



PRISE DE NOTES DE LA REUNION FEDERATIONS MS + HAD + CONSEILS DEPARTEMENTAUX

13 MAI 2020 – 14h

Mme Cayré, directrice générale adjointe, accueille les participants et réalise un point d'actualité général sur le déconfinement et la mise en œuvre du triptyque tester/tracer/isoler, qui est engagée :

- **Tester :** les informations continuent à remonter de la part des laboratoires de biologie, environ 300 points de prélèvements sont en place sur la région, pour une capacité maximale projetée de 20 000 tests par semaine (5 000 sont réalisés aujourd'hui). Nous aurons donc la capacité de tester l'ensemble des personnes symptomatiques se présentant chez le médecin traitant ou à défaut aux urgences et de réaliser un test à 7 jours chez les cas contacts des cas confirmés. Nous sommes donc en bonne situation pour engager cette politique, avec la montée en puissance progressive en cohérence.
- **Tracer (« Contact tracing ») :** le repérage se fera à trois niveaux :
 - o Niveau 1 : Médecin traitant recevant un patient symptomatique. Le médecin prescrit le test et commence à recenser ses contacts rapprochés.
 - o Niveau 2 : l'assurance maladie, qui recherche les contacts du cercle élargi du patient confirmé. En région, le réseau assurance maladie dispose d'une capacité potentielle de 450 collaborateurs mobilisés sur cette opération.

Ces deux niveaux ont commencé ce matin leur action, suite à la promulgation de la loi permettant et à la parution des décrets d'application. La montée en charge sera suivie quotidiennement.

- o Niveau 3 : l'ARS, en lien avec Santé Publique France, prend en charge le contact-tracing qui concerne les cas groupés dans une même unité de lieu et de temps, et le suivi de lieux sensibles, dont relèvent les établissements sociaux, médico-sociaux (PA, PH), crèches, écoles, centres de détention... : Ce tracing se fait dès le premier cas avéré.
- **Isoler (et suivre) :** l'ARS doit suivre l'isolement à domicile de l'ensemble des personnes COVID + ou cas contact ; l'organisation est en train de se mettre en place sur la base de textes parus ce matin ; le suivi téléphonique, compte tenu du volume, va être externalisé à une plateforme d'appel (déjà utilisée pour répondre aux appels entrants aux débuts de la crise). Des cellules territoriales d'appui vont par ailleurs être mises en place sous l'égide des préfetures qui vont piloter et suivre l'isolement des personnes qui le nécessitent dans des lieux tiers (hôtels, centres de vacances...) pour fragilité ou lorsque le confinement à domicile est impossible.

Tout cela se met en place. Dans ce cadre et concernant spécifiquement le secteur médico-social, la vigilance est appelée sur le fait que le contact tracing de niveau 3 sur le champ PA PH va utiliser le portail de signalement Voozadoo, qui reste l'outil de remontée des cas et donc doit absolument continuer à être alimenté.

Point de situation spécifique au secteur MS (Mme Christophe)

Retour sur les diffusions opérées depuis la dernière réunion:

- **FAQ régionale « Aide à la gestion de la reprise d'activité par les ESMS dans le champ du handicap »** élaborée par le groupe de travail coordonné par le CREAI : une première version a été diffusée, donne quelques premières pistes opérationnelles ; le document est en cours de revisite suite aux consignes nationales reçues durant le week-end, avec lesquelles il n'est en tout état de cause pas en contradiction.

M Marmont (CREAI) indique que le groupe de travail s'est à nouveau réuni ce matin, pour examiner les documents récemment diffusés, une actualisation du document va être faite rapidement.

- **Consignes nationales transversales :**
 - a. Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après confinement (fiche datée du 6/5) : consignes qui encadrent les conditions d'accompagnement de la reprise d'activité de l'ensemble du système de soins, en tenant compte des possibilités du système de santé (hospitalier, ville et MS) et en préservant sa capacité à faire face à une éventuelle nouvelle vague épidémique.
 - b. Doctrine nationale de recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte du déconfinement progressif (fiche datée du 6/5).

