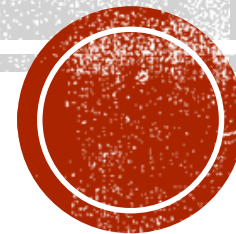


# RETOUR D'EXPERIENCE COVID 19



# PRESENTATION DE L'EHPAD

- EHPAD de 98 lits avec 2 bâtiments (18 lits dans un bâtiment, 80 lits dans un bâtiment de 3 étage)
- Une UVP de 18 lits
- Un PASA de 14 places

Agrément pour 18 lits d'accueil temporaire

8 lits AS

Masse salariale de 62 ETP

GMP: 248

PMP: 795



# CHRONOLOGIE 1

11/03

Confinement  
des EHPAD (s)

17/03

- Réorganisation  
avec  
sectorisation

- Mise en place  
d'un SAS  
d'entrée
- **1er symptôme  
chez un résident  
qui est en  
chambre double**

20/03

Renforcement  
protocole d'hygiène  
Constitution d'une  
aile COVID (5 lits)

Mise en place des  
SAS COVID pour  
chaque unité

Réaffectation des  
résidents des  
chambres doubles

Isolement du  
premier patient

25/03

4 AS en AM  
→

Premier cas  
positif  
confirmé  
chez une  
salariée

27/03

Les deux  
patients sont  
positifs

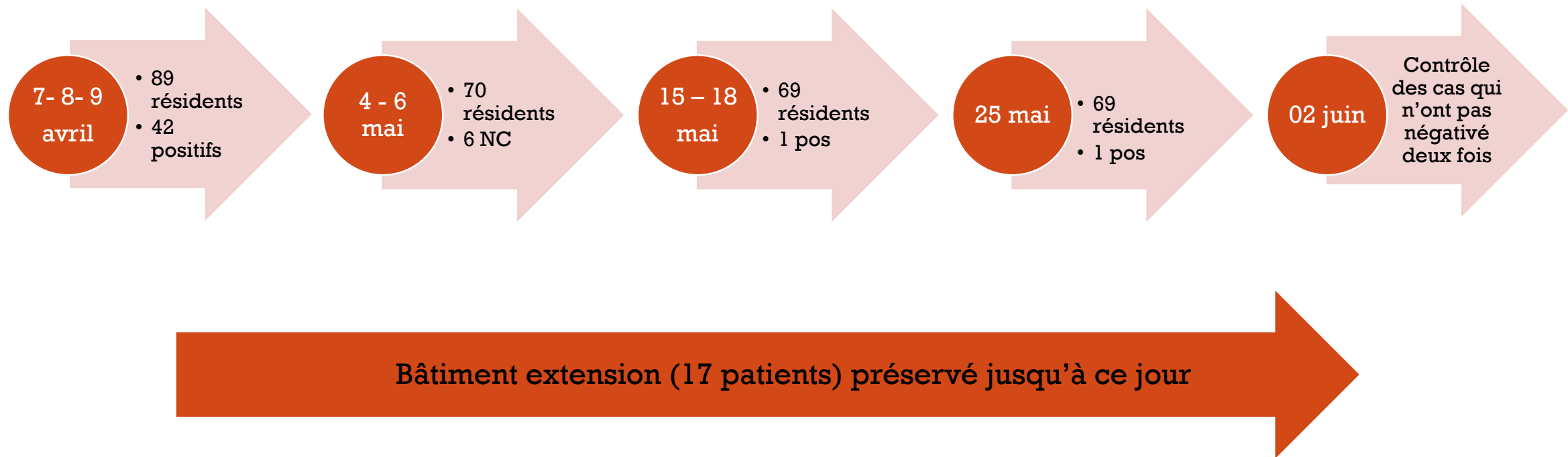
Signalement  
ARS

30/03

DC du  
premier  
patient  
COVID



# DEPISTAGES



# DONNEES DU GRAND BATIMENT

	09-avr	04-mai	18-mai	25-mai	02-juin	Sérologie 23-juin
Nouveau cas positif	42	6	0	0	0	
Cas positif		9	1	1	0	53
NEG depuis le début	30	22	22	22		12
Cas ayant négativé une fois		30	12	4	2	

La sérologie faite le 23/06 met en évidence 8 faux négatifs sur les 22 négatifs depuis le 4 mai.

