

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### **Mission d'information de la conférence des Présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19 (pouvoirs d'enquête)**

- Audition de Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées (FNADEPA), et de M. Éric Fregona, directeur adjoint de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) ..... 2
- Présences en réunion..... 19

Mardi

28 juillet 2020

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 48

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de  
M. Julien Borowczyk,  
*président***



**Mission d'information de la conférence des Présidents sur  
l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions  
de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

*Présidence de M. Julien Borowczyk*

*La mission procède à l'audition de Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées (FNADEPA), et de M. Éric Fregona, directeur adjoint de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).*

**M. le président Julien Borowczyk.** Nous avons plusieurs fois évoqué, au sein de cette mission, la situation des établissements pour personnes âgées pendant la crise du coronavirus. Particulièrement vulnérables à la maladie et résidant dans des structures collectives au sein desquelles le virus peut se transmettre, les personnes hébergées en établissement ont été fortement touchées par l'épidémie. Les conditions de vie des résidents ont été affectées par l'isolement et l'absence de visites ; quant aux personnels médico-sociaux, ils ont eu à faire face, dans l'urgence, à des situations inédites, sans forcément disposer des équipements de protection nécessaires, qui sont d'abord allés vers les hôpitaux.

Nous souhaiterions avoir votre analyse de la situation telle que vos adhérents vous en ont fait part, des mesures qui ont été prises par les établissements ainsi que des points qui seraient à améliorer pour faire face à un risque sanitaire qui peut toujours se renouveler.

Je vais, conformément à l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, qui impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité, vous demander de lever la main droite et de dire : « Je le jure. »

*Mme Annabelle Vêques-Malnou et M. Éric Fregona prêtent successivement serment.*

**Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées (FNADEPA).** Nous avons fait face à cinq mois d'une crise sanitaire qui n'est pas terminée, dont trois mois particulièrement difficiles, pour les personnes âgées en établissement ou à domicile entre mars et mai. Celles-ci ont payé un très lourd tribut à l'épidémie : 90 % des décès concernent des personnes de 65 ans, avec un âge médian de décès de 84 ans, et près de la moitié des 30 000 morts que la France a compté étaient des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), décédés en établissement ou à l'hôpital.

Face à la situation sanitaire exceptionnelle, notre système de santé en général et l'ensemble des structures qui accompagnent les personnes âgées en particulier ont dû faire preuve d'une capacité d'adaptation considérable. En trois mois, l'ensemble de la chaîne sanitaire et médico-sociale a dû composer avec pas moins de quarante protocoles destinés aux établissements et aux services à domicile, qui ont exigé pour la réorganisation des structures une réactivité très forte de la part des directeurs et de leurs équipes. Je me dois de souligner ici la mobilisation exemplaire des professionnels : s'ils n'avaient pas pris une part considérable dans la gestion de cette épidémie et n'avaient pas fait preuve d'un engagement formidable et surhumain, nous déplorerions bien plus que les 15 000 décès qui ont été comptabilisés dans les EHPAD.

Différentes phases se sont succédé. En janvier et février, le virus nous paraissait loin. Ce sont nos collègues et adhérents de l'Est qui ont joué le rôle de lanceurs d'alerte, avant que nous prenions la vague de plein fouet, dans des conditions différentes selon les structures. Si certaines ont subi plus d'une dizaine de décès, d'autres n'en ont pas connu, mais tous les professionnels ont, autant que possible, fait barrage au virus, pour éviter qu'il n'atteigne les personnes âgées qu'ils accompagnent au quotidien.

Si l'on veut tirer des enseignements de cette crise, il faut commencer par identifier les difficultés auxquelles nous avons été confrontés et qui sont essentiellement de trois ordres : le manque d'équipements de protection individuelle (EPI), et en particulier de masques ; le manque de personnel, que nous ne cessons pourtant de dénoncer depuis des années et qui a abouti à des situations particulièrement tendues ; des difficultés organisationnelles, malgré la réactivité du système.

La crise a néanmoins apporté son lot de bonnes pratiques et révélé la grande plasticité de notre système de santé qui nous a permis de mettre en place des innovations fortes sur lesquelles nous souhaitons capitaliser pour l'avenir.

