

Territoire concerné : Alsace / Champagne Ardenne / Lorraine

Renseignements sur l'auteur de la saisine

Nom :	X
Prénom :	Y
Fonction :	Cadre de santé
Service (si concerné) :	EHPAD
Etablissement :	Associations EHPAD - Lorraine
Adresse mail :	-
Numéro de téléphone :	

La saisine concerne *(plusieurs options possibles)*

- Un patient ou résident
- Les proches d'un patient ou résident
- Les soignants
- L'équipe ou l'organisation

Description succincte de la problématique éthique

Bonjour

Gestionnaire d'EHPAD, nous nous interrogeons sur l'isolement des résidents dans leur chambre en UVP quand un cas de COVID 19 a été découvert parmi eux.

Quelle position adoptée ? Quelles mesures pour les maintenir en chambre ?

Quelle réflexion bénéfique /risque ? sachant que le personnel portera des masques FFP 2 autant que possible

Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions

Cordialement

Date et heure de la saisine :

18mars 2020

Saisine : Le personnel soignant en EHPAD (souvent non infirmier) est amené à solliciter le médecin régulateur du Centre 15 pour une situation de détresse d'un résident. Dans quelle mesure la responsabilité du soignant se trouve-t-elle engagée pour motiver l'intervention ou non de moyens médicalisés ?

Question évoquée à l'occasion de l'entretien préalable avec l'auteur de la saisine.

Méthode de traitement de la saisine

La saisine a été adressée à l'ensemble des membres de la cellule de soutien éthique, avec le contenu de l'entretien préalable. Les participants ont eu 72 heures pour réfléchir à cette saisine. La plupart d'entre eux ont apporté une contribution écrite pour la saisine.

Il a été décidé de procéder en conférence téléphonique. On participé à cette conférence le 23 mars 2020 (durée 1H30) les personnes suivantes :

- **Amandine Andruchiw**, Philosophe, Reims
- **Olivier Debarge**, Juriste, Reims
- **Béatrice Delepine**, Biologiste de la Reproduction, Reims
- **Martine Derzelle**, Psychologue et Psychanalyste, Reims
- **Rachel François**, Secrétaire EREGÉ, Reims
- **Brigitte Frosio-Simon**, Psychologue, Chaumont
- **Anne Gilson**, Juriste, Reims
- **Jean Pierre Graftieux**, Anesthésiste-Réanimateur, Reims
- **Emmanuel Koerner**, Philosophe et Psychanalyste, Reims
- **Alain Leon**, Anesthésiste-Réanimateur, Reims
- **Alain Longuebray**, Chirurgien, Reims
- **Odile Yverneau-Noizet**, Pédiatre et Spécialiste Soins Palliatifs, Reims
- **Elisabeth Quignard**, Gériatre et Spécialiste Soins Palliatifs, Troyes
- **Véronique Reiter-Chenel**, Anesthésiste-Réanimateur, Reims.

Saisine : Le personnel soignant en EHPAD (souvent non infirmier) est amené à solliciter le médecin régulateur du Centre 15 pour une situation de détresse d'un résident. Dans quelle mesure la responsabilité du soignant se trouve-t-elle engagée pour motiver l'intervention ou non de moyens médicalisés ?

Éléments de réponse :

Les principaux éléments de réflexion sont tirés d'une note méthodologique et de synthèse documentaire « DLU : dossier de liaison d'urgence » de l'HAS en date de 2015, réactualisée en 2018 et disponible sur le site de l'HAS. Cette note rappelle tout d'abord qu'aucun des textes n'impose une organisation formalisée de la continuité de soins au sein des Ehpads. Cette organisation, quand elle existe, s'établit donc sur la base du volontariat des médecins. A défaut, ce sont souvent les systèmes de la permanence des soins, associations de médecins urgentistes libéraux ou le SAMU-Centre 15 qui sont sollicités pour répondre aux besoins de soins non programmés en Ehpads. Par ailleurs, les Ehpads ne disposent pas de poste d'infirmière de nuit, sauf exception. La nuit, le personnel ne se compose en général que de deux agents, souvent une aide-médecino-psychologique ou une aide-soignante et un agent non qualifié.

Il existe plusieurs niveaux de qualification pour travailler en Ehpads : infirmier diplômé d'état, aide-soignant, auxiliaire ou assistante de vie aux familles, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien et autres intervenants ; médecin gériatre et médecin coordonnateur...En fonction des établissements et des organisations la présence médicale ne couvre pas la totalité de la journée.