Au total 80 % des résidents du grand bâtiment était positif (sérologie)



# REVUE DES PREMIERS CAS

- Le 30 mars Visio avec la cellule COVID du gérontopole

Signalement de nos 2 patients au 15 pour assurer le parcours de soin si aggravation.

Lien fait avec Relience et HAD en cas de besoin.

Le réseau Relience valide nos protocoles

- L'HAD interviendra le jour même pour notre premier patient qui décèdera dans la soirée



# LES DIFFICULTES

- Signes cliniques
- Les dépistages
- Le zoning mode d'emploi en EHPAD
- L'approvisionnement du matériel
- Les RH
- La gestion des décès
- La communication
- Les questionnements éthiques



# SIGNES CLINIQUES

- Absence de signes caractéristiques
- Majoration des troubles du comportement et difficultés cognitives renforcées par le confinement
- Présence de troubles digestifs
- Asthénie et perte d'appétit





# DEPISTAGE

- Des consignes de dépistages labiles et changeantes

A partir du 6 avril → dépistage massif en EPHAD recommandé. Auparavant au bout de 3 cas positifs on arrêtait de tester.

- Formation, labo, annonce des résultats: un parcours de combattant

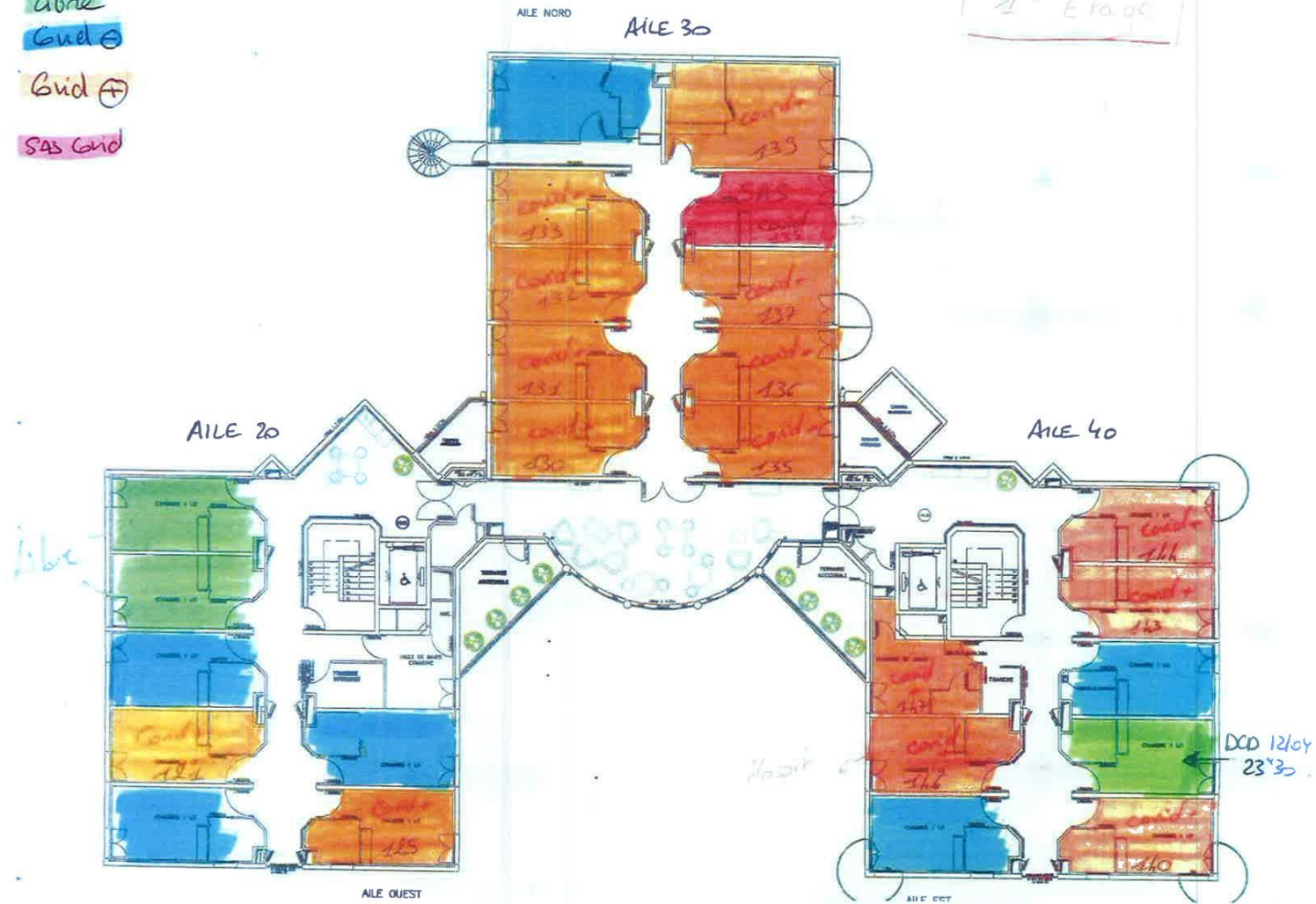
→ Discordance entre les recommandations et les moyens dont on dispose