**M. Éric Fregona, directeur adjoint de l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA).** On savait que les personnes âgées seraient les plus durement touchées par la covid, compte tenu de ce que l'on avait pu observer à l'étranger, et notamment en Chine, mais aussi parce que, lors de la grippe hivernale, ce sont chaque année entre 10 000 et 11 000 personnes âgées vulnérables qui décèdent. En moyenne sur les six dernières années, il y a entre 4 000 et 5 000 décès lors des épisodes de canicule, sans que les Français s'en émeuvent plus que ça.

Nous avons appréhendé la situation avec calme, ce qui importe pour gérer la crise et l'incertitude. Comme Annabelle Vêques-Malnou, je tiens ici à rendre hommage au dévouement de l'ensemble des professionnels de l'aide aux personnes âgées, qui travaillent auprès de ces personnes, soit dans les EHPAD – qui ne sont que la partie visible de cet accompagnement –, soit, plus majoritairement, à domicile. Ces aides à domicile sont très peu valorisées : en effet, moins de 20 % des départements ont accordé la prime à ces professionnels, qui sont les grands oubliés de cette crise. Cette prime, nous insistons, leur est due, au même titre qu'aux professionnels travaillant en établissement.

Le confinement a été très mal vécu par beaucoup de personnes âgées. Si préserver la santé physique des personnes âgées était essentiel, s'assurer de leur santé psychique l'était tout autant, et c'est la raison pour laquelle nous avons demandé la saisine du Conseil consultatif national d'éthique, qui a autorisé l'adaptation du confinement dans les établissements pour personnes âgées, car il était inacceptable pour nous que l'ensemble des résidents soient confinés dans leurs chambres ; les mesures à prendre devaient être mesurées, discutées entre professionnels, avec les personnes âgées et leurs familles.

Pour ce qui concerne le matériel, il y a eu un retard à l'allumage et nous avons eu du mal à nous procurer des masques. En travaillant avec les équipes du ministère, les agences régionales de santé (ARS) et certains départements, nous avons pu en obtenir progressivement, ce qui a rendu la situation bien plus gérable. En cas de reprise de la crise, nous devons absolument anticiper cette question. Quels que soient les dispositifs mis en place à la rentrée, il est indispensable que les masques soient financés, et en quantité suffisante, pour tenir au moins jusqu'à la fin de l'année.

Nous avons travaillé en lien étroit avec le ministère de la santé, au rythme de deux réunions par semaine au plus fort de la crise, ce qui n'a pas empêché sur le terrain quelques retards, liés entre autres à la décentralisation et à la déconcentration. En outre, j'appelle votre attention sur le fait que certaines annonces faites au plan national ont parfois été très compliquées à mettre en œuvre dans les délais impartis : ainsi a-t-il été très difficile pour les professionnels d'organiser du jour au lendemain le confinement ou le déconfinement au sein des établissements, et cela a créé des tensions palpables entre les professionnels, les résidents et les familles.

**M. le président Julien Borowczyk.** Puisque vous avez évoqué le manque de moyens, j'aimerais votre avis sur la création de la cinquième branche de la sécurité sociale et son pilotage par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). J'aimerais également connaître vos propositions ou pistes de réflexion, dans la perspective de la loi sur le grand âge et l'autonomie.

Monsieur Fregona, vous avez évoqué les 10 000 personnes âgées qui meurent chaque année de la grippe. Ne s'est-on pas résigné trop rapidement à prendre cela pour un fait acquis, et ne devrait-on pas tirer des leçons de l'épidémie de coronavirus pour améliorer la prévention et la prise en charge de ces patients, de leurs soignants et de leurs familles ?

Dans le cadre des soins palliatifs, il a été décidé, pour pallier le manque d'Hypnovel, d'avoir recours au Rivotril. Pour le Dr Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'utilisation de ce médicament s'est faite dans le respect des règles éthiques. Le confirmez-vous ? Les représentants syndicaux que nous avons auditionnés, considèrent, eux, qu'il y a eu certaines défaillances dans la prise en charge médicale et que ce médicament a parfois été utilisé de manière problématique, notamment dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD). Avez-vous des témoignages d'adhérents en ce sens ?

