

Mission relative à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement

**Recommandations destinées à permettre à nouveau
les visites de familles et de bénévoles dans les EHPAD :**

**Concilier nécessaire protection des résidents
et rétablissement du lien avec les proches**

Rapport d'étape n°2 remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé
par Jérôme Guedj, le 18 avril 2020



Centenaire d'une résidente à l'Ehpad Mas de Lauze à Nîmes le 14 avril



Activités physiques à l'Ehpad Quatre-Saisons à Bagnolet le 16 avril

Résumé synthétique

Jérôme Guedj a été missionné par le ministre des Solidarités et de la Santé le 24 mars 2020 pour proposer et coordonner des réponses à l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement.

Parmi les 42 recommandations, la proposition 20 du rapport d'étape n°1 remis à Olivier Véran le 6 avril portait sur la nécessité d'alléger les conditions de confinement en EHPAD tout en respectant les règles de protection sanitaire

Le 16 avril, le ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à Jérôme Guedj un approfondissement de cette proposition à travers la formulation de recommandations organisationnelles et opérationnelles.

Après concertation avec les parties prenantes, ce rapport d'étape n°2, remis le 18 avril, formule les observations et recommandations suivantes :

⇒ Des recommandations pour les Ehpads et les résidences autonomie, compatibles pour les établissements pour personnes handicapées ;

⇒ Un confinement devenu nécessaire dans les Ehpads au regard du risque de mortalité pour les plus fragiles ;

⇒ Des exceptions au confinement ont été mises en place dès l'origine, pour les situations de fin de vie et de détresse psychologique. Leur application doit être encouragée ;

⇒ Le confinement en chambre n'a jamais interdit le maintien d'activités de lien social au sein de l'établissement ;

⇒ Compte-tenu du retentissement délétère du confinement du point de vue psychologique et physique pour de nombreux résidents, le retour des familles, voire des bénévoles, est aujourd'hui indispensable et doit être préparé au sein de chaque établissement, à partir d'une impulsion nationale, selon les modalités suivantes :

1. Recueillir et entendre les besoins et les attentes des résidents

2. Recueillir la demande de la famille, proches et tuteurs : visite sur rendez-vous uniquement, après accord de l'établissement

3. Signature d'une charte par les visiteurs

4. Associer à cette démarche l'ensemble de la communauté de l'Ehpad : instances représentatives du personnel et conseil de la vie sociale

5. Age requis : personnes majeures, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent

6. Nombre de personnes par visite : 2 personnes maximum pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur ; 1 personne maximum pour des visites en chambre.

7. Prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale

8. Ouvrir progressivement ces possibilités à l'ensemble des résidents

9. La durée de la rencontre : de 30 min minimum à 1h

10. Périodicité des visites : au moins tous les 15 jours, pour tendre vers toutes les semaines

11. Enregistrer l'ensemble des visites dans un registre dédié

12. Mettre en place les moyens humains bénévoles permettant l'organisation et l'encadrement des visites (pompiers volontaires, protection civile, Croix Rouge, associations intervenant au préalable dans l'EHPAD)

13. Réfléchir et penser à l'accompagnement psycho-social des résidents avant et après les visites

14. Respect des gestes barrières et mesures de distanciation sociale

15. Garantir une double circulation : à aucun moment visiteur et résidents ne se croisent dans l'établissement. Les visiteurs ne doivent également pas être amenés à croiser d'autres résidents.

- passage obligatoire par un sas d'accueil et d'habillage/déshabillage ;
- lavage des mains et solutions hydro-alcooliques ;
- prise de température ;
- auto-questionnaire à remplir par les visiteurs pour confirmer l'absence de symptômes
- présentation de la copie d'un éventuel test de dépistage PCR ;
- port de masques chirurgicaux ;
- respect d'un circuit sécurisé de visite avec pour objectif d'éviter tout contact entre le visiteur et les résidents et les personnels de l'établissement ;
- distance physique d'au moins 1,50m, avec matérialisation (grande table, décoration végétale, éventuellement séparation mobile vitrée ou plexiglass) ;
- nettoyage des surfaces susceptibles d'avoir été touchées (et aération le cas échéant de la pièce) avant et après chaque visite, avec un produit de désinfection de surface.

La mission souhaite d'emblée que soit proscrit le terme de "parloir", raccourci sémantique évidemment connoté. On lui préférera "espace de convivialité", "vestibule", "espace famille", "rendez-vous famille", etc.

