EHPAD. Partage d'expériences

Philippe Navet. Directeur d'EHPAD à Pau.

Rédaction pluridisciplinaire (du 3 au 13 avril 2020)
Philippe Navet. Directeur, EHPAD Les Lierres, Pau.
Jean-Claude Monfort. Psychogériatre, PHU honoraire Paris
Stanislas Godineau, Psychologue, EHPAD, EHPAD Les Lierres, Pau.
Anne-Myriam Prigent, Infirmière, EHPAD Pessac.
Jean Barré. Praticien Hospitalier, Gériatrie, Angers
Thierry Mayen. Directeur adjoint. EHPAD Samdo Pomarede, Les Salles du Gardon
Umberto di Prima, Président de Santé Mentale des Hauts de France
Erik Kubista, Enseignant, Suède
Serge Reingewirtz, responsable du DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD
Robert Moulias, membre du Conseil Scientifique de la Fédération 39.77 contre les maltraitances

Soutiens
Cécile COSTE, épouse de résident en secteur Alzheimer, Résidence Les Lierres
Hélène BARTHEZ, Présidente de l'Association, Résidence Les Lierres, PAU
Laetitia LATAPIE, Infirmière coordinatrice, EHPAD Les Lierres, PAU
Zoé MORALANS PINEIRO, Infirmière, EHPAD Les Lierres, PAU
Sarah BOYER, Infirmière, EHPAD Les Lierres, PAU
Chrystelle MONTAMAT, secrétariat accueil, EHPAD Les Lierres, PAU
Guenaëlle ABDICHE, Adjointe de Direction, EHPAD Les Lierres, PAU
Virginie SAMPERE, Aide-Soignante, ASG, EHPAD Les Lierres, PAU
Bruno GAUTHIER, Médecin coordonnateur, EHPAD Les Lierres, PAU

Le fil conducteur de ce texte. Ce texte est né de la situation déconcertante dans laquelle l'EHPAD des Lierres s'est retrouvée, comme les autres, face à l'épidémie. Face aussi à l'interprétation à donner aux textes qui l'ont accompagné à partir du 11 mars. Le besoin de partager nos expériences s'est développé avec la conscience que la ligne de front se déplaçait à très grande vitesse vers les EHPAD. Des lieux plus fragiles et plus démunis que les hôpitaux eux-mêmes. Des équipes auxquelles il a été demandé au début, sans le dire vraiment, d'assurer les missions qui sont habituellement celles des équipes hospitalières. Partager ses expériences, pourquoi faire ? Assommés,

ressuscités, puis de nouveau assommés, il s'agissait, et il s'agit toujours, pour traverser les vagues, de s'ouvrir aux autres et de réfléchir avec l'espoir de se découvrir des forces tirées de racines communes jusque-là invisibles. Liés et réunis pour garder la confiance en soi et diminuer la surmortalité des personnes âgées.

Un hommage au dévouement et au courage des professionnels des EHPAD.

Les professionnels ont compris la dimension exceptionnelle et historique de ce qui se passe. Nous fonctionnons comme une grande famille qui s'organise pour nourrir les liens qui maintiennent la vie. Dans les métiers de l'humain, on est tourné vers l'autre. On se soutient entre directeurs. On a des équipes extraordinaires, des soignants investis, une mobilisation totale, la mobilisation de l'humain. Cela dépasse le cadre professionnel. Cette situation cruelle est paradoxalement apprenante pour tous. On fait quelque chose qui est hors normes. Tout le mérite revient à ces équipes. On parle des soignants, mais il faut parler des ASH qui maintiennent l'hygiène, des animatrices qui maintiennent le lien. Dans ces moments forts, la notion d'équipe pluri disciplinaire revêt toutes ces facettes. Plus question de glissements de tâches, plus question de frein au changement. L'innovation et l'intelligence au travail sont le quotidien des professionnels de terrain. Un exemple est l'ingéniosité que l'on doit déployer pour "sourire avec les yeux" car, désormais équipée d'un masque sur le visage, la communication non verbale avec nos patients déconcertants est devenue complexe. Le virus, porteur potentiel de maltraitances extraordinaires, pourrait révéler la banalité du bien puisée dans les ressources ordinaires de chacun. Cette valeur mériterait une reconnaissance et surtout un nombre suffisant de professionnels au lit du résident.