Enfin, les statistiques concernant les décès dans les EHPAD ont été disponibles assez tardivement : faut-il revoir les procédures d'enregistrement des certificats de décès ?

**Mme Annabelle Vêques-Malnou.** La réforme du grand âge que tous les gouvernements nous promettent depuis plus de quinze ans doit impérativement se faire. L'un des aspects positifs de cette crise aura peut-être été de montrer qu'il n'est plus possible d'attendre.

Notre société vieillit, et nous ne nous sommes qu'au début de la vague de vieillissement démographique. Il est donc urgent de réformer durablement le système d'accompagnement des personnes âgées pour qu'elles puissent être chez elles, quel que soit leur lieu de vie, à domicile ou en établissement, et que les professionnels soient assez nombreux pour les accompagner au quotidien, au-delà des strictes nécessités médicales.

Pendant le confinement, nous avons tous souffert du manque de liens sociaux ; pour certaines personnes âgées, rester des journées ou des semaines entières sans voir personne est leur ordinaire. Lutter contre l'isolement est un véritable enjeu, que ce soit en établissement ou à domicile – je rappelle que seules 600 000 personnes sont hébergées en EHPAD, soit bien moins que les millions de personnes âgées en France.

Cet accompagnement est, à nos yeux, une priorité. Il faut augmenter le nombre de professionnels et, pour cela, renforcer l'attractivité de nos métiers : dans les conditions actuelles, si nous proposons 300 000 postes supplémentaires, ils ne trouveraient pas preneurs.

Certes, un grand pas a été franchi avec le Ségur de la santé, mais il faut désormais s’attaquer à la question de l’accompagnement à domicile, qui n’était pas incluse dans les négociations, et mettre très rapidement en œuvre la loi sur le grand âge.

La crise nous aura montré que les personnes âgées sont des invisibles. Vous évoquiez la résignation face au nombre de décès provoqués parmi elles par la grippe : nous avons pourtant envers ces personnes une responsabilité collective. Certains, notamment chez les plus jeunes, semblent ne plus vraiment se sentir concernés par le covid et ne portent pas de masque. Pourtant, nous devons collectivement respecter les gestes barrières, de même que nous devons tous considérer la vaccination contre la grippe comme une manière de protéger les plus vulnérables. C’est un enjeu qui réclame notre vigilance à tous.

En ce qui concerne les soins palliatifs, je n’ai personnellement eu aucun retour d’adhérents nous signalant des difficultés spécifiques avec le Rivotril ou l’Hypnovel. Je ne suis pas médecin, et cela dépasse mes compétences. Cela étant, la question de l’accès aux soins, et notamment aux soins palliatifs, s’est posée de manière aiguë dans les régions les plus en tension – je pense particulièrement à l’Île-de-France ou au Grand Est. Au plus fort de la crise, il a parfois été compliqué d’obtenir un avis médical ou une place en hôpital, mais la mise en place par le ministère de la santé de coordinations gériatriques, de dispositifs d’astreinte mutualisés ou d’équipes mobiles a apporté un vrai soutien aux équipes, en leur permettant de ne plus être seules face à la décision, dans un contexte où il était difficile de joindre le 15, complètement embolisé.

J’ignore pourquoi mais les dispositifs d’hospitalisation à domicile ont été sous-exploités. C’est pourtant une solution qui nous permet de bien accompagner les personnes prises en charge, notamment dans les établissements médico-sociaux. Y recourir davantage aurait été précieux et aurait permis d’éviter des hospitalisations en lit d’hôpital, alors que le système de santé traversait une situation extrêmement tendue. Nous plaçons donc pour qu’elle soit davantage développée à l’avenir, en particulier pour les personnes âgées.

En ce qui concerne les statistiques de décès, à ma connaissance, peu de pays ont produit des chiffres aussi précis que les nôtres et de manière aussi rapide. Il faut signaler qu’à côté de l’outil national dont nous disposons, l’ARS Île-de-France a réussi à imposer son propre outil – peut-être était-il plus complet –, ce qui a induit, dans un premier temps, une certaine confusion. Il me paraît donc important, en cas de crise sanitaire, de réaffirmer, dans un souci de simplification, le rôle de pilote central que doit jouer le ministère sur ces questions, même si les ARS ont certaines compétences en la matière.