16. Privilégier la rencontre en extérieur pour que les visiteurs ne rentrent pas dans l'établissement : terrasse, jardin, cour, parking, selon les spécificités architecturales de l'établissement.

17. En deuxième intention, dans un espace dédié au rez-de-chaussée de l'établissement, avec entrée indépendante pour les visiteurs (salle de restaurant, accueil de jour, etc.)

18. En dernier recours, en chambre en raison de l'état de santé du résident, avec des conditions particulières

- Une seule personne à la fois ;
- Une durée plus réduite, à apprécier ;
- En cas de fin de vie, présence autorisée d'un mineur ;
- Equipements de protection individuelles requis systématiquement pour toute visite en chambre (pour résident Covid ou non covid) : masque, blouse, charlotte.

19. Moyens humains à mobiliser pour les établissements : 2 personnes par visite avec possibilité de recourir à des bénévoles formés et encadrés

20. Concilier respect de l'intimité et mise en œuvre des gestes barrière et de distanciation : entretien sans présence continue d'un professionnel de l'EHPAD.

Introduction

Par lettre de mission du 24 mars 2020, Olivier Véran a confié à Jérôme Guedj, ancien Président du conseil départemental de l'Essonne, la mission « *d'identifier les leviers qui sont aujourd'hui à la main des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de la société civile pour combattre l'isolement des personnes fragiles – c'est-à-dire, nos aînés et les personnes en situation de handicap - pour le temps de crise mais aussi pour la période qui suivra* ». Il lui demandait également « *de proposer et de coordonner un dispositif opérationnel de mobilisation* ».

La mission pilotée par Jérôme Guedj, composée d'une équipe opérationnelle de trente experts et acteurs de terrain, a procédé à plus de 100 entretiens en 12 jours et remis le 6 avril au ministre des Solidarités et de la Santé un rapport d'étape comprenant 42 propositions et une première série de recommandations opérationnelles.

Parmi celles-ci, la recommandation n°20 appelait à « **respecter le nécessaire confinement en chambre tout en permettant des aménagements au cas par cas** ». Elle indiquait plus spécifiquement : « *L'interdiction des visites en Ehpad prise le 11 mars, puis la décision de confinement en chambre le 28 mars, étaient deux décisions extrêmement douloureuses mais rendues nécessaires pour limiter la propagation d'une épidémie particulièrement mortifère pour les résidents des EHPAD. Le Comité consultatif national d'éthique le dit, dans son avis du 30 mars : les circonstances de propagation de l'épidémie rendaient ces mesures temporairement indispensables. Mais elles créent un risque affectif d'isolement pour les résidents tout en plaçant les professionnels, animés éthiquement par les exigences du soin et de l'accompagnement, devant un dilemme notable : "se dévouer pour soigner, avec le risque pour soi-même et les autres d'être infecté par le soin que l'on prodigue."* »

Ce dilemme est amplifié par la conscience aiguë des effets du confinement en chambre pour une grande partie des résidents. Entre la volonté de protéger du virus et le souci d'éviter le glissement ou le désinvestissement des résidents, au retentissement évident, tant psychologique que somatique (dépression, dénutrition, perte de mobilité, etc.), c'est en permanence un choix terrible pour les professionnels mobilisés. Si les familles comprennent le plus souvent la nécessité de ce confinement, elles plaident aussi pour une application avec tact et mesure. Comme le prévoyait d'ailleurs les recommandations ministérielles dès la mise en place du confinement : ainsi, dans les situations de fin de vie, ou en cas de glissement avéré, la présence d'un visage familier est nécessaire, pour une dignité dans l'accompagnement de la mort ou pour permettre de réassurer un résident qui glisse doucement.

Evidemment, ces adaptations sont conditionnées à un strict respect des gestes barrière par les familles, à leur équipement rigoureux en équipements de protection. La décision, comme le suggérait le CCNE, n'est pas un principe général, elle incombe à l'équipe médicale et à la direction de l'établissement. Surtout, la généralisation des tests en établissements doit permettre d'en faciliter la mise en œuvre. »

Le 16 avril, le ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à Jérôme Guedj d'enrichir cette recommandation et de détailler les modalités possibles de mise en œuvre. Une consultation avec les fédérations professionnelles, des gériatres, des directeurs d'établissements, des associations intervenant dans les Ehpad et des familles de résidents a pu être menée très rapidement entre le 16 et le 18 avril. La mission les remercie tous pour leur réactivité. Aux termes de ces échanges, et après avis de l'équipe opérationnelle de la mission, des orientations communes ont pu être identifiées. Ces recommandations concernent uniquement les modalités de reprise des visites

familles et des bénévoles, et non la question des soins et du retour encadré de certains professionnels.

