

FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPUI DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

Dans le contexte d'épidémie liée au COVID-19, la situation des personnes âgées vivant en établissement (EHPAD, résidence autonomie, résidence service) nécessite l'appui de tous les professionnels de santé qu'ils soient libéraux, salariés et en établissements de santé. Il s'agit d'assurer la continuité des prises en charge mais également la qualité et la sécurité de l'accompagnement en soutien des professionnels de ces établissements. Le rôle des professionnels de santé de ville dans la prise en soin des personnes âgées à domicile et en résidence est abordé dans la fiche qui leur est destinée (cf. fiche « Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19 »).

Les présentes consignes et ces recommandations s'adressent aux établissements de santé et sont coordonnées sur le territoire par chaque ARS qui met en place une cellule dédiée aux personnes âgées au niveau régional et déclinée dans chaque département. **Ce document synthétise les moyens à mobiliser et à structurer pour venir spécifiquement en appui aux EHPAD** dans le cadre de la prise en soin des patients COVID-19. Il prend en compte **les conclusions du Conseil scientifique s'agissant de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, en date du 27 mars 2020.**

Sont identifiées les ressources suivantes : expertise gériatrique, prise en charge palliative, intervention renforcée de l'HAD ainsi que la protection des professionnels et l'hygiène des locaux. Cet appui s'adresse à tous les EHPAD, leur situation n'étant pas identique sur un territoire, les ARS seront amenées à identifier des niveaux de difficultés qui appellent des réponses adaptées et différenciées.

Les établissements de santé doivent se mobiliser pour faciliter la réalisation de tests PCR au sein des établissements hébergeant des personnes âgées.

Cet appui des établissements de santé porte également sur l'accompagnement psychologique des professionnels exerçant en EHPAD que peuvent offrir les établissements de santé (cf. fiche COVID-19 Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie).

1. Rappel de la doctrine de prise en charge des patients COVID-19 en EHPAD

La doctrine actuelle concernant la prise en charge des patients COVID-19 en EHPAD, telle que définie par la fiche COVID-19 à destination des employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées est la suivante :

- Le principe est que **la prise en charge des cas suspects et confirmés ne présentant pas de critères de gravité doit être assurée en priorité au sein des EHPAD** afin de ne pas saturer les établissements de santé, en respectant les mesures d'hygiène et de protection rappelées plus bas.

- Seuls **les patients présentant des formes sévères et critiques sont pris en charge dans les établissements de santé habilités Covid-19** (1ère et 2ème ligne, voire 3ème ligne). La décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin du SAMU centre 15. Par ailleurs, les régulateurs du SAMU doivent avoir un accès facilité aux éventuelles directives anticipées et aux notes écrites dans le dossier médical. Ainsi, un médecin d'astreinte réanimateur doit pouvoir être contacté H24 pour participer le cas échéant à la décision collégiale de non admission en réanimation (cf. recommandations de la SFAR « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 » et autres recommandations des sociétés savantes).
- Le rôle des médecins coordonnateurs dans le suivi des malades confirmés en EHPAD doit être renforcé. Pour rappel, le médecin coordonnateur a un pouvoir de prescription générale dès lors qu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels, comme le déclenchement du stade épidémique. Le médecin coordonnateur peut donc assurer la prise en soin des patients non graves à l'EHPAD, l'orientation des cas sévères et critiques vers le système de soins via le SAMU-centre 15 et assurer un retour en EHPAD des patients ne présentant plus de risque pour leur entourage¹ en faisant le lien avec le milieu hospitalier et en particulier en recourant à l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi qu'avec le médecin traitant.
- En cas d'absence ou indisponibilité du médecin coordonnateur, ce suivi est assuré par le médecin traitant des résidents ou par tout personnel médical intervenant dans l'établissement de santé avec lequel la structure a conclu une coopération renforcée.

