurisées...). Pour conserver une qualité de service, de lien humain et de soins indispensables aux résidents, un renforcement des moyens humains au sein des établissements est à privilégier en fonction des possibilités locales, le cas échéant en mobilisant des personnels volontaires, par exemple des étudiants, ainsi que la réserve civique. Les règles de protection sanitaire s'appliquent à ces personnels.

Les mesures de protection dans l'établissement peuvent être augmentée par la création de plusieurs zones distinctes, au sein desquelles ne circulent que certains patients et ne travaillent que certains professionnels de santé, afin de limiter les contacts. Une attention particulière est prêtée aux ascenseurs, particulièrement contaminants. Le confinement collectif permet une poursuite d'activités sociales dans l'établissement et se distingue du confinement individuel des pensionnaires dans leur chambre, plus adapté à d'autres situations. Il nécessite un personnel et un matériel adaptés, et représente une charge de travail supplémentaire dans des établissements dont le personnel est déjà exposé et en tension.

Si le confinement collectif des personnels n'est pas envisageable, le personnel doit mettre en œuvre des moyens pour bénéficier d'un haut maximal de protection dans ses entrées et sorties, à travers l'ensemble des gestes barrières et un renforcement des mesures d'hygiène. Il nécessite un accès aux

matériels de protection indispensables en fonction des activités réalisées (solution hydro-alcoolique, chasubles, charlottes, masques FFP2, lunettes...). Les personnels doivent être testés régulièrement et ne plus participer au confinement collectif s'ils présentent des signes de contamination. Les médecins extérieurs intervenant dans ces structures doivent être testés négatifs et bénéficier d'un accès aux matériels de protection pour leurs activités de soin dans les établissements. Selon les conditions, l'intervention d'une équipe mobile constituée de professionnels testés négatifs et construite à partir d'initiative de type réseau ville-hôpital est attendue pour prendre en charge les activités de dépistage ou de diagnostic.

Afin de préserver les principes d'humanité dont doivent bénéficier les personnes âgées, des initiatives prévues à cet effet peuvent permettre de maintenir des liens quotidiens entre les personnes âgées et leur entourage (téléphone, Skype...). Les effets du confinement collectif sont autant que possible compensés par des alternatives mises en œuvre avec toute la bienveillance et l'humanité nécessaires à ce type de situation.

Confinement individuel

Dans beaucoup d'établissements, les pensionnaires sont en contact avec le virus. D'autres types de confinement, individuels, sont envisagés. Ils consistent à confiner des résidents dans leur chambre. Le confinement individuel en chambre constitue une mesure de protection pour les résidents comme pour le personnel. Cette solution est privilégiée par certains établissements. Le confinement individuel n'a cependant pas vocation à s'appliquer en toute généralité. La prise en compte des situations locales est ici essentielle.

Lorsqu'il existe un espace réservé aux résidents Covid dans l'établissement (étage ou aile réservés, voir *infra...*), les résidents positifs peuvent continuer à avoir des activités sociales entre eux, sans confinement individuel ni contact avec des résidents négatifs. Le personnel est alors très exposé au risque d'infection et les mesures de protection du personnel doivent être appliquées très strictement, ce qui n'est pas toujours facile pour un personnel moins entraîné que le personnel hospitalier à ces mesures. Ce personnel doit de fait être dédié aux résidents Covid, et limiter au maximum ses interactions avec le reste du personnel de l'établissement.

Par ailleurs, une part importante des résidents en établissement (40% ou plus) ne bénéficie pas de condition de mobilité ordinaire leur permettant de quitter leur chambre, les mesures de confinement individuel n'ont pas d'utilité supplémentaire.

Enfin, d'autres patients ont une activité sociale susceptible d'être restreinte, sans être nécessairement supprimée par un confinement individuel. Le maintien dans des zones non Covid, la limitation d'accès à certaines zones, ainsi qu'aux ascenseurs, permettent pareilles restrictions. Si ces dispositions n'apparaissent pas suffisantes, un confinement individuel est envisagé. Du point de vue épidémiologique, il limite la propagation du virus et protège les résidents et le personnel, tant que les mesures d'hygiène et de protection sont appliquées strictement. Ses effets doivent être mis en balance avec les risques de contamination liés au déplacement des personnels d'une part, et avec des risques psychologiques facteurs de surmortalité ou d'altération de l'état de santé.

Le confinement individuel soulève d'importantes questions non seulement sanitaires, mais aussi éthiques, légales et plus largement sociales. Il conduit à priver les résidents de ce qui fait souvent le sens de leur existence en fin de vie (échanges, promenades en plein air...). Une fois initié, se pose la question de sa durée, qui pourrait être de plusieurs semaines pour une population à risque non immunisée. Pour cette raison, les établissements devront bénéficier de tests en priorité en sortie de confinement.

Eu égard aux enjeux, le choix du confinement individuel nécessite une appréciation circonstanciée en fonction de situations locales, et apparaît plus généralement comme un enjeu de société tout autant que comme une option sanitaire. Sans nécessairement appeler une décision nationale uniforme, qui pourrait être inadaptée à la grande variété des situations, ce type d'enjeu appelle un positionnement de principe, de nature politique, qui n'incombe pas au Conseil scientifique.