Les principes directeurs qui animent ces recommandations, pensées pour un temps potentiellement long du fait de l'incertitude sur l'évolution de la pandémie, sont les suivants :

- aller à la rencontre des résidents pour entendre leurs attentes ;
- respecter les mesures sanitaires avec une extrême rigueur ;
- s'adapter au cas par cas selon les besoins du résident et à partir d'une évaluation pluridisciplinaire ;
- s'ajuster à la situation de l'établissement : situation par rapport au Covid, disponibilité des ressources humaines, configuration architecturale.

Il n'y a pas de caractère normatif aux recommandations suivantes, même si elles peuvent constituer un protocole-type, qui doit se décliner localement selon les spécificités de chaque établissement et les singularités de chaque résident.

Ces recommandations ont été pensées à partir des situations des Ehpad, mais, sous couvert de légères adaptations, sont susceptibles d'être appliquées aux résidences autonomie, et plus largement aux autres établissements médico-sociaux, notamment ceux accueillant les personnes en situation de handicap (FAM, MAS, etc.). C'est la raison pour laquelle cette recommandation est également adressée à Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées.

1. Un confinement devenu nécessaire dans les Ehpad au regard du risque de mortalité pour les plus fragiles

Le 11 mars, les visites des familles ont été suspendues. L'information ministérielle indiquait que des exceptions pouvaient être décidées pour des cas déterminés par le directeur d'établissement, sur la base des préconisations locales délivrées par l'ARS et la préfecture.

Le 14 mars, une instruction sous forme de foire aux questions de la DGCS est venue préciser ces situations exceptionnelles appréciées au cas par cas par le directeur : *"peuvent constituer des motifs d'autorisation exceptionnelle, sans que cette liste soit limitative :*

- *Une situation de fin de vie*
- *Une décompensation psychologique*
- *Un refus de s'alimenter qui ne trouve pas de réponse au sein de l'établissement"*

Le 27 mars, le Conseil Scientifique indique que *"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"* et appelle le gouvernement à adopter sur cette question un *"positionnement de principe, de nature politique"*.

Le 28 mars, le Gouvernement *"recommande très fortement"* aux directrices et directeurs d'établissement, en lien avec le personnel soignant, de renforcer ces mesures de protection même en l'absence de cas suspect ou confirmé au sein de l'établissement.

Après analyse de l'état de santé des personnes et des risques encourus, les directeurs d'établissement peuvent prendre des mesures de limitation des déplacements des résidents au sein de l'établissement pouvant aller jusqu'au confinement individuel en chambre. Ils doivent

en informer immédiatement les familles et veiller à éviter au maximum les effets indésirables de l'isolement. Le Gouvernement recommande également très fortement de prendre toutes les mesures de nature à limiter les risques de transmission par l'extérieur. C'est la seule instruction formulée sur le confinement en chambre. Il ne s'agit pas d'une mesure contraignante ou obligatoire, et pourtant elle est très largement appliquée.

Le 30 mars 2020, sur saisine du ministère des Solidarités et de la Santé, le Comité consultatif national d'éthique a rappelé plusieurs garanties fondamentales : le caractère temporaire et proportionné des mesures ; la nécessité d'associer les familles et des tiers extérieurs à la prise des décisions à forts enjeux éthiques ; l'importance fondamentale de la lutte contre l'isolement des aînés.

La mission souligne que les autorisations exceptionnelles de visite relatives à la fin de vie constituent une mesure dont les établissements doivent continuer à veiller à une mise en œuvre effective. L'accompagnement digne de la fin de vie et de la mort en période de confinement dans un Ehpad sont des attentes fortes et légitimes, des familles comme des équipes des établissements.