2. Le soutien gériatrique pour la prise en charge des patients COVID-19

Les établissements de santé disposant d'un service/équipe/professionnels de gériatrie doivent mettre à la disposition des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD, résidence autonomie, résidence service) et des médecins traitants des résidents de ces établissements (pour les résidences toute demande doit passer par le filtre du médecin traitant du résident), pour la durée de l'épidémie, une **expertise gériatrique en appui qui prend la forme suivante** :

1/ Une astreinte « personnes âgées » de territoire (une « hotline »), dédiée totalement ou prioritairement aux professionnels soignants des EHPAD en fonction des besoins du territoire, joignable par téléphone et par mail de 8h à 19h même le week-end et un référent gériatrique de territoire chargé de sa coordination.

- Territoire couvert : filière gériatrique de proximité impliquant les établissements de santé publics et privés.
- Organisation de l'astreinte par territoire : un service ou pôle de gériatrie de taille importante en privilégiant ceux avec un service d'accueil des urgences disposant d'une équipe mobile de gériatrie.
- Les gériatres des établissements de santé du territoire (publics, établissements privés, hôpitaux de proximité, SSR gériatriques) contribuent à cette astreinte journalière territoriale.

¹ Conformément aux critères définis par l'avis du HCSP du 5 mars 2020 sur la prise en charge des cas confirmés de patients COVID-19.

- Missions de l'astreinte :
 - Aider les **médecins coordonnateurs, les infirmiers de coordination (IDEC) et les médecins traitants** des résidents pour des soins en interne par :
 - des conseils individuels (échanges téléphoniques ou télémédecine), notamment pour anticiper les procédures et protocoles nécessaires à la prise en soin des résidents en période épidémique,
 - une participation à des décisions médicales collégiales pour la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé (au moment de l'apparition du cas, en réévaluation, en sortie d'hospitalisation) ;
 - une possibilité de prescription à distance (fax, solution de télémédecine, e-mail sécurisé...) en tant que de besoin en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants, et les médecins coordonnateurs des HAD le cas échéant,
 - Mobiliser les ressources nécessaires pour la prise en charge des résidents COVID-19 au sein des établissements d'hébergement y compris par le déplacement de professionnels d'une équipe mobile de gériatrie sur site en fonction des ressources (voir ci-dessous).
 - Participer, en cas d'indication d'hospitalisation, à l'orientation entre les différents établissements du territoire (soins critiques, en court séjour, en HAD, en hôpital de proximité, en USLD ou en SSR), notamment dans la filière d'admission directe évoquée plus bas, sur la base d'un protocole partagé avec le SAMU.
 - Contribuer à la continuité des soins en sortie d'hospitalisation et à la préparation du retour en EHPAD en tenant compte de la situation existante vis-à-vis du COVID-19 dans ce dernier.
- Moyens :
 - Mise à disposition et diffusion d'un numéro de téléphone et d'un mail de l'astreinte aux EHPAD du territoire.
 - Recours aux moyens de télémédecine.
 - Le gériatre d'astreinte dispose de la liste de l'ensemble des correspondants publics et privés (autres équipes de gériatrie, géronto-psychiatrie, soins palliatifs et notamment la hotline en soins palliatifs prévue à la section 4, hygiène hospitalière, HAD, etc.) pour décider avec l'EHPAD de la stratégie la plus appropriée (infectiologue, pneumologue, réanimateur, médecin de soins palliatifs, ...).
 - Chaque astreinte gériatrique organise les modalités nécessaires pour tracer son activité et mobilise les moyens de secrétariat utiles au soutien de cette astreinte.

Le numéro de l'astreinte gériatrique est communiqué aux services d'urgence et au SAMU-centre 15 qui peuvent également s'adresser à au référent gériatrique afin de faciliter la coordination des interventions, comme le juste soin. Ils partagent des protocoles de décisions d'orientation.

2/ Un appui des équipes mobiles de gériatrie² (EMG) notamment extra-hospitalières, rendues disponibles en fonction des territoires et des ressources, sous la coordination du référent gériatrique de territoire au travers :

- La participation des professionnels des EMG à l'astreinte territoriale gériatrique ;
- Si besoin exceptionnel, du déplacement au sein de l'EHPAD, de manière subsidiaire et après coordination avec les équipes de soins palliatifs.