La reconnaissance des équipes et de leur engagement est primordiale. Cette force souligne l'importance d'un management de proximité, autonomisant et favorisant initiative et mobilisation des compétences. La démarche de qualité de vie au travail est un élément primordial. Bien traités, avec un bien-être, les soignants apaisés seront apaisants et donneront le maximum de leurs potentiels auprès des résidents. C'est un des axes qu'il faudra étudier à la fin de cette période : « Comment les établissements avancés sur ces sujets ont-ils géré la pandémie ? »

L'Anxiété et l'Espoir.

Concernant la tension et les besoins, la ligne de front bouge. Elle se déplace des hôpitaux vers les EHPAD. Lundi 6 avril, un décès sur quatre avait lieu en EHPAD, 2000 sur un total de 8000. Ce jeudi 9 avril, un décès sur trois avait lieu en EHPAD, 4000 sur un total de 12000. Dans quelques départements, les deux courbes commencent à se croiser et le nombre de décès dans les EHPAD y devient supérieur à celui des hôpitaux.

Le chiffre brut des décès correspond à des situations très fortement différentes. Un petit nombre d'EHPAD est très touché, par exemple 30 morts dans un EHPAD à Mougins (un tiers des résidents). Un grand nombre d'EHPAD sont épargnés et pourraient, on l'espère, échapper au pire. Nous avons envie de dire aux familles, les chiffres sont angoissants, mais soyez rassurées sur les équipes. Avec humanité, elles font le maximum face au dilemme de respecter d'une part les consignes de confinement, et d'autre part suivre les avis du Comité Consultatif National d'Ethique.

Le double confinement.

Deux consignes du Ministère de la Santé ont été prises pour diminuer la surmortalité liée au virus. La première, le 11 mars, intitulée a concerné le confinement collectif de l'EHPAD en interdisant les visites des familles. La

deuxième, le 28 mars, intitulée « *lignes directrices* », a précisé le confinement individuel de chaque résident dans sa chambre.

Serge Reingewirtz : *Aucune des consignes, fiches, recommandations et notes émises par le ministère de la Santé n'inscrit le confinement comme une obligation réglementaire pour tous les résidents. Il s'agit d'un effet d'annonce du premier ministre le 28 mars, mais aucun texte n'a été publié dans ce sens. Au contraire, tous les textes évoquent les comorbidités associées, le risque social, et les libertés individuelles.*

Les risques du double confinement.

Si la consigne de réclusion en chambre devait être appliquée à la lettre, la surmortalité liée au virus se verrait augmenter d'une surmortalité ayant quatre causes, toutes directement liées à la rupture relationnelle forcée et à l'enfermement dans la durée :

1) Les syndromes d'immobilisation. Ils associent dénutrition, déshydratation, constipation, occlusion, chute, fracture, phlébite, embolie pulmonaire, grabatisation, escarre.
2) Les syndromes de glissement. Nommés aussi « lâcher-prise », ils surviennent par renoncement aux efforts nécessaires à la poursuite de la vie, quand celle-ci n'est vécue que comme une survie.
3) Les suicides. Multifactoriel, le passage à l'acte est sous-tendu par la perte du goût à la vie et le désir de mort.
4) Des décompensations psychiques et/ou somatiques consécutives à une situation de détresse majeure.

Une infirmière. *À propos du double confinement, dans mon Ehpad Alzheimer, c'est juste impossible. Ce serait au prix de troubles du comportement extrêmement exacerbés, ou alors de médicaments psychotropes pour tous, entraînant des chutes, donc des fractures, des pertes d'autonomie (ne pouvant plus manger seul par exemple et il sera impossible de faire manger tout le monde dans sa chambre, un par un avec une AS et une ASH pour 17 patients au dîner, donc dénutritrion etc.).*

Robert Moulias propose une méthode alternative : *quand des personnes sont contaminées, une alternative moins violente à l'isolement strict en chambre est une séparation de l'EHPAD en deux espaces : une partie dédiée aux personnes non contaminées et une autre dédiée aux personnes contaminées s'inspirant des unités Covid19. Selon l'architecture, cette méthode est de réalisation plus ou moins difficile. Elle permet de conserver des activités et des déambulations protégées.*

Serge Reingewirtz : *j'envisage trois types de situations :*
1) Les résidents asymptomatiques. Pour ces derniers, une surveillance préventive quotidienne (en insistant sur l'apparition de toute modification de son état, y compris d'une apathie) permet en respectant la distanciation sociale, le port de masque s'ils sont acceptés et le lavage des mains, de vivre une vie « normale dans l'établissement
2) Confinement en chambre des résidents qui sont des cas suspects et/ou contact avec demande de test.
3) Confinement soit en chambre soit au sein de pièces ou secteurs dédiés des résidents infectés.