2. Le confinement en chambre n'a jamais interdit le maintien d'activités de lien social au sein de l'établissement

La mission souhaite rappeler que le confinement en chambre ne signifie pas pour les résidents l'interdiction absolue de sortie ou la fin de toute interaction sociale. Il faut ainsi tordre le cou à l'idée de la personne âgée enfermée et laissée pour compte. Il est apparu nécessaire de rappeler cette latitude car des applications exagérément drastiques ont pu être relevées. Fort heureusement le plus souvent, les équipes des établissements tiennent compte de la situation individuelle de chaque résident pour mettre en place des adaptations, et ce toujours dans le respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

Ainsi, l'interdiction des visites puis le confinement en chambre n'ont pas empêché depuis le 11 mars puis le 28 mars que des activités de maintien du lien social puissent se développer, même si leur mise en œuvre est particulièrement délicate. La mission salue ces initiatives et souhaite qu'elles s'amplifient :

Des activités au sein de l'établissement :

- Des « animations couloir » : organisation de cours de gym ou des jeux (bingo, loto, karaoké, mots croisés, etc.), chaque résident participant sur le palier de sa porte ;
- Des activités en petit groupe dans un local polyvalent de l'unité ;
- La diffusion de musique à chaque étage.

Des activités extérieures, lorsque l'établissement est doté d'un jardin ou d'une cour :

- Promenades individuelles, seul ou avec un professionnel de l'établissement ;
- Activité de jardinage avec distanciation renforcée ;
- Venue de coachs sportifs, musiciens, artistes ou animateurs, créant des dynamiques de partage auxquelles les résidents participent depuis leur balcon ou leur fenêtre ;
- Activités collectives avec distanciation sociale en petit groupe en extérieur ;
- Rendez-vous « chanté » : des personnels se réunissent pour chanter ou danser dans un lieu central (atrium, cour, allée), les résidents pouvant les écouter de leur fenêtre ou des balcons.

Le maintien de temps d'échange lors des repas :

- Déjeuner « de couloirs » : chaque résident est installé à l'entrée de sa porte le temps du déjeuner, et peut ainsi au moins voir sinon parler avec son/sa voisin.e ;
- En microgroupe, dans un local polyvalent ou une salle à manger d'unité, dans le respect des distances de sécurité : organisation des déjeuners avec quelques résidents, en « tournant ».

Garder un lien précieux avec l'extérieur :

- Téléphone ;
- Tablettes, Skype et l'ensemble des dispositifs de visioconférence permettant des retrouvailles virtuelles ;
- Déploiement d'outils numériques multiples, la mission avait pointé dans le rapport d'étape les besoins en la matière (équipement, connectivité Wi-fi et 4G) et poursuit ses travaux pour faciliter en période de confinement le déploiement des outils
- Mais aussi toutes les relations épistolaires ou attentions venues de l'extérieur de l'Ehpad (envoi de lettres, de dessins, de cadeaux et attentions pour les résidents, etc.)

3. Le retour des familles, voire des bénévoles, est aujourd'hui indispensable et doit être préparé au sein de chaque établissement, à partir d'une impulsion nationale

Les effets délétères du confinement pour les résidents des Ehpad

L'ensemble des professionnels interrogés soulignent que le confinement en chambre commence à être particulièrement pesant pour les résidents, et se traduit par l'apparition d'apathie, de déprime, de perte d'appétit, et dans des cas de plus en plus fréquents par un syndrome de glissement, un désinvestissement ou une détresse psychologique, se manifestant notamment par de la dépression, de la dénutrition, une perte importante de mobilité. Ces situations existent et persistent en dépit des efforts déployés par l'ensemble des professionnels et bénévoles intervenant en établissement pour maintenir du lien social et des activités par des modalités nouvelles. Ces conséquences seront d'autant plus préjudiciables que le confinement s'étalera dans le temps.

Les demandes de visites de la part des familles se font de plus en plus insistantes. Ces demandes, liées à des anxiétés prégnantes au sein de la société toute entière, soulignent l'importance de ce contact physique, a fortiori s'il était régulier auparavant : la rupture de ce lien est profondément déstabilisante. Et en dépit des efforts déployés, "un coup de téléphone ou un Skype ne remplacent pas une présence" est un aveu-supplique des résidents bien souvent entendu par les équipes et les familles.

La question du retour des bénévoles, notamment pour les résidents sans visiteur régulier ou avec des familles éloignées géographiquement, se pose également de façon aiguë dans de nombreux établissements. Elle est donc traitée selon les mêmes modalités que celles proposées pour le retour des familles. Le cas des représentants des cultes habitués à venir dans l'établissement procède de la même logique, d'autant plus importante dans les situations de fin de vie.