Retour sur les 3 types de masques :

- à usage médical (ou « masque chirurgical »)
 - dont l'usage, sur recommandations nationales et de l'OMS, doit être réservé aux professionnels de santé intervenant auprès d'un patient avéré ou suspecté, pour tous les soins qui ne génèrent pas d'aérosols,
 - mais aussi aux personnels d'entretien des structures de soins affectés au nettoyage des chambres ou équipements de malades avérés ou suspects, transporteurs de patients avérés ou atteints, opérateurs funéraires,
 - aux personnels des EHPAD intervenant auprès des résidents (malades COVID 19 et leurs contacts),
 - pour les personnes à très haut risque médical c'est-à-dire à vulnérabilité forte sur le plan médical en raison de leur état de santé, sur prescription médicale ;
- Masque FFP2 réservé aux professionnels de santé réalisant des gestes médicaux invasifs ;
- Masques grand public, réservés à un usage non sanitaire, destinés aux professionnels en contact avec le public (catégorie 1) ou pour protéger l'ensemble d'un groupe (catégorie 2). **Il est rappelé que ces masques grand public sont en dehors des circuits d'approvisionnement régulés par l'ARS.**

- **Consignes nationales secteur PA :**

Fiche nationale sur les changements liés au déconfinement pour les EHPAD (fiche du 10/05) : assouplissements progressifs du confinement tout en maintenant les mesures de protection, notamment sur le sujet des admissions (précision sur la réalisation d'un test diagnostic à J-2 ou J-1 avant admission, le résultat déclenchant l'admission), ou sur les interventions médicales ou paramédicales dans l'établissement (masseurs kinés, orthophonistes, en veillant à limiter les allers et venues) ou certaines animations (ex : activité physique adaptée). Dans tous les cas les gestes barrière et mesures de précaution doivent être respectés.

Ces éléments sont mis en œuvre sous la responsabilité du directeur, qui s'appuie sur son équipe (notamment le médecin coordonnateur). Les décisions de chaque directeur doivent tenir compte de la situation de l'établissement et de son environnement. Les accueils de jour et les plateformes de répit restent fermés, le Grand Est étant classé rouge. La formalisation d'un document de reprise d'activité comprenant ces modalités de déconfinement est recommandée, avec possibilité pour les DT ARS et CD d'en demander la transmission.

- **Consignes nationales secteur PH :**

Consignes et recommandations applicables au déconfinement progressif des structures PH (fiche du 09/05) :

- Doctrine nationale listant des repères à adapter en fonction des spécificités territoriales et des établissements, tenant compte du choix des personnes, de l'analyse individuelle situation/bénéfices/ risques , de la nécessité d'appliquer le droit commun aux PSH (ex : pas de condition de test de dépistage préalable à l'accompagnement ou à la réintégration en structure ; mesure dont le fondement est que le handicap en tant que tel n'est pas un critère de risque de forme sévère de Covid 19).
- Nécessité de formaliser un plan de réouverture progressive des structures qui avaient été fermées, à adresser à l'ARS.
- Reprise des éléments diffusés la semaine dernière sur les AJ/externats.
- Internats : assouplissements possibles en fonction de la situation de l'établissement.
- Organisation et accompagnement du répit ;
- Projets partenariaux permettant le soutien des situations complexes existantes avant le début de la crise ou aggravées pendant le confinement (avec en perspective les communautés 360). Il est rappelé qu'en Grand Est nous souhaitons nous appuyer sur les PCPE (les missions des Communautés 360 COVID se situent juste en amont). Nous avons eu l'information ce matin que le cabinet de la Secrétaire d'Etat PH envisage de faire démarrer ces communautés et la plateforme téléphonique nationale afférente à partir de début juin ; des réunions vont être programmées en ce sens, certainement dans chaque région (les acteurs seront tenus informés) ;
- Différentes annexes dont les lignes directrices relatives à la réouverture progressive et encadrée des interventions précoces et repérage/orientation/diagnostic TND par CAMSP, CMPP, PCO.