Les aides soignantes et les auxiliaires ou assistantes de vie aux familles sont probablement les personnels les plus nombreux en Ehpads. L'aide-soignant(e) accompagne les personnes dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (soins préventifs et curatifs, sécurité protection du patient). L'auxiliaire ou l'assistante de vie est directement en contact avec les résidents et est par conséquent la personne la plus à même de cerner les problèmes et difficultés qu'ils rencontrent chaque jour. Les auxiliaires de vie elles sont titulaires d'un diplôme de sauveteur secouriste. Il (elle) travaille en collaboration et sous la responsabilité d'un infirmier, le plus souvent, au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Les infirmières possèdent aussi un diplôme de sauveteur secouriste. Dans le cadre de leur rôle propre l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6 du décret n°2004-802 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Dans un rapport de la CNDEPAH, en 2019, la Conférence Nationale des Directeurs d'Etablissements pour Personnes Agées Handicapées met l'accent sur des chiffres de 2015 un ratio soignants/résidents déjà défavorable, et fait part de ses craintes vis à vis de l'augmentation prévisibles des résidents. Il existe à cette date une sous représentation des personnels qualifiés : 6,5 IDE pour 100 places, 33 aide-soignant non assistant de soins en gériatrie, 3,27 aide-soignant assistant de soins en gériatrie. Dans les EHPAD on doit donc prendre en compte la sous représentation de personnels qualifiés susceptibles de mettre en œuvre une procédure d'urgence. Dans ces conditions il est très difficile de s'en tenir aux données cliniques rapportées par ces soignants ; en dehors de données transmises par des appareils de

mesure automatiques (oxymètre, tensiomètre thermomètre...). Ces personnels ne peuvent donc prendre la responsabilité d'élaborer en temps réel un diagnostic et une évaluation clinique pour motiver ou non la prise en charge par le SAMU

Pour les Ehpad, un dossier de liaison d'urgence (DLU) a été proposé dès 2008 à la suite des épisodes de canicule des été 2003 et 2006. Il a été élaboré en concertation avec SAMU de France, l'Association des médecins urgentistes de France et la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad. La version de ce dossier en date de 2015 (disponible sur le site de l'HAS) propose par ailleurs une fiche de transfert de l'Ehpad vers les urgences, fiche qui a été conçue pour pouvoir être remplie par un aide-soignant. Le DLU est utilisé et nécessaire au médecin intervenant en urgence pour une prise en charge optimale du résident dans l'Ehpad ou dans le service d'urgence. Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors de situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Il doit être constitué pour tous les résidents de l'Ehpad. C'est le médecin coordonnateur qui s'assure de la création et de la mise à jour régulière de ce document. Il contient notamment des données telles que les notions de protection juridique, de directives anticipées, le nom de la personne de confiance, l'existence d'une installation en soins palliatifs (les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical), l'état psychique habituel et les handicaps et déficits. Il est accessible 24H/24H pour tous les soignants de l'Ehpad pouvant être amenés à gérer une urgence. Il sert donc de support de communication lors des échanges téléphoniques avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15. L'association à l'origine de cette saisine a mis en place un tel dossier dans les établissements.

La fiche de transfert ou de liaison d'urgence, comprend une partie qui contient des informations en rapport avec la situation d'urgence. Elle est remplie par un soignant de l'Ehpad et au besoin par un aide-soignant, notamment la nuit. Sur cette fiche figurent les principales constantes physiologiques : tension, fréquence cardiaque, température et l'état neurologique ainsi que les traitements habituels.

Avant toute décision de transfert d'un résident vers un service d'urgence, il est recommandé de contacter le régulateur du SAMU-Centre 15. Le DLU est le support de communication au soignant pour les échanges téléphoniques avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15. C'est le médecin régulateur du Centre 15 qui est en charge de la responsabilité de l'envoi, ou non, d'un moyen de transport, médicalisé ou non, pour la prise en charge du résident.

Du point de vue du groupe de réflexion, le soignant, dans ces circonstances, n'a pas de responsabilité dans l'évaluation de la fragilité du résident, dans l'évaluation du pronostic de la situation et en aucun cas il a la responsabilité de la décision. Sa préoccupation principale doit être de transmettre au médecin régulateur les informations du DLU et de compléter la fiche de liaison dont les éléments peuvent être transmis par téléphone, voir par informatique. A la charge du soignant de transmettre à l'entourage du résident l'existence du transfert.

L'utilisation de cette procédure ne remet pas en cause les obligations dues aux principes de confidentialité, principes ayant fait l'objet d'une information et d'une acceptation officielle à l'engagement du soignant dans l'établissement.

Bien entendu, les Ehpad ont intérêt à créer préalablement des relations de confiance avec leur service d'urgences de référence. Le document de l'HAS recommande d'analyser en réunion multidisciplinaire les retours d'expériences concernant l'utilisation du dossier et les transferts en service d'urgence des résidents.

En conséquences, le groupe de réflexion recommande avant tout la généralisation de l'utilisation des fiches de transfert et la transmission des éléments du DLU régulièrement mis à jour au médecin urgentiste et estime que la responsabilité du soignant réside dans le renseignement de la fiche de transfert et la transmission au médecin régulateur du SAMU-Centre 15 des informations contenues dans dossier de liaison urgence.

Amandine Andruchiw, Alain Leon.