Les principes énoncés s'appliquent indifféremment dans des établissements présentant des cas de COVID comme dans des établissements n'en présentant pas. Le déploiement des tests dans

les Ehpad et la réorganisation interne qu'il peut permettre, notamment avec la création de secteurs dédiés, est un levier qui facilitera incontestablement et accélérera le retour en sécurité des familles dans un grand nombre d'établissements. En cas de cas de Covid avéré ou suspecté, le résident est forcément confiné en chambre ou dans une unité dédiée. Dès lors, comme pour toute visite en chambre, elle est soumise (cf infra) à des équipements de protection complets (masque, blouse, charlotte, etc.).

La mission recommande donc, au-delà des cas prévus aujourd'hui (fin de vie, situations de danger pour le résident), que le retour pérenne des familles (et de bénévoles) puisse être organisé selon les modalités suivantes.

La préparation de la visite

1. Recueillir et entendre les besoins et les attentes des résidents

C'est une évidence à toujours rappeler : la demande première procède de la volonté du résident. C'est lui qui décide ou à tout le moins doit être écouté, quelles que soient les difficultés qu'il peut rencontrer dans l'expression de sa volonté. Le droit à l'autonomie et à l'autodétermination des résidents, principes forts du projet d'accompagnement individualisé, ne sauraient être rognés à l'heure du confinement. Il s'agit ainsi pour les équipes de développer, de recueillir et d'entendre en premier lieu les besoins, les souhaits et les attentes des résidents, leurs éventuelles angoisses, incertitudes et questionnements, qui pourront déterminer l'organisation ou non d'une visite. L'intervention des psychologues est ici déterminante.

L'expertise et la connaissance par les équipes pluridisciplinaires des résidents dans l'incapacité de s'exprimer (troubles cognitifs, perte du langage, etc.) seront aussi nécessaires pour identifier ces besoins silencieux ou inaudibles mais pourtant tout aussi prioritaires.

2. Recueillir la demande de la famille, proches et tuteurs

On entendra par "famille", la famille au sens civique du terme mais aussi par extension ceux et celles que les résidents ont pu définir comme telle dès leur entrée (notamment via le recueil de vie à l'entrée ou lors de la visite de préadmission, les coordonnées des personnes à prévenir, définition de la personne de confiance, etc.). Ceux-ci appelés "proches" sont aussi considérés comme tels en ce qu'ils font office de "famille" lorsque celle-ci n'existe pas ou est trop éloignée, ou enfin estimés "proche" par consensus familial historique.

Des associations de bénévoles remplissent cette fonction en l'absence de famille (ex: les Petits Frères des Pauvres). A ce titre, ils doivent être considérés comme visiteurs autorisés.

Les tuteurs, du fait de leurs missions d'accompagnement dévolues par la loi et le juge des tutelles, doivent être autorisés à visiter leurs "protégés" résidents.

Les familles, proches, bénévoles et tuteurs doivent remplir une demande écrite de rendez-vous. Lors de cette prise de contact, il est pris soin de porter à leur connaissance les règles d'organisation de visite qu'ils doivent formellement s'engager à respecter. Un courrier, email, ou sms de l'établissement définissant la procédure, les conditions, la méthodologie, le jour et l'heure du RDV, ainsi que le lieu de la place de parking dédiée, doit être adressé aux familles en amont de la visite.

Ce document de rendez-vous constitue également la justification du déplacement à l'appui de l'attestation dérogatoire (4^{ème} motif de l'attestation dérogatoire) susceptible d'être présentée

aux forces de l'ordre. Celles-ci doivent être sensibilisées à cette faculté nouvelle (visite d'un proche résident en Ehpad).

3. Signature d'une charte dans laquelle le visiteur s'engage à respecter l'intégralité du protocole et des mesures sanitaires. Cette charte est essentielle pour créer un lien de confiance entre les établissements et le visiteur et responsabiliser ceux-ci.

4. Associer à cette démarche l'ensemble de la communauté de l'Ehpad

L'organisation de ces visites doit faire l'objet d'une information des instances représentatives du personnel (CHSCT ou autres instances équivalentes (CSE pour le secteur privé et CTE pour le secteur public) ou autres instances créées en lien avec la crise épidémique actuelle (ex: cellule de crise). Les membres du Conseil de la Vie Sociale doivent également être informés et associés aux dispositions mises en place, pour les porter auprès des familles et des résidents.

5. Age requis : Personnes majeures capables (plus de 18 ans, sauf en cas de fin de vie où un mineur peut être présent)

6. Nombre de personnes par visite : 2 personnes maximum pour les visites dans les espaces convivialité et en extérieur ; 1 personne maximum pour des visites en chambre.