Pour info : réception du guide de déconfinement dans le secteur de la protection de l'enfance (compétence CD) écrit en miroir des consignes adressées par exemple sur la reprise progressive d'activité des externats PH

- **Plan d'actions DT pour l'appui à l'accompagnement MS et à l'accès aux soins pour les PSH.**
- **Enquête CNSA sur l'organisation de la continuité des accompagnements dans les ESMS PH et l'identification de coopérations qui ont pu se nouer au niveau territorial, dont la date limite était fixée au 6 mai.**

Compte tenu du taux de réponse (- de 10% de la cible au 11 mai), l'enquête a été prolongée jusqu'au 15 mai. A la demande de la CNSA, un rappel est en cours via les DT auprès des ESMS PH.

Réponses aux questions adressées en amont de la séance (réponses en bleu)

- **M. Vorms (UNA) :** Au sein de notre fédération, je suis interpellé concernant des tensions d'approvisionnements en matière d'EPI ; il semblerait que les fournisseurs habituels aient des difficultés pour fournir nos structures en gants à UU (principalement tailles M et L), détergents/désinfectants de surface, masques FFP2 et (comme déjà évoqué), surblouses. Savez-vous s'il existe des alternatives ou des solutions

Il y a effectivement de très forte tensions au niveau national et international sur les EPI, notamment masques FFP2, sur-blouses et gants.

Pour les masques FFP2 : au regard de la tension sur les stocks, la doctrine réserve ces masques aux réanimations et aux équipes de préleveurs dans le cadre de la stratégie de dé confinement. Il en va de mêmes pour les sur-blouses et les gants. Il est rappelé que l'utilisation des FFP2 n'est recommandée que dans le cadre de certains soins à risque d'aérosolisation ou invasifs sur les voies respiratoires. Dans ce cadre, les besoins de certains ESMS à ce sujet sont pris en compte dans les critères d'approvisionnement en Grand Est (les quantités sont toutefois très limitées, uniquement pour les soins le nécessitant).

Pour les gants, mêmes réponses que pour les FFP2.

Pour les sur-blouses, également limitées à certains soins, des alternatives existent, notamment pour les ESMS comme le port d'un tablier par exemple pour les toilettes, changes...quand il n'y a pas de risque d'aérosolisation. A noter toutefois que le ministère de la santé a informé les ARS, le secteur PA/PH et les CD de la demande faite aux centrales d'achat Résah et UnihA de s'unir pour faciliter l'achat de surblouses lavables et répondre aux besoins des structures, notamment MS. Le consortium a mis en place une plateforme (<https://surblouse-textile.fr>) permettant de passer commande et de comparer l'impact économique des deux types d'équipement (surblouses lavable ou à usage unique). Le CPIAS peut également être contacté sur les questions de bon usage.

Pour le matériel désinfectant : pas de stock Etat sur le sujet.

Mme Truchet (FHF) indique que des adhérents ont signalé de nouvelles difficultés d'approvisionnement en masques (une structure du 68 sur le secteur de l'enfance).

L'ARS n'a pas cette remontée, les livraisons se poursuivent, toutefois peut-être des difficultés ponctuelles sont liées à l'échelonnement des livraisons reçues suite aux demandes de l'ARS. Nous n'avons en tout état de cause plus d'inquiétude sur les livraisons quels que soient les circuits, si une difficulté ponctuelle se présente il faut la faire remonter précisément pour examiner la situation.

- M. Minet (président de la CSMS) : est soulevée la question du refus de certains directeur d'EHPAD d'organiser la visite des familles, ou dans des conditions ne permettant pas un réel échange avec le résident ; certaines familles s'en émeuvent et « accusent » les EHPAD de privilégier un isolement strict au 1^{er} signe en chambre pour préservation du COVID malgré des effets délétères de cet isolement sur les personnes (glissements, dénutrition). Une demande s'exprime sur des « droits de visites réels ».