3/ L'hospitalisation des personnes âgées après décision collégiale et dans le cadre d'une filière organisée au niveau du territoire de proximité

Une collégialité des décisions

Les décisions d'hospitalisation et d'orientation des personnes âgées en sortie d'hospitalisation aiguë, doivent faire l'objet en période épidémique COVID-19 le plus possible d'une **réflexion collégiale entre les professionnels de santé en appui des établissements de santé et ceux des EHPAD dont les médecins traitants.**

Les décisions **s'appuient sur les recommandations des sociétés savantes** dont celles du Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie qui intègre les médecins coordonnateurs d'EHPAD. Elles visent à identifier les personnes âgées suspectes de COVID-19 mettant en jeu leur pronostic vital et pour lesquelles l'hospitalisation peut apporter un bénéfice réel.

Elles **prennent en compte et s'adaptent aux différentes situations rencontrées dans les EHPAD, tant en termes de caractéristiques des résidents, que de ressources humaines et d'équipements.**

L'organisation au sein des établissements de santé d'une possibilité d'admission directe non programmée sans passage aux urgences, dans le cadre d'une filière organisée au niveau du territoire de proximité

Cette organisation **associe les hôpitaux de proximité, les établissements de santé privés, les services de gériatrie, les services de médecine interne et les établissements de SSR.**

Elle tient compte des capacités libérées par la déprogrammation des actes non urgents.

Ce circuit court s'articule avec la hotline gériatrique et les protocoles partagés avec le SAMU.

Dès lors qu'ils sont présents sur le territoire, **les hôpitaux de proximité** accueillent des patients âgés, nécessitant une surveillance ou une hospitalisation. Ces établissements constituent un appui aux médecins généralistes du territoire et évitent d'exposer les patients âgés, le cas échéant, au virus au sein d'établissements en première ligne. Certains, dans le cadre de filières, pourront participer à la prise en charge des patients Covid-19 sur leur territoire.

² En 2018, il existe 347 EMG (équipes pluridisciplinaires hospitalières), adossées à des établissements de santé qui disposent d'unités de court séjour gériatrique exerçant principalement en intra-hospitalier (interventions aux urgences et en intra-hospitalier) mais 1/3 interviennent également sur les lieux de vie des personnes âgées (EHPAD et domicile)

Les SSR sont mobilisés directement pour prendre en charge des patients Covid-19 venant des EHPAD ou en sortie d'hospitalisation pour des résidents des EHPAD notamment pour éviter la propagation du Covid-19.

Les sorties d'hospitalisation de soins aigus

La sortie d'hospitalisation doit elle aussi faire l'objet d'une **décision collégiale grâce au dispositif de l'astreinte hospitalière**. Elle prend en compte la sécurité du patient et la nécessité de prévenir la dégradation de la situation générale de l'EHPAD. Les hôpitaux de proximité et les SSR, certaines USLD, voire d'autres solutions alternatives (ex. : hôtels hospitaliers) contribuent à fluidifier cette sortie pour certaines situations de patients ne pouvant revenir en EHPAD.

3. La mobilisation des établissements et structures d'HAD

Les **établissements et structures d'hospitalisation à domicile (HAD)** sont mobilisés en soutien de la prise en charge en structure sociale et médico-sociale.

L'HAD peut **assurer la prise en charge des résidents COVID-19** ne requérant pas de surveillance continue 24/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation.

Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités ;
- Patients âgés (>70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications.

Dans ce cadre, l'HAD peut notamment assurer la surveillance des patients, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière et la réalisation de soins palliatifs.

Pour les autres résidents non COVID-19, l'HAD peut par exemple être sollicitée pour réaliser des pansements complexes, des nutritions entérales, des soins de nursing lourds, la prise en charge de la douleur, l'administration de traitement par voie veineuse ou de traitements réservés à l'usage hospitalier, la surveillance post chimiothérapie... Dans ce contexte épidémique, les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis pour éviter au maximum l'hospitalisation des résidents en structures conventionnelles.