Un ami confie l'histoire de son frère aîné. *Il est décédé hier (le 7 avril) confiné dans sa chambre. Il était en mauvaise santé depuis des années. Il a fait une chute avec une première fracture du col du fémur. Il a été opéré, mais il a chuté de nouveau. Deuxième fracture, réopéré. Il a eu le Covid19, mais sans pneumonie. Les médecins m'ont dit qu'il était mort d'une insuffisance rénale. Il ne buvait plus. Il ne mangeait plus. Il ne pouvait plus voir personne, Il disait qu'il en avait assez. Il s'est laissé mourir. Ce confinement a entrainé la cessation de toute forme de relation porteuse. Je me demande si ce processus n'est pas le même que celui des enfants qui mouraient, pendant la guerre, par manque de chaleur et d'affection.*

Corinne Coudereau – Maire de la commune de VALDOIE. EHPAD « La Rosemontoise - 17 morts. Le 6 avril 2020, elle invite à relayer son témoignage : *Les soignants me confient que les résidents, s'ils ne meurent pas du coronavirus, mourront de déprime et d'angoisse d'être coupés de tout contact avec l'extérieur.*

L'Avis du Comité Consultatif National d'Ethique.

Conscient des risques de ce confinement individuel, le ministère a sollicité le CCNE qui a rédigé une réponse le 30 mars dont nous avons extrait quatre points :

1) Le confinement doit être adapté aux capacités de chaque établissement.
2) Imposer un confinement en chambre aux personnes présentant des troubles cognitifs est extrêmement complexe et peut engendrer d'autres risques, notamment la décompensation psychique.
3) Faudra-t-il aller jusqu'à contraindre ces personnes en leur appliquant des mesures de contention, physique ou pharmacologique ?
4) Pour chaque situation, cette question doit être posée et la réponse élaborée en fonction du contexte spécifique, et impérativement le fruit d'une discussion préalable, interdisciplinaire et collégiale (quand les ressources humaines dans leurs multiplicités des compétences sont présentes au niveau de l'EHPAD).

Les expériences sur le terrain.

Une diversité de fonctionnement des EHPAD. Avec un objectif zéro virus inatteignable, avec l'objectif de réduire la mortalité, chaque EHPAD jongle au mieux avec les pénuries diverses, les consignes et les avis éthiques. Il en résulte une grande diversité de fonctionnements qui pourraient se résumer à trois types de fonctionnements. Des EHPAD appliquent strictement les consignes du confinement collectif et individuel. Des EHPAD isolent, mais pas tout le monde. Ailleurs, la vie continue, mais avec le respect des mesures de distanciation entre résidents.

La direction de l'EHPAD des Lierres. Elle s'est ajustée en faisant le choix intermédiaire. Ce choix a été librement communiqué. Un risque de contaminer. Une chance de maintenir le désir de vivre des résidents. Le pari de diminuer la mortalité par une stratégie qui ne va pas de soi tant que l'on ne connaîtra pas la cause des morts en EHPAD : morts par insuffisance respiratoire ou morts par mise en chambre d'isolement ?

Animation et activités. Les PASA, lieux d'animation et d'activité, étaient ouverts avant l'épidémie pendant quelques heures pour des résidents regroupés. Aujourd'hui, ils sont ouverts 10 heures sur 12, sept jours sur sept, pour des résidents en nombre restreint, à bonne distance les uns des autres (à PAU, à la résidence Les Lierres). Des résidents, aux côtés des soignants, vivent émotionnellement la situation, parfois au point de pouvoir dire : « qu'est-ce qu'ils sont forts nos soignants ».

Dépister et donner du sens. Dans le mot EHPAD c'est le D qui est important, D comme Dépendant. Les résidents, pour leurs besoins fondamentaux, ont besoin de contacts réguliers et rapprochés avec les soignants. Un pourcentage inconnu de soignants est porteur du virus. Tôt ou tard, malgré les meilleures précautions, le virus va rentrer avec eux dans les chambres des reclus. Face à cette complexité, trois stratégies ont été initialement discutées : tester personne, tester tout le monde, tester les personnes symptomatiques.