7. Prioriser dans un premier temps les résidents pour qui le confinement a un fort impact sur la santé physique et mentale (critères énoncés par les psychologues, décision collégiale après avis du médecin et du cadre de santé). Idéalement, c'est aux termes d'une évaluation gériatrique psycho-médico-sociale et en tenant compte du projet d'accompagnement individualisé de chaque résident que cet exercice de priorisation, s'il est nécessaire, devrait être effectué. Les conditions parfois difficiles de fonctionnement des établissements du fait du Covid (indisponibilité de plusieurs ressources soignantes et non soignantes) entraîneront inévitablement une approche dégradée.

8. Ouvrir rapidement ces possibilités à l'ensemble des résidents, tant l'isolement affectif qu'ils connaissent et les signes de détresse qui se multiplient requièrent ce maintien d'un lien social en présentiel. Dans tous les cas, cette forme de visite doit être pensée par les équipes comme un élément du projet d'accompagnement individualisé. *A minima*, les visites programmées chaque jour doivent être enregistrées dans la rubrique "transmissions" du logiciel de soins de l'établissement.

9. La durée de la rencontre doit être adaptée en fonction de l'état de santé du résident, de ses souhaits, des disponibilités du personnel, et de la météo. Leur durée (30 min au minimum, 1h au maximum, sauf pour les visites en chambre d'un temps nécessairement plus réduit) détermine également le nombre des visites qui pourront être organisées.

10. Périodicité des visites : Compte-tenu des contraintes de sécurité, d'organisation, et de ressources humaines, il est envisageable de proposer une rencontre tous les 15 jours, et idéalement toutes les semaines, notamment si des ressources bénévoles peuvent être mobilisées pour épauler les professionnels de l'établissement dans l'organisation de ces visites. Cet objectif représente, pour un établissement de 80 résidents, l'organisation théorique (si chaque résident est concerné) de 6 visites par jour. Et en pratique probablement bien moins. Pouvoir permettre des visites à cette fréquence suppose un investissement humain conséquent ; la présence de bénévoles formés et encadrés peut aider à y répondre.

11. Enregistrer l'ensemble des visites dans un registre dédié, intégrant l'identité des visiteurs, le nom de la (des) personne(s) visitée(s) ainsi que le jour et les horaires de visites. Ce registre devra être archivé par la direction de l'établissement.

12. Mettre en place les moyens humains permettant l'organisation et l'encadrement des visites : dans un contexte d'effectifs souvent sous tension, il convient que les établissements définissent au sein de leurs équipes les personnels (professionnels du soin et de l'accompagnement, fonctions supports, agents de sécurité, etc.) à même de pouvoir soutenir l'organisation et l'accompagnement de visites dont la préparation et le bon déroulé requièrent un investissement conséquent pour les équipes, déjà sur-sollicitées. Il apparaît à cet égard intéressant de faire appel en première intention à des relais formés aux mesures de distanciation sociale et aux gestes barrières et bénéficiant d'un magistère moral rappelant l'importance des précautions sanitaires lors de la visite (pompiers volontaires, protection civile, Croix-Rouge par exemple). Des bénévoles encadrés ayant l'habitude d'intervenir dans l'établissement et déjà sensibilisés à l'accompagnement de la fragilité (Petits Frères des Pauvres, etc.) peuvent également être sollicités pour épauler les équipes, voire pour assurer l'organisation et l'encadrement des visites et ainsi soulager le personnel soignant. A l'inverse, il n'est pas recommandé d'investir des familles non formées ni encadrées dans le cadre de ce bénévolat.

13. Réfléchir et penser à l'accompagnement psycho-social des résidents avant et après les visites : ces visites sont susceptibles de créer chez les résidents des anxiétés, inquiétudes, questionnements ou frustrations. Il apparaît nécessaire que les équipes, dans la mesure de leur disponibilité, et notamment les psychologues dont l'intervention, déjà précieuse en routine, est encore plus déterminante dans ces conditions exceptionnelles, réfléchissent à l'accompagnement de telles situations susceptibles de créer de nouvelles fragilités. Il est intéressant à cet égard d'organiser des transmissions après la visite par les professionnels soignants, qui doivent être réalisées dans le logiciel de soins de la structure afin de signaler *a minima* : l'effectivité de la visite, l'effet produit chez le résident, les demandes et/ou propos recueillis auprès du résident et/ou du visiteur et éventuellement tout événement à signaler.