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

- Il n'est pas nécessaire que l'EHPAD et l'HAD aient une convention pour l'intervention de l'HAD ;
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'accord du médecin traitant à la prise en charge de son patient en HAD n'est pas nécessaire ;

- La prescription de la prise en charge en HAD peut être faite par tout médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans prescription médicale préalable

Dans ce contexte épidémique, l'HAD peut apporter des conseils et une expertise hospitalière aux EHPAD concernant la prise en charge, le suivi et l'organisation des soins des résidents ainsi que pour la mise en œuvre des procédures COVID-19. Cet appui est réalisé en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD sauf en cas d'indisponibilité de ce dernier. L'HAD favorise l'utilisation des dispositifs de communication à distance ou de télésanté.

De manière générale, dans les cas où l'hospitalisation complète est inévitable, et afin de faciliter l'admission directe sans passage aux urgences, les EHPAD doivent renforcer dans ce cadre leurs coopérations avec les établissements de santé situés à proximité. L'objectif est de favoriser les échanges de bonnes pratiques et d'informations et de fluidifier les transferts de patients.

4. L'appui en matière de prise en charge palliative

Plusieurs adaptations de l'organisation et des pratiques palliatives doivent faciliter l'appui aux EHPAD faisant face à une augmentation importante du nombre de résidents COVID-19 et pouvant nécessiter une prise en charge palliative au sein de l'EHPAD.

La fiche COVID-19 à destination des employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées a rappelé que s'agissant du soutien aux EHPAD pour la prise en soin des patients, les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les équipes territoriales (ex. : ex-réseaux de soins palliatifs) peuvent être contactées par les professionnels des structures sociales et médico-sociales pour apporter leur expertise et se substituer, en cas de nécessité, aux médecins traitants et coordonnateurs. Les établissements d'HAD ont également une expertise dans la prise en charge en soins palliatifs et peuvent être sollicités pour réaliser des prises en charge en soins palliatifs. Leur intervention est facilitée par les mesures décrites à la section 3.

Il est confié aux territoires, et dans la mesure de leurs capacités d'organisation et des contraintes pesant sur les équipes, l'organisation d'une **astreinte en matière de soins palliatifs (une « hotline »), dédiée totalement ou partiellement aux EHPAD en fonction des besoins du territoire**, joignable par téléphone et par mail de 8h à 19h et le week-end. **Un référent de territoire** est désigné pour organiser l'astreinte et recenser les ressources territoriales notamment. Cette astreinte est **en lien avec l'astreinte gériatrique** organisée territorialement. Elle permet l'organisation d'une décision collégiale. Elle mobilise l'HAD et les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs.

S'agissant de l'appui des EMSP, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) a formulé un certain nombre de **propositions d'adaptation de leur mode de fonctionnement et d'intervention** :

- Maintenir la présence des personnels indispensables (médecin, IDE)
- Augmenter la disponibilité des équipes mobiles : allongement des plages de présence, augmentation du nombre de vacations sur sites, mise en place un numéro d'astreinte en journée le week-end et les jours fériés et si possible en fonction des organisations la nuit, avec possibilité d'inscrire cette astreinte dans une visée territoriale

- Favoriser le travail par téléphone ou autre moyen de communication à distance
- Limiter les déplacements en EHPAD et privilégier les contacts indirects (téléphone, télé médecine, outils tels Skype...) pour diminuer le nombre de déplacements et donc de contacts
- Autoriser, dans le cadre de l'urgence, la prescription aux médecins des réseaux, aux médecins des équipes mobiles quels que soient les lieux de prise en charge
- Autoriser/organiser la signature des certificats de décès par des médecins de soins palliatifs, de réseau, d'HAD, coordonnateurs d'EHPAD
- Diffuser auprès de l'ensemble des services des EHPAD et des établissements médico-sociaux 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 (cf. [documents mis en ligne par la SFAP](#)³)
- Participer à des « cellules éthiques de soutien » et mettre en place dans le cadre des hotlines téléphoniques un accompagnement « éthique ». Une réflexion dans la prise en charge des patients graves, dans les choix de réorganisation des services de santé devant faire face à la gestion de ressources rares, une aide pour les décisions médicales difficiles que pourraient être amenées à prendre certaines équipes.
- Mettre à disposition des équipes mobiles le matériel nécessaire de protection (masques, SHA, gants et autres moyens de protection) afin d'intervenir dans des conditions de sécurité optimales