→ Différence de niveau d'information entre les différents professionnels



# LE ZONING

Libre  
Grid 0  
Grid 1  
SAS Grid



# LIMITES DU ZONING...

Cartographie de la résidence

Le zoning: changement de chambre = perte des repères

Référentiel EHPAD – maison <> HOPITAL – chambre

Difficultés logistiques (déplacement - nettoyage – décontamination ...)

► Maintien des résidents dans leur chambre et adapter l'organisation des soins

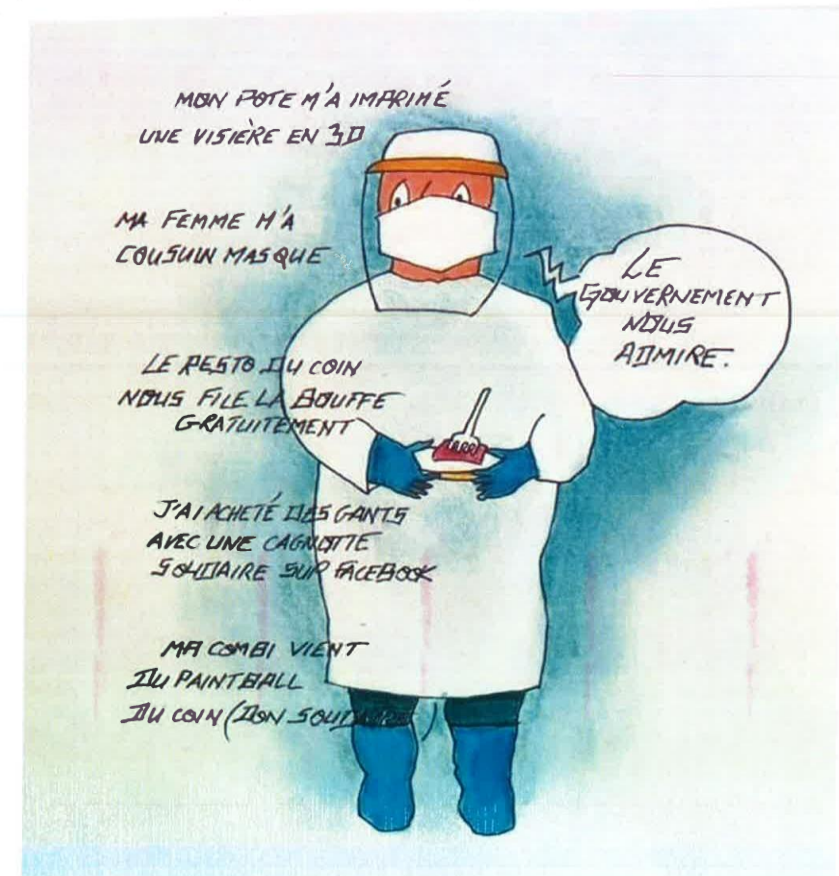
Ré organisation de l'UVP pour éviter le plus possible de sédater les patients.