La stratégie de dépistage pour tous a été annoncée le 6 avril. *Le principe est le suivant : tester tous les résidents et tous les personnels à compter de l'apparition du premier cas confirmé de malade de coronavirus au sein de l'établissement. L'objectif, c'est de pouvoir s'organiser de la manière la plus sécurisée possible", a-t-il précisé. "Cela permettra notamment de regrouper les cas positifs au sein de secteurs dédiés au sein des EHPAD pour éviter la contamination des autres résidents. Cela permettra aussi de prendre des dispositions appropriées à l'égard du personnel, selon les résultats des tests*."

Un gériatre. *Les prélèvements naso-pharyngés peuvent être douloureux et expliquer en partie l'existence de faux négatifs. Cette stratégie aura encore plus de sens quand les moyens permettront de dépiter l'ensemble de la population.*

Robert Moulias. *Aussitôt que la disponibilité des tests et des masques le permettra, remplacer le confinement prolongé des contaminables par le confinement bref des contaminants sera plus efficace, plus logique, plus éthique, et, …plus économique.*

Aggravation avec un vécu d'injustice et de perte de chance. Pour les EHPAD ayant des résidents malades du covid19, dans la plupart des cas, dans un raisonnement de balance bénéfice–risque, le transfert à l'hôpital n'est pas accordé en priorité à ces personnes par ailleurs polypathologiques et fragiles. Cette particularité ne leur permet pas actuellement d'accéder ni à un encadrement plus médicalisé en cas de symptômes respiratoires pénibles demandant des réajustements réguliers, ni à une prescription dérogatoire d'hydroxychloroquine (permise grâce au décret du 25 mars parue au J.O du 26 mars) et autres traitements étudiés réservés aux hôpitaux sur décision collégiale encadrée. Les équipes mobiles de soins palliatifs, les équipes mobiles de Gériatrie, voire de Psychogériatrie peuvent apporter des conseils et une fonction tiers. Mobilisé plein temps sur le terrain hospitalier, cet apport précieux reste absent, ou rare, pour les EHPAD, le jour et encore plus la nuit. Les aggravations respiratoires brutales, potentiellement en nombre, à toute heure du jour et de la nuit, suscitent de multiples questions.

Une infirmière. *Ces questions méritent des réponses : si on refuse l'accès à l'hôpital des personnes âgées contaminées avec de graves troubles respiratoires : Que nous demande-t-on de faire ? Les soulager… qu'est-ce que cela veut dire précisément…*

Robert Moulias. *Il est des situations où imposer une réanimation respiratoire serait une violence inutile, une « obstination thérapeutique déraisonnable ». Ces situations relèvent de soins palliatifs. Il en est d'autres où il n'est pas justifié de faire perdre leurs chances de passer ce cap et de laisser mourir dans la pénibilité d'une asphyxie. Le seul âge chronologique n'est jamais un critère pertinent. Ce type de décision complexe relève de la méthodologie de la loi Leonetti - Claeyes. Elle correspond à une pratique décisionnelle utilisée dans de tels cas en réanimation et en gériatrie.*

Le décret paru au J.O. le 28 mars. *La spécialité pharmaceutique clonazepam - Rivotril® sous forme injectable peut faire l'objet d'une dispensation, jusqu'au 15 avril 2020, par les pharmacies d'officine en vue de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie.* Le président de la SFFG, le Pr Olivier Guérin a réagi : « Non, il ne s'agit absolument pas d'un cautionnement de l'euthanasie. (ce décret a fait suite aux difficultés d'approvisionnement du midazolam (Hypnovel°).

Le lien entre les EHPAD et les services de gériatrie et d'orthopédie. Il est aussi utile que le lien avec le service des urgences de l'hôpital. Ce lien permet aux personnes âgées d'éviter les attentes aux urgences et l'aval des urgences. Ce lien est l'objet d'expériences facilitées par la télémédecine.

Un gériatre. La télémédecine, c'est maintenant que cela devrait fonctionner ! Si des services de gériatrie et des EHPAD sont bien équipés et fonctionnels, il reste les autres lieux dans lesquels on fait avec une tablette qui vient d'arriver et un wifi très aléatoire.