Il n'est pas possible d'apporter une réponse absolue à ce type de questionnement et de risquer de porter caution à ce qui peut constituer une mise en cause grave de la gestion des établissements par des directeurs, comme leurs équipes, fortement mobilisés et soucieux du bien-être de leurs résidents. Il faut se garder en la matière de faire des généralités, sans méconnaître les demandes et inquiétudes des familles.

Il est rappelé que l'organisation des visites se fait sous la responsabilité des directeurs, qui ont à préserver les personnes âgées particulièrement vulnérables au COVID 19, tout en maintenant le moins mal possible l'accompagnement et l'attention à chaque personne au regard des effets potentiellement délétères du confinement. Les directeurs exercent cette responsabilité en concertation collégiale avec les soignants et notamment les médecins, en considération de la situation individuelle de chaque résident, de l'impact de l'épidémie dans l'établissement, des caractéristiques de l'établissement facilitant ou non l'organisation des visites dans le respect des gestes barrière et mesures de distanciation (locaux, personnel à disposition), de la situation épidémique du territoire dans lequel chaque EHPAD se trouve.

Les autorités nationales ont rappelé dans les consignes liées au déconfinement progressif que la sécurité des résidents doit rester le maître mot, tout en tenant compte du bénéfice/risque lié à la réduction des interactions physiques et sociales, dans un contexte où de fortes pressions sont susceptibles de s'exercer de la part des proches déconfinés pour augmenter les visites.

Il est de la responsabilité collective de continuer à protéger nos aînés en respectant les gestes barrières et la distanciation sociale. Les directeurs vont par ailleurs pouvoir apporter si possible de la souplesse au confinement des résidents à l'intérieur des établissements au regard par exemple des repas ou des activités collectives.

La conciliation des différents objectifs, qui sont par essence difficilement conciliables, doit amener à examiner les situations au cas par cas, et non sur la base d'une dénonciation « généralisante ». Il faut dans ce cadre faire remonter les situations précises rencontrées afin de les examiner à l'aune de l'ensemble des paramètres.

Autres échanges (réponses en bleu) :

- Mme d'Antonio (FNEHAD) : la question est à nouveau soulevée sur les conditions d'isolement des personnes cas contacts ou suspects, et notamment des professionnels de santé ou médico-sociaux : un personnel asymptomatique peut-il venir travailler si il est protégé ?

Cette question a été plusieurs fois remontée au national, nous n'avons toujours pas de réponse officielle à ce sujet.

- M Fabert (NEXEM) :
 - o On peut noter des incohérences ou à tout le moins des dispositions apparemment non concordantes dans les différentes doctrines concernant le port des masques, et notamment pour le port du masque dans les ESAT vs le port du masque chirurgical par les professionnels des ESMS. Qu'en est-il pour les ESAT ?

La fiche de consignes nationales sur les ESAT peut à notre sens être celle à utiliser spécifiquement pour ce secteur ; elle comporte la recommandation du port d'un masque grand public par les professionnels et les travailleurs.

- o Se pose la question de la réalisation de tests préalables à la réadmission en internat de personnes qui sont reparties dans leur famille durant le confinement. Une position a pu être prise par certains gestionnaires pour un testing systématique, ou pour un testing ciblé (ex : PHV)/

M. Fischer (CD 68) indique que dans le Haut-Rhin, avant la parution de la doctrine nationale, le CD se montrait assez réservé sur les retours, il faut faire très attention de ne pas faire entrer le virus dans un foyer, on ne maîtrise pas la vie qu'ont eue les personnes à domicile ; la position adoptée reste très prudente malgré les consignes.

L'ARS rappelle que le principe est que l'accueil en ESMS PH au retour du domicile ne peut être conditionné à la réalisation préalable d'un test de dépistage, l'accent étant mis sur le respect des consignes sanitaires ; ce principe est fondé sur le fait que le handicap ne constitue pas en soit un critère de vulnérabilité au virus.

Pour autant, certaines personnes présentent médicalement un état de santé les rendant vulnérables, et dans ce cas, si l'objectif est notamment de protéger une population fragile résidente en EMS PH (au regard des classifications du HCSP), il faut examiner la situation au cas par cas pour voir si elle entre dans les cas exceptionnels permis par la doctrine.