Le déroulement des visites : une application très stricte et rigoureuse des mesures sanitaires

14. Respect des gestes barrières et mesures de distanciation sociale, et rappel de l'ensemble des consignes avant et au début de la visite. Ce rappel ainsi que le déroulement de la visite figure dans le courrier ou mail de confirmation adressé aux familles.

15. Garantir une double circulation : à aucun moment visiteur et résidents ne se croisent dans l'établissement. Les visiteurs ne doivent également pas être amenés à croiser d'autres résidents.

> A l'arrivée

- passage obligatoire par un sas d'accueil et d'habillage/déshabillage à l'extérieur de l'établissement (tente ou barnum) ou à défaut pièce autonome en rez-de-chaussée avec accès indépendant (par exemple accueil de jour non utilisé, salle au rez-de-chaussée avec accès direct depuis l'extérieur) ;
- lavage des mains et solutions hydro-alcooliques (SHA) ;
- prise de température à l'aide d'un thermomètre sans contact, et vérification qu'il n'y pas eu de prise dans les 12h d'un traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, etc.) après avertissement préalable de cette mesure dans le courrier de rendez-vous aux familles ;
- auto-questionnaire à remplir par les visiteurs pour confirmer l'absence de symptômes (absence de signe respiratoire, de signe ORL aigu ou de signe digestif au moment de la visite et dans les 15 jours qui la précèdent) ;
- présentation de la copie d'un éventuel test de dépistage PCR ;
- port de masques chirurgicaux, apportés par les familles (nouveau masque à l'entrée dans l'établissement) ou mis à disposition par les établissements ;

> Pendant la visite :

- respect d'un circuit sécurisé de visite avec pour objectif d'éviter tout contact entre le visiteur et les résidents et les personnels de l'établissement (hormis ceux chargés d'accueillir et accompagner les visiteurs) ;
- respect strict des horaires indiqués pour la visite ;
- une seule visite par créneau horaire (et donc pas plusieurs familles en même temps), en tenant compte de la taille de l'établissement (possibilité de plusieurs visites si grand établissement) ;
- pour le résident, lavage des mains avant la rencontre et port d'un masque conseillé dans la mesure du possible.
- distance physique d'au moins 1,50m, avec matérialisation (grande table, décoration végétale, éventuellement séparation mobile vitrée ou plexiglass). Il s'agit autant de garantir la distanciation nécessaire que de rendre incontestable et non-culpabilisante l'impossibilité de se toucher, de se prendre dans les bras : "je ne le fais pas car c'est dangereux et interdit, pas parce que je ne le veux pas".

> Après la visite : application des mesures de nettoyage

- nettoyage des surfaces susceptibles d'avoir été touchées (et aération le cas échéant de la pièce) avant et après chaque visite, avec un produit de désinfection de surface ;
- respect du circuit des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : dépôt des masques après visite dans une poubelle appropriée ;

Le déroulement des visites : le lieu des rencontres et leur organisation

La mission souhaite d'emblée que soit proscrit le terme de "parloir", raccourci sémantique évidemment connoté. On lui préférera "espace de convivialité", "vestibule", "espace famille", "rendez-vous famille", etc. Sa configuration doit être chaleureuse, sa décoration soignée, en intérieur comme en extérieur. Il convient de veiller à ce qu'il ne soit pas visible par tous les résidents, pour prévenir des sentiments de frustration.

3 possibilités de lieu pour organiser ces rencontres, par ordre de priorité :

16. privilégier la rencontre en extérieur pour que les visiteurs ne rentrent pas dans l'établissement

A l'extérieur de l'établissement (terrasse, jardin, cour, parking, selon les spécificités architecturales de l'établissement). Cela suppose toutefois des conditions météorologiques clémentes et ne sera pas nécessairement soutenable dans la durée, selon les régions, du fait de potentiels épisodes de chaleur.

17. en deuxième intention, dans un espace dédié au rez-de-chaussée de l'établissement, avec entrée indépendante pour les visiteurs

A l'intérieur de l'établissement, dans un lieu ayant nécessairement une entrée indépendante avec l'extérieur (pour l'entrée des visiteurs) et une entrée intérieure (pour l'entrée des résidents, accompagnés des soignants ou bénévoles habilités). Les salons et salles de restaurant des structures sont fermés au public depuis le début du confinement et pourraient notamment constituer des espaces appropriés pour ces rencontres, de même qu'un éventuel accueil de jour.