Le message relayé aux 426 EMSP ainsi qu'aux équipes expertes en soins palliatifs (ex-réseaux) est d'être disponibles dans la mesure du possible et de diffuser les protocoles pour optimiser l'accompagnement palliatif des patients présents dans les EHPAD, en EMS ou à domicile. Chaque équipe est invitée à proposer d'autres solutions selon son organisation et les spécificités territoriales ainsi que les ressources soignantes et matérielles de l'EHPAD.

Les comités locaux d'éthique et les espaces régionaux peuvent être sollicités pour répondre à des situations ou contribuer à des protocoles ou décisions collégiales.

Les associations de bénévoles dont les coordonnées figurent sur les sites : « [parlons fin de vie](#) » du [CNSPFV](#), ou encore de [la SFAP](#), la hotline nationale de soutien médico-psychologique⁴ peuvent soutenir l'entourage affecté par le décès du patient.

Le Centre National de Résilience⁵ met également des outils à disposition des professionnels et personnels de santé pour soutenir ceux qui sont en première ligne, et accompagner les patients et les familles.

Des assouplissements des conditions et modalités de prescription et délivrance de certains médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge palliative ont été décidés par le Ministère en lien avec l'ANSM :

- Permettre le renouvellement des ordonnances de morphiniques dans la prise en charge de la lutte contre la douleur, arrivées à échéance, par le pharmacien d'officine :

³ <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>

⁴ numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 800 130 000 en lien avec la Croix-Rouge et le réseau national de l'urgence médico-psychologique

⁵ <http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19/>

- Avec l'accord oral du médecin prescripteur, confirmé par un écrit dématérialisé (dérogação à l'ordonnance sécurisée),
 - Un nombre de boîtes garantissant la poursuite du traitement dans le cadre de la posologie et des modalités de fractionnement initialement définies par le prescripteur, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement.
 - En cas de nécessité d'adaptation de la posologie, accord écrit du prescripteur accompagné d'une nouvelle prescription éventuellement dématérialisée avec les mentions obligatoires
 - Pas de dérogation aux règles de fractionnement de la délivrance.
- Rendre accessibles les médicaments à d'autres spécialités médicales et/ou en ambulatoire :
- Clonazépam par voie injectable : prescription en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché conformément aux protocoles exceptionnels et transitoires établis par la SFAP
 -
 - Paracétamol par voie injectable (réserve hospitalière) : mise à disposition en rétrocession pour une utilisation par tout médecin dans le cadre des indications de son autorisation de mise sur le marché (douleur et fièvre)
- Assurer l'accompagnement du professionnel réalisant les soins, par supervision à distance du médecin prescripteur

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), qu'il conviendrait de diffuser largement aux EHPAD.

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.

5. L'appui à la protection des professionnels et à l'hygiène des locaux

La protection des professionnels en contact direct avec les patients est un enjeu important dans les établissements de santé comme en EHPAD. Il convient de mettre en œuvre les mesures d'hygiène et de protection nécessaires afin de protéger les professionnels et d'éviter tout risque de transmission et

de propagation au sein d'un établissement. La fiche COVID-19 à destination des employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées préconise, en présence de cas groupés :

- dans tous les établissements, si le bâtiment le permet, d'identifier un espace dédié (étage ou aile isolable) pour accueillir les patients Covid-19 et les confiner ;
- si l'architecture de l'établissement ne permet aucun zonage, d'organiser le confinement des résidents en chambre, avec fermeture des accès et passage réguliers des personnels.

La société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a émis des recommandations au sujet du traitement du linge et au nettoyage des locaux ayant hébergé un patient COVID-19 et à la protection des personnels⁶.

L'avis du HCSP de mars 2020 émet des préconisations relatives à la gestion des corps des patients décédés infectés par le COVID-19.

Les équipes mobiles d'hygiène (EMH) ainsi que les centres 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.

⁶ Avis du 7 février 2020