- M. Minet (Président de la CSMS) : tous les ESMS vont adresser à l'ARS leur plan de déconfinement, élaboré avec le personnel, les CVS ; ces plans sont le résultats de compromis, un accusé réception sera a minima adressé, des demandes de compléments ou d'ajustements sont susceptibles d'être énoncées par les autorités ; or, et ceci a fait l'objet d'une question énoncée dans le cadre du groupe de travail piloté par le CREAL, il serait important de savoir sous quel délai ces remarques peuvent être faites, et donc sous quel délai l'ARS considère que le plan de dé-confinement est conforme à ce qui est attendu (cet

accord étant important en ce qu'il aurait valeur de « quitus », rendant le document applicable). La demande serait a minima de disposer d'une règle selon laquelle sans réponse de l'ARS à x jours, cela vaut validation de principe.

Les différentes fiches nationales ne prévoient pas des dispositions analogues sur ce sujet. La fiche PA prévoit une communication possible du plan de reprise des EHPAD aux autorités, avec toutefois dans les départements « rouges » une obligation de l'élaborer et de le transmettre à ARS à sa demande. La fiche relative aux accueils de jour et externats PH prévoyait une transmission avant le 8 mai avec un retour ARS avant le 10. La fiche déconfinement PH prévoit un retour sous 3 jours qui pourrait laisser penser que le silence au-delà vaut approbation.

L'ARS n'envisageait pas a priori d'élaborer une réponse écrite et systématique, l'idée était plutôt que les DT ARS examinent les plans et reviennent vers les ESMS si besoin. Le volume et la difficulté à apprécier dans le détail la situation de chaque établissement est en effet un frein à une réelle validation totale des documents. Les questions sont celles de la faisabilité, et au-delà du niveau de responsabilité de chaque acteur.

M. Warin (CD 08) indique que dans les Ardennes le parti a été pris d'une validation conjointe ARS/CD). M. Fischer (CD 68) note également l'intérêt d'un regard tiers pour les établissements.

M. Marmont (CREAI) souligne que cet examen par les autorités est précieux pour garantir la bonne appropriation des consignes ; l'idée serait de se fixer un délai raisonnable pour ce retour, avec au moins l'assurance qu'une lecture transversale du plan a été faite et qu'aucun problème majeur n'est relevé.

Mme Cayré indique qu'une proposition permettant de trouver les bons équilibres sera faite.

NB Post-réunion. Compte tenu des échanges, un modèle d'accusé réception spécifique a été proposé aux DT, rédigé comme suit :

Madame, Monsieur,

Les consignes et recommandations nationales applicables au déconfinement progressif des structures médico-sociales accompagnant des enfants et adultes en situation de handicap prévoient l'élaboration et la transmission par le gestionnaire à l'Agence régionale de santé ou autres autorités de tutelle d'un plan de reprise progressive d'activité (en lien avec le plan bleu le cas échéant).

J'accuse le réception du plan de reprise progressive d'activité de votre structure dont la mise en œuvre est prévue à compter du

Je vous indique que mes services vont prendre connaissance de ce plan dans son équilibre général et ses lignes directrices.

Si aucun retour ne vous est fait sous jours, vous pourrez mettre en œuvre ce plan, dont les éléments détaillés relèvent de votre responsabilité.

En tout état de cause, mes services, en lien le cas échéant avec le conseil départemental, pourront être conduits à revenir vers vous si des ajustements et compléments étaient nécessaires, en amont ou au cours de sa mise en œuvre.

Je vous remercie de me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette reprise d'activité.

* * *

Fin des échanges.

Il est désormais proposé, compte tenu de l'évolution de la situation, de tenir des réunions tous les 15 jours, avec toutefois la capacité de réorganiser une réunion hebdomadaire si situation le nécessitait ou cela était justifié au vu des questionnements reçus.

Prochaine réunion le mercredi 27 mai 14h.