3. Modèle d'organisation de prise en charge

Par ailleurs, en matière de prise en charge de patients atteints de Covid, deux modèles de prise en charge peuvent alors être envisagés, selon les spécificités et la variété des établissements, et en tenant compte de leur environnement médicalisé, en contexte urbain ou rural. Dans ce contexte de létalité élevée, il sera aussi tenu compte des directives anticipées des patients ainsi que de l'avis des personnes de confiance auprès desquelles des informations auront été délivrées préalablement.

A) Modèle 1 : le renforcement de moyens dédiés au sein des EHPAD

Un premier modèle est mis en œuvre dans les établissements qui en ont la capacité. Dans ce modèle, une séparation entre un espace Covid et un espace non Covid est organisée. Les pensionnaires présentant des signes cliniques, d'une grande variété chez le sujet âgé, sont orientés vers ces espaces Covid au sein de l'établissement. Ces espaces sont entourés de zones tampon à l'entrée et à la sortie de l'espace Covid. Un sens de circulation vise à garantir les déplacements « du propre vers le sale », et jamais l'inverse. Pour mettre en œuvre cette organisation, des moyens en personnel sont nécessaires, sur une base professionnelle ou volontaire. La présence d'une IDE dans les zones Covid, y compris de nuit, est nécessaire. Ces espaces dédiés doivent bénéficier de matériels de soin et de ventilation par oxygène, disponibles sur place ou préalablement transportés sur place.

En cas de nécessité, le patient peut être conduit vers une structure hospitalière pour une prise en charge voire un accueil en secteur dédié de gériatrie aiguë.

Lorsqu'il est possible, le retour après hospitalisation doit être prioritaire par rapport à de nouvelles admissions. Il doit s'accompagner d'une période de confinement individuel temporaire.

Au regard du niveau de mortalité élevé chez le sujet âgé, les établissements privilégiant ce modèle doivent bénéficier du support d'une équipe mobile ou implantée de soins palliatifs en mesure d'intervenir auprès de l'établissement selon toutes les recommandations de bonne pratique et dans le respect de la dignité des personnes et de leur entourage. Un accompagnement des familles par un personnel formé doit être mis en place, notamment grâce à un accompagnement téléphonique personnalisé.

B) Modèle 2 : la mise en place d'une filière de soins dédiée hors des EHPAD

Un second modèle de prise en charge vise à orienter les pensionnaires malades vers une filière de soins renforcée et adaptée à leur état clinique. Ce modèle nécessite une sortie médicalisée de l'établissement et s'articule en plusieurs temps.

Les pensionnaires malades sont identifiés par des signes cliniques et des tests virologiques, qui sont alors systématiques et prioritaires, grâce à des kits de prélèvement à résultat rapide. Les personnes malades sont orientées vers une prise en charge hospitalière dédiée, organisée à cet effet, en tant qu' « Unité COVID+ Anciens ».

Cette prise en charge mobilise des établissements comprenant des services de soins de suite et de réadaptation ainsi que des services hospitaliers dédiés de gériatrie aiguë. Elle bénéficie de moyens adaptés et d'un personnel dédié, à la fois médical et paramédical, ainsi que des équipements permettant de répondre à toutes les exigences de soins spécifiques pertinents et de qualité, notamment grâce à l'oxygénothérapie. Cette prise en charge vise à adapter les soins de ces patients âgés et fragiles, dont l'état de santé est fortement dégradé, en évitant une orientation systématique vers des services hospitaliers généralistes, où leurs chances de survie seront difficiles à optimiser, y compris en réanimation.

Les patients âgés malades suivis à leur domicile pourront aussi être hospitalisés dans ces unités par leur médecin généraliste si leur évolution clinique l'impose.

Le transport des personnes âgées malades constitue un point de vigilance majeur, dans la mesure où le déplacement vers un nouvel environnement médicalisé constitue une source de risque importante chez ces personnes en situation de vulnérabilité.

Au regard du niveau de mortalité élevé, la prise en charge des patients doit permettre, comme dans le modèle précédent, de recourir à des soins palliatifs dans le respect des recommandations de bonne pratique et de la dignité des personnes et de leur entourage, notamment grâce à l'intervention d'unités mobiles de soins palliatifs. Un accompagnement des familles par un personnel formé est aussi à prévoir, notamment grâce à un accompagnement téléphonique personnalisé.

4. Hospitalisation et réanimation

Des sociétés savantes ont abordé de façon multidisciplinaire la question des prises en charge en réanimation des personnes âgées. Quel que soit le modèle d'organisation retenu, une filière claire permettant la prise en charge la plus appropriée des patients les plus graves est indispensable. Dans un contexte général de saturation des services de réanimation, tous les patients, y compris âgés, doivent quoi qu'il en soit bénéficier de soins adaptés à leur situation dans un environnement médicalisé et de qualité.

Lorsqu'une stratégie de type « espace COVID » interne est mise en place, l'accès aux structures hospitalières se fait directement en concertation avec l'établissement hospitalier concerné sur la base de critères préalablement définis en concertation dans le groupement hospitalier de territoire. Lorsque les patients sont hospitalisés dans des structures médicalisées intermédiaires, les transferts vers les services de soins intensifs ou de réanimation sont établis en concertation avec l'hôpital identifié dans la filière en fonction de critères établis en concertation.

Dans ces choix très difficiles, la concertation pluridisciplinaire est nécessaire, en s'appuyant sur les comités de soutien éthiques locaux, comme recommandé par le CCNE.