Juridiquement. Dans ce contexte de pandémie et de consignes réactualisées en permanence, avec parfois des consignes contradictoires d'un jour sur l'autre (exemple des consignes concernant le port des masques), le risque juridique est sous-jacent. Du directeur à l'ASH, tous les professionnels, décideurs et accompagnateurs sont comme des ambulanciers sur un champ de bataille. Tous sont menacés d'être blessés. Un petit nombre le sont déjà. Différentes procédures sont en cours dans un monde où il faut trouver un responsable. Les plaintes émanent des familles, un exemple est celui de l'EHPAD de Mougins.

Elles sont possibles aussi du côté syndical. Enfin, il pourrait s'y ajouter, du côté des administrations, des plaintes visant le non-respect scrupuleux des consignes et leur discussion. Ainsi, les plaintes sur les professionnels de la gériatrie pourraient être nombreuses. Les professionnels de la gériatrie, les Directions d'EHPAD en particulier, devront faire face à un contexte difficile et inédit sur le terrain, mais en même temps, ils auront aussi à faire face, le plus souvent seuls, aux plaintes. Cette situation connue sous le nom de « double peine » peut majorer le niveau de stress dans les EHPAD. Le risque est que les équipes soient accaparées, envahies, épuisées par la nécessité de réfléchir à des discours administratifs défensifs de justification. Cela au détriment des accompagnements.

Pérennité du fonctionnement. Depuis l'annonce du 6 avril, tous les personnels devraient être testés. L'expérience des hôpitaux va servir aux EHPAD. A l'hôpital, au début, avant la vague, les professionnels avec un test positif étaient mis en arrêt pendant 14 jours et confinés à leur domicile. L'exigence de faire fonctionner les services a ensuite conduit à les faire revenir prématurément. En leur absence, quels auraient été les professionnels présents pour assurer le quotidien dans les services ? Face à la vague, les EHPAD pourraient ne pas réussir à fonctionner aussi bien que les services de réanimation. Comment trouver du personnel pour remplacer les absences ? Comment assurer le lever et le coucher, l'aide à l'habillage, l'aide au repas et à la toilette ? La réserve sanitaire pourrait-elle être à la hauteur des besoins ?

La diversité de la qualité du lien avec les ARS.

Les ARS ont le difficile travail de transmettre les consignes et de les canaliser pour assurer une cohérence territoriale, tout en encourageant les bonnes initiatives locales. La vague de morts frappant les EHPAD a eu pour effet de nommer « doctrine », les consignes sur le confinement individuel dans les EHPAD. Leurs publications, parfois vécues comme des injonctions paradoxales, ont entraîné une diversité de mise en œuvre.

Là ou des directions d'EHPAD ont demandé l'ouverture de discussions, d'autres sont allées au-delà de la « doctrine » en pratiquant un confinement individuel strict. Au point d'en arriver, ici et là sur l'ensemble de l'hexagone, à une mise en chambre d'isolement stricte.

Les décès comptés en EHPAD progressent avec un chiffre qui va probablement dépasser les décès dans la population générale. En l'absence d'exploration par un scanner des poumons, personne ne connaîtra les pourcentages de décès imputables au virus et ceux imputables à l'isolement strict en chambre.

Comment expliquer que des EHPAD aient pu mettre en œuvre un isolement strict en chambre ?

Une première explication est celle du « soin défensif », un terme proposé par Robert Moulias depuis depuis la création d'Alma*.

Une autre explication est une modalité de l'erreur humaine décrite par la loi psychologique de la soumission à l'autorité. Ce processus psychologique, exploré sans éthique dans les années 1960, a montré la possibilité de l'obéissance aveugle à la consigne.

Dans des circonstances exceptionnelles, c'est le cas en EHPAD aujourd'hui, chacun d'entre nous peut aller au-delà des consignes, même si les conséquences peuvent être dramatiques. Heureusement, ce risque a été identifié précocement. Le mot doctrine devrait être retiré. Les ARS demandent maintenant, tour à tour,

non pas d'enfermer tout le monde, mais de mettre en œuvre la sectorisation des personnes contaminées et des personnes non contaminées.