Nos locaux nous le permettaient.

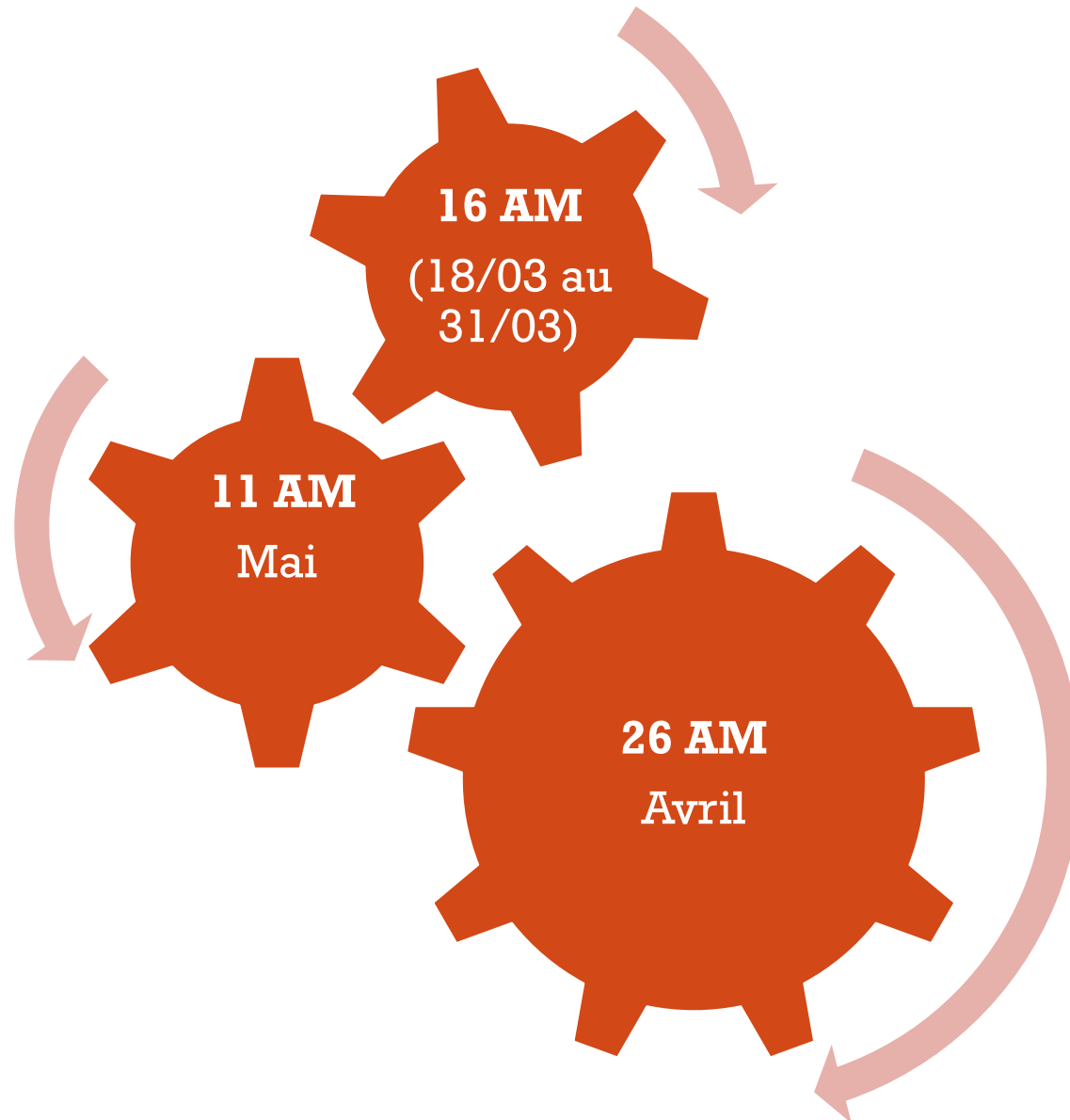


# LE MATERIEL

- Mésusage des masques chirurgicaux au début de l'épidémie avec utilisation d'un masque par jour
- Le 26 mars nous manquons de FFP2, de surblouses, de lunettes de protection
- Le 30/03: nous n'avons toujours pas de housse mortuaire
- 2/04 Nous alertons l'ARS sur les difficultés d'approvisionnement en morphine et benzodiazépine (état de stock envoyé) → substitution du valium par buccolam
- 11/04: Manque à l'issu de la campagne de dépistage de surblouses et de tabliers plastiques
- Manque récurrent de pieds à perfusion
- Manque de DASRI (pour mettre les protections)
- Réception de masques FFP2 périmés depuis 2008



# RH: ARRÊT MALADIE (AM)



Pour une reprise de travail ,  
il fallait 2 PCR négatifs  
consécutifs à 48 h  
d'intervalle

Du 18/03 au 31/05 →  
création de 32 dossiers de  
nouveaux salariés

Du 31/03 au 31/05 →  
43 intérimaires différents  
dans notre établissement

Augmentation des équipes  
AS et ASH par jour

Renfort des équipes IDE



# RENFORT RH

## → AS:

- Pour l'aide au repas avec des repas fractionnés (toutes les 2 h) et des CNO
- Pour créer une équipe COVID par jour (binôme)

## → FFAS:

- pour promener les résidents à l'extérieur dans le respect de la distanciation physique, maintenir le contact, discuter

## → ASH:

- Pour nettoyage des points contacts et le service des repas

## → IDE:

- pour les surveillances cliniques et surveillance des constantes
- Création d'un poste IDE de nuit à partir du 17/04





# LES DÉCÈS

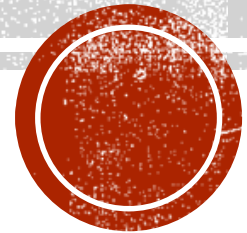
Premier DC COVID: Le 30 mars (début des signes le 24 mars)

Deuxième DC: Le 22 avril

Entre le 17 mars et le 23 avril: 6 DC dont 2 COVID positifs, 2 COVID négatifs, 2 résidents dont le statut était indéterminé