18. en dernier recours, en chambre en raison de l'état de santé du résident, avec des conditions particulières

Certains résidents peuvent présenter des contre-indications médicales (maladie aiguë grave, fin de vie, etc.), mais aussi des difficultés de mobilité significatives, une situation de handicap, des troubles du comportement ou des troubles cognitifs importants qui ne leur permettent pas de se déplacer à l'extérieur de leur chambre. Dans cette situation, et uniquement dans celle-ci, il apparaît envisageable qu'un proche puisse leur rendre visite directement dans leur chambre. Cela suppose des modalités spécifiques plus strictes que celles détaillées dans le protocole commun, afin de créer un univers structuré et sécurisé au niveau des risques pandémiques :

- Une seule personne à la fois ;
- Une durée plus réduite, à apprécier ;
- En cas de fin de vie, présence autorisée d'un mineur ;
- Equipements de protection individuelles requis systématiquement pour toute visite en chambre (pour résident Covid ou non-Covid) : masque, blouse, charlotte.

19. moyens humains à mobiliser pour les établissements :

Deux professionnels (ou bénévoles habilités) sont mobilisés pour cette rencontre. Le premier accompagnant prend en charge les visiteurs à leur arrivée au sas d'accueil et vers le lieu de rencontre, extérieur ou intérieur. Le second accompagnant conduit le résident depuis sa chambre au lieu de rencontre ; ils sont mobilisés en amont et en aval de la rencontre, sur des temps brefs.

20. dans un esprit et principe de confiance entre l'établissement et les visiteurs, il faut concilier respect de l'intimité et mise en œuvre des gestes barrière et de distanciation Sauf demande expresse des résidents et des visiteurs et sauf si l'état de santé du résident le nécessite, le professionnel de l'établissement ou le bénévole ne sera pas amené à rester durant l'intégralité du temps de rencontre : ils seront présents au début, pour accompagner les visiteurs et les résidents, rappeler les mesures sanitaires faire un rapide bilan avec les visiteurs, les informer de l'état de santé du résident et répondre aux éventuelles questions qu'ils ont, et seront présents à la fin pour encadrer la fin de l'échange, répondre aux éventuelles questions finales et raccompagner les visiteurs et les résidents.

L'ensemble de ces préconisations supposent un travail de coordination en bonne intelligence entre l'ensemble des acteurs et le maintien d'une communication régulière entre l'établissement et les familles, pour que ces dernières soient régulièrement informées de l'état de santé des résidents, comprennent le caractère progressif de ces reprises de visites, ainsi que les contraintes et l'investissement humain conséquent des équipes que requièrent ces reprises de visite.

Remerciements

Ont été sollicités et ont contribué à l'élaboration de cette note : Marc Bourquin (conseiller stratégique à la FHF), Luc Broussy (directeur du Mensuel des Maisons de Retraite), Benoît Calmels (délégué général de l'UNCCAS), Sylvain Denis (Fédération nationale des associations de retraités), Philippe Denormandie (personne qualifiée au Conseil de la CNSA), Eric Frégona (directeur adjoint de l'AD-PA), Marie-Françoise Fuchs (association Old Up), Laurent Garcia (cadre de santé à l'Ehpad des Quatre saisons), Johan Girard (délégué national filière personnes âgées et domicile à la Croix-Rouge), Olivier Guérin (président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, adjoint au maire de Nice en charge de la santé et de l'autonomie), Christine Jeandel (présidente du Groupe Colisée, présidente du SYNERPA), Claude Jeandel (président du Conseil National Professionnel de Gériatrie), Séverine Laboue (directrice du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin), Laurent Levasseur (président du Directoire de Bluelinea), Dominique Libault (directeur de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale), Dominique Monneron (directeur Général de la Fondation Partage & Vie), Jacques Rastoul (animateur de réseaux d'élus de conseils de vie sociale inter-CVS dans l'Essonne), Robert Rocheblave (directeur d'établissements Korian), Jean-François Serres (référént national Monalisa), Jean-Christian Sovrano (directeur de l'autonomie à la FEHAP), Cédric Szabo (directeur général de l'Association des Maires Ruraux de France), François-Xavier Turbet Delof (directeur adjoint des établissements des Petits Frères des Pauvres), Annabelle Vêques (directrice de la FNADEPA).

Merci à Nicolas El Haïk-Wagner et Lola de la Hossieraye, étudiants à Sciences Po, qui m'épaulent dans cette mission.