*Alma est l'acronyme d'Allo Maltraitances Personnes Agées, un dispositif créé par Robert Hugonot à Grenoble, étendu ensuite aux autres départements.

Après quelques rigidifications géographiques, la plupart des Directions d'EHPAD et des ARS ont retrouvé une circulation harmonieuse de la parole. Les ARS gardent une disponibilité d'écoute suivie d'encouragements pour continuer les bonnes pratiques éthiques, pluridisciplinaires et collégiales. Ces ARS confortent et réconfortent les familles, les professionnels et les directeurs. Ce lien particulier nous est précieux afin de faire remonter nos problématiques concrètes dans nos établissements, souvent nous sommes écoutés, aussi ce partage d'expérience n'a qu'un but : « dispenser une prise en charge qualitative auprès de nos concitoyens les plus vulnérables ».

Le cas unique des personnes âgées en Suède. *Il y avait ce vendredi 10 avril, presque 1000 décès pour notre population qui est de 10 millions d'habitants, une mortalité deux fois inférieure à la France. Les règles sont de garder une distance sociale d'au moins deux mètres, de se laver les mains aussi souvent que possible et d'écouter chaque jour à 14 heures radios et télévisions qui présentent une conférence de presse. Organisée par des experts associant des experts gouvernementaux et non gouvernementaux, ce plateau présente les actualités du jour. Il s'y ajoute ce qui est obligatoire, ce qui est recommandé et ce qui est possible.*

1) Ce qui est obligatoire. C'est le respect de quatre interdictions.
• Interdiction de tenir des réunions de plus de 500 personnes. Commencée le 11 mars, cette mesure a été étendue le 27 mars aux réunions de plus de 50 personnes impliquant la fermeture des stades de football, des théâtres, cinémas et lieux dans lesquels il ne peut y avoir de distance sociale minimale.
• Interdiction de rendre visite dans les maisons de retraite.
• Interdiction pour les magasins d'avoir une distance sociale inférieure à deux mètres. Cette distance dans les queues de magasins doit être obligatoirement marquée au sol par des bandes espacées de deux mètres.
• Interdiction pour les universités et les écoles de continuer les cours pour les élèves âgés de plus de 15 ans.

2) Ce qui est fortement recommandé. C'est une « quarantaine volontaire ».
• Rester à son domicile si l'on est âgé de plus de 70 ans et n'avoir aucun contact avec d'autres personnes, y compris avec sa propre famille. Se faire apporter les courses par sa famille, ses voisins et des bénévoles comme ceux de la croix rouge.
• Rester à son domicile si l'on a perdu son état de bonne santé (nez bouché, toux, maux de tête, fatigue, perte de l'odorat et du goût, fièvre, difficulté à respirer, …/… L'État prend en charge tous les frais d'arrêt maladie.
• Rester à son domicile pour travailler si cela est possible.

3) Ce qu'il reste possible de faire avec un respect d'une distance de deux mètres
• Travailler sur son lieu habituel dans un groupe inférieur à 50 personnes.
• Acheter dans tous les magasins qui sont restés ouverts.
• Manger au restaurant et boire dans les bars.
• Aller en classe pour les élèves ayant moins de 15 ans.

L'appel aux professionnels de la Gériatrie.

La ligne de front, s'est déplacée dans les EHPAD*. Elle bouscule au risque de faire perdre les repères habituels. Pour clarifier les conduites à tenir, il faudrait distinguer trois situations.

1) Les EHPAD dans lesquelles aucun cas n'est suspecté. La première angoisse est de voir apparaître le virus dans l'EHPAD. La deuxième est de voir apparaître des complications liées à un confinement individuel trop strict. Pour y faire face, en l'absence d'une capacité pour tester tout le monde, il faudrait tester en priorité les soignants et refaire ce test chaque semaine car la situation est dynamique. Il faudrait aussi limiter le nombre de médecins qui rentrent dans l'EHPAD.

2) LES EHPAD dans lesquelles deux premiers cas viennent d'être suspectés. Une étude a montré que leur transfert à l'hôpital permettrait d'éviter à un EHPAD sur cinq d'éviter la contamination de l'EHPAD. Après deux cas, ce transfert deviendrait inefficace.