**M. Éric Fregona.** Je confirme que nous attendons depuis plusieurs années une loi sur l’autonomie. Il faut absolument augmenter le nombre de professionnels en établissement et à domicile, ainsi que le confirme un récent rapport de l’OCDE, selon lequel la France est, en la matière, en dessous de la moyenne européenne. Ce n’est pas admissible, sachant que nous sommes le seul secteur – devant le BTP – dans lequel les accidents du travail et les maladies professionnelles sont en augmentation chaque année.

Une politique de saupoudrage ne sera pas suffisante, et c’est à un complet changement de paradigme que nous appelons, c’est-à-dire à une augmentation massive et rapide du nombre de professionnels – de l’ordre de 200 000 au bas mot –, en établissement et à domicile. Il faut également diversifier les recrutements et, au-delà des personnels soignants, créer des postes d’animateurs, de psychologues, d’accompagnants au sens large. Lancer une grande campagne de recrutement exigera certes des financements mais cela permettra également de faire reculer

le chômage et de relancer l'économie, puisque nous parlons d'emplois pérennes, non délocalisables et qui ont un sens social. Il y va de notre solidarité envers les personnes âgées.

De même que cela existe pour les personnes handicapées, qui disposent de représentants dans les instances nationales et locales, il faudrait également permettre aux personnes âgées de s'exprimer. Or il n'y a aucun représentant des personnes âgées ni au conseil de la CNSA, ni au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, ni au Conseil économique, social et environnemental, alors qu'elles auraient bien des choses à nous apprendre ; il nous semblerait utile d'en tenir compte dans le cadre de la loi sur le grand âge et l'autonomie.

Quant à la création d'une cinquième branche, c'est une très bonne nouvelle. Cela doit permettre de dépasser l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui ne couvre que les besoins primaires, c'est-à-dire le lever et le coucher, la toilette et les repas. Si l'on veut vraiment que le maintien des personnes à domicile soit la panacée, on ne peut se contenter des plans d'aide actuels, qui représentent en moyenne vingt-sept heures par mois, soit moins d'une heure par jour, sachant qu'il s'agit parfois de la seule présence humaine aux côtés de la personne prise en charge. Il faut donc faire en sorte de développer, par exemple, des emplois jeunes, pour aider au maintien de conditions de vie normale, dans lesquelles les sorties et les distractions aient leur place.

Non, à l'AD-PA, nous ne nous résignons pas au nombre de morts de la grippe, et nous nous en offusquons chaque année dans les médias. Il n'est pas acceptable qu'entre la grippe et la canicule, on recense en moyenne 15 000 morts par an chez les personnes âgées. Ne rien faire pour lutter contre cela, c'est s'accommoder d'une forme de discrimination par l'âge dans notre pays. Nous demandons donc que soit créé, dans le cadre de la loi, un observatoire de l'âgisme, permettant de repérer ces discriminations, dont on parle peu mais qui sont tenaces.

Pour ce qui regarde les soins palliatifs, on ne m'a fait part d'aucun problème particulier. La seule difficulté, mais elle a été cruciale, a concerné l'accès aux urgences et il m'a été rapporté que le grand âge avait pu, au cœur de la crise, être considéré comme un critère de non admission aux urgences. Or, ce n'est pas sur l'âge qu'il faut se fonder mais sur les chances de survie, qui peuvent être inversement proportionnelles à l'âge. Cela étant, le ministère a largement communiqué sur ce point, et nous en sommes satisfaits.

En ce qui concerne, enfin, les statistiques de décès, nous regrettons qu'on n'ait pas dénombré les décès survenus à domicile. Pour autant, les derniers chiffres de l'INSEE montrent que ce sont bien les personnes âgées en établissement ou bénéficiant de l'aide à domicile qui ont été le plus touchées, avec une augmentation de 50 % des décès de personnes âgées en établissement et de 30 % dans le secteur de l'aide à domicile, contre une hausse de seulement 20 % à l'hôpital. Même si, en valeur absolue, c'est à l'hôpital que la mortalité a été la plus forte, c'est bien, proportionnellement, notre secteur d'activité qui a été le plus touché, et je veux une nouvelle fois saluer le dévouement de l'ensemble des équipes.