L'établissement étant considéré comme un cluster, la prise en charge des corps était la même pour tous indépendamment de leur statut COVID.

Questionnement éthique sur le rite funéraire.



# COMMUNICATION

- Résidents: individuellement et de façon adaptée
- Famille: par mail, téléphone, skype, messagerie interne
- Salariés: réunion quotidienne pour partager les nouvelles informations, s'assurer de l'appropriation des protocoles hygiène, de l'organisation posée.

Intervention du CPIAS auprès des équipes

- Partenaires: téléphone, mail, visio-conférences et téléconsultations





# GESTION DU STRESS

Des résidents (confinement en chambre, absence des familles, annonce des résultats)

Des équipes (travail sur les peurs et les représentations)

Du CODIR

Des familles

De la sphère intime (peur de la transmission, stigmatisation)

→ L'environnement médiatique et nos contacts avec les confrères de la région parisienne alimentent nos peurs

→ La sur communication parfois contradictoire était également un facteur de stress important



# QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

- L'affichage sur les portes
- L'enfermement des personnes démentes déambulantes
- Le rite funéraire (toilette, mise en bière, absence des familles)
- La non recherche de consentement pour les tests, le confinement
- La privation de liberté qu'est le confinement en chambre
- Le changement de chambre, générateur d'angoisse = perte des repères et d'angoisse



# CHRONOLOGIE 2 : C'EST PAS FINI!



+ les séquelles du COVID et du confinement: troubles du comportement majorés, maladies psychiatriques vieillissantes en décompensation, augmentation des chutes ...  
Recrudescence d'AT au niveau du personnel



**MERCI A L'ENSEMBLE DE NOS  
PARTENAIRES ET AUX PROFESSIONNELS  
QUI NOUS ONT AIDÉ**