3) Les EHPAD avec un nombre élevé de cas et de décès. Là, il faudrait pouvoir déculpabiliser les professionnels qui s'en veulent ou sont pointés du doigt pour ne pas avoir assez fait respecter les mesures barrières et avoir laissé déambuler des résidents. En raison de nombreuses formes non spécifiques, il serait conseillé de tester en priorité les résidents non symptomatiques pour les extraire de la zone non covid. De manière inattendue, mais logique, les admissions prioritaires, en unité EHPAD Covid+, pourraient être les personnes âgées ayant une sérologie positive, non contagieuses et protégées par leur immunité.

L'incertitude sur l'efficacité de la chloroquine** expose au risque de clivage de la communauté entre deux urgences : d'une part l'urgence à attendre des données ayant un haut niveau de preuves ; d'autre part l'urgence de ne pas laisser passer une chance de vie pour les personnes âgées des EHPAD où le ratio de mortalité peut aller jusqu'à une personne sur trois, décédée dans un espace-temps de trois semaines.

Dans ce contexte d'incertitude qui divise la communauté***, l'urgence partagée par tous est de se retrouver tous unis dans la diversité des approches sécurisées. Pour tous, le défi est de continuer à réfléchir, à faire circuler la parole et à agir ensemble pour diminuer la surmortalité en EHPAD.

* Les EHPAD et les autres lieux de vie collectif : foyers-résidences pour personnes âgées, foyers de vie, hébergements pour adultes handicapés, prisons

** L'incertitude sur l'efficacité de la bithérapie associant hydroxychloroquine et azithromycine est liée à la complexité de la situation associant plusieurs éléments.

1) Un résultat majeur de l'hydroxychloroquine : la diminution de la présence du virus dans le nez. L'incertitude est liée ici à l'absence de comparaison avec un groupe contrôle.

2) Le critère d'efficacité attendu d'un médicament est un effet clinique : moins de passages en réanimation et moins de décès : c'est le but de l'étude Hycovid, pilotée par Le Pr Vincent Dubée à Angers. Hormis l'absence d'azithromycine, elle semble cocher toutes les cases d'un essai conduit avec une méthodologie assurant un haut niveau de preuves. De manière inattendue, depuis le 3 avril, des difficultés sont survenues pour que les résidents d'EHPAD puissent accéder à ces essais cliniques.

3) L'absence de correspondance complète entre les résultats des tests naso-pharyngés et la présence de symptômes. La positivité pourrait être retardée et des faux négatifs sont causés par le prélèvement douloureux par l'écouvillon.

4) La possibilité de biais dans l'étude comparative avec tirage au sort publiée par Chen le 31 mars.

5) L'attente estimée à trois-quatre semaines pour avoir les résultats des essais thérapeutiques comparant des groupes, identiques grâce à un tirage au sort, mais traités différemment (placebo, hydroxychloroquine, anti-viraux, plasma de convalescents, interleukines, …)

6) Le faible niveau de preuves des études basées sur l'expérience : observation isolée de l'évolution d'un seul patient (Jean-Jacques Kujawa) ; observation isolée de l'évolution d'une communauté traitée (Zef Zelenko) ; observation de l'évolution de nombreux patients traités comparés au reste d'une ville (Marseille) ou d'un département (les Bouches-du-Rhône (comparaison avec un faible niveau de preuve, car les populations comparées, non tirées au sort, ont des caractéristiques différentes).
7) La situation des pays de l'Afrique ou l'épidémie semble contenue de manière inattendue, sans qu'une explication puisse être retenue avec certitude. Un des facteurs de protection, outre la chaleur, serait qu'une partie de la population soit en permanence sous traitement en raison du paludisme.
8) La situation des personnes traitées par la chloroquine depuis des années en raison d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'un lupus. Le ratio de mortalité par covid 19 n'a pas été publié.

Robert Moulias. Commentaire en guise de conclusion.

Depuis le VIH, puis l'EBOLA, puis le SARS, on pouvait craindre le retour de pandémies infectieuses qui ont régulièrement ravagé l'humanité au cours de l'Histoire. La dernière n'est pas la grippe de 1918 - 1919, mais l'épidémie de poliomyélite autour des années 1950 qui avait plus que saturé les unités de réanimation de l'époque, avec des malades jeunes. Paradoxalement pour l'EBOLA et le SRAS, l'extrême gravité a fait qu'il n'y avait que peu ou pas de porteurs sains pour disséminer. Avec le COVID19, nul ne pourra plus ignorer que le risque de pandémie persistera toujours.