**M. Éric Ciotti, rapporteur.** Puisque vous avez évoqué la mortalité liée à la canicule et à la grippe hivernale, votre association est-elle favorable, comme le préconise le président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à rendre obligatoire la vaccination antigrippale pour la saison prochaine ?

J'aimerais avoir votre avis sur la question des tests. Avez-vous le sentiment que la décision de tester a été prise avec retard, et que pensez-vous de la stratégie qui a consisté à

n'effectuer ces tests que dans les établissements qui comptabilisaient au moins un malade ? Cela a-t-il retardé la détection des malades et, si retard il y a eu, de quelle ampleur a-t-il été, selon vous ?

En ce qui concerne la prise en charge hospitalière, vous venez de dire que l'âge pouvait être un critère de refus d'accès aux urgences. Sur quels faits précis vous fondez-vous ? Outre que certains personnels nous ont fait part d'une prise en charge en effet difficile, les statistiques de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) font état, au pic de la crise, d'une chute assez importante de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dans les services de réanimation, puisque de 25 %, en moyenne, sur la même période des années précédentes, celle-ci est passée à 14 % sur le plan national et à 6 % en Île-de-France. Partagez-vous ce constat ? Comme avez-vous vécu et géré la situation ?

Les médecins coordonnateurs ont également évoqué les difficultés qu'ils ont rencontrées. En avez-vous eu écho ? En a-t-il été de même des directeurs d'établissements ? Y-a-t-il eu des disparités régionales ?

Enfin, s'agissant des services de soins à domicile, vous avez mentionné une moindre prise en compte de ce secteur. Peut-on parler d'un retard dans la compréhension de la gravité de la situation à la fois en établissement et à domicile ? Sur le terrain, j'ai eu le sentiment que la situation dans les EHPAD n'a pas été une priorité au début de la crise et qu'elle l'est devenue plutôt à la fin du mois mars et encore plus tard pour les services de soins à domicile – peut-être un temps précieux a-t-il été ainsi perdu. Je me souviens que, lors de réunions de la cellule départementale de crise des Alpes-Maritimes, des questions ont été posées à plusieurs reprises sur les moyens de protection des professionnels de ce secteur, auxquelles le délégué territorial de l'ARS n'a pas pu répondre.

**M. Éric Fregona.** L'AD-PA ne s'est pas formellement prononcée sur le caractère obligatoire ou non de la vaccination antigrippale, considérant que tel n'est pas son rôle, ce sujet relevant de discussions bien plus larges, notamment avec les partenaires sociaux.

Les tests sont arrivés trop tard. Il est évident que si nous avions pu tester plus tôt, nous aurions pu organiser un confinement plus ciblé. Sans doute n'avons-nous pas repéré, au début, les bons symptômes de la covid-19 et certaines personnes ont-elles été isolées alors qu'elles n'auraient pas dû l'être. Lorsqu'elles ont été testées, ensuite, et qu'elles ont été diagnostiquées positives, il a fallu les confiner à nouveau dans des chambres qui, en moyenne, font 20 mètres carrés. Imaginez les répercussions psychiques que cela peut avoir pour des personnes fragiles qui ne peuvent pas voir leur famille !

Nous avons toujours dit qu'il fallait tester tout le monde, et pas seulement les premiers cas déclarés. Nous avons insisté, en particulier, pour que l'ensemble des résidents en établissements et des personnes âgées vivant chez elles soit testé. Nous avons été surpris que des personnes puissent aller se faire tester dans des drives alors que tous les tests n'avaient pas été utilisés pour les personnes âgées. Si une nouvelle vague devait avoir lieu, notre secteur d'activité devrait être prioritaire, les personnes âgées ayant payé le plus lourd tribut au virus.

S'agissant des hospitalisations, nos adhérents ont souligné l'absence de protocole qui les contraignait à discuter à chaque fois avec les services d'urgence. Sans doute parce qu'ils ont été débordés, notamment en Île