Cette maladie a frappé d'abord les plus vulnérables d'un pays lointain qui a remarquablement désinformé, faisant croire que c'était une grosse grippe pas bonne pour les vieux. Seuls les Chinois savaient que c'était faux. Quand on s'est aperçu que les vieux mouraient plus, mais n'étaient pas les seuls, on a compris qu'aucun pays au monde n'était prêt, même les plus prospères, rendant ridicules tous les anathèmes.

Certains pays, Italie et France notamment, ont rapidement décidé de protéger toute la population en la confinant, d'autre ont commencé par décider de laisser courir l'infection, quitte à laisser mourir une part non négligeable de la population âgée et certaines populations handicapées. Cette option s'est vite révélée intenable, au vu l'augmentation de la mortalité. La grande Bretagne et les États-Unis ont alors viré à 180 °. D'autres pays sont resté plus dans cette attitude spartiate, sans beaucoup de confinement, d'élimination naturelle des plus faibles. La Suède a limité le confinement aux « personnes âgées » et aux personnes malades.

Les autres personnes à risques ne sont pas encore toutes définies. Certaines morbidités associées ont déjà été identifiées à tous les âges : insuffisance respiratoire ou cardiaque, chimiothérapie, greffe, hypertension artérielle et/ou ses traitements, habitude de fumer (tabac et cannabis). Les personnes ayant ces morbidités associées représentent la majorité des morts chez les moins de 65 ans comme chez les adultes plus âgés.

Pour la population âgée, comme d'habitude ce n'est pas l'âge chronologique qui est le facteur principal. A ce jour la doyenne des guéris du Covid19 est âgée de 107 ans. Ce sont les comorbidités physiques et /ou psychiques, les diminutions des réserves fonctionnelles (l'inactivité physique, mentale et sociale) et les handicaps associés qui potentialisent les risques.

L'institutionnalisation en EHPAD réunit des populations à risques maximaux. Des personnes dont les besoins en soins, notamment en « soins de vie «, étaient trop denses pour la poursuite du soutien à domicile, ce malgré les efforts du proche-aidant, assisté par les services d'aides à domicile.

Pour les EHPAD, quelques enseignements apparaissent déjà : la motivation, le travail collégial et les analyses des pratiques de l'équipe sont les facteurs de qualité et de sécurité principaux. On ne peut tout prévoir à distance. Tout protocole est inapplicable si l'on ne prévoit pas qu'il y aura nécessairement des exceptions auxquelles il faudra faire face.

La panique et le « soin défensif » des individus, comme des institutions, sont mauvais conseillers. Le Covid19 aura tué directement et indirectement. La façade d'avoir l'air de faire quelque chose va rassurer, mais elle peut faire négliger ce qui est aujourd'hui l'essentiel : le traitement symptomatique approprié de chaque cas. Ce traitement comprenant médicaments, soins de vie, accompagnement psychologique, maintien d'activités et de centres d'intérêt. Cela malgré les absences, les carences et la peur. Une peur réfléchie fait prendre les précautions, à la différence de la panique qui agite ou paralyse.

On peut être optimiste et voir deux effets positifs à cette catastrophe qui cause tant de morts :
- Enfin reconnaître que les métiers de la dépendance ne sont pas des « petits boulots », mais exigent des qualités humaines spécifiques, des formations, des apprentissages, des capacités d'improvisation et d'analyse de ses pratiques, mais aussi le plaisir de travailler dans l'humain et en équipe où on a besoin des savoirs de tous.

- Enfin reconnaître que le « Long Term Care » gériatrique a besoin d'études plus fines que des statistiques globales. La « personne âgée dépendante » n'existe pas. Il y a par contre des situations très différentes les unes des autres, sources de handicaps variés et se potentialisant. Ces personnes ne peuvent continuer à vivre chez elles en raison de la densité des soins, de leur isolement social et souvent de leur solitude morale. Elles nécessitent des soins différents, et non l'amalgame des « GIR » qui mélange tout. De cette crise, du recueil des expériences réussies et des échecs, vont pouvoir naître des études sur le « Long Term Care » où il faut associer soins médicaux, soins de vie, accompagnement psychologique et activités sociales dans un milieu fermé. Un « Care » bien plus complexe que le « Cure « en MCO, un lieu où il « suffit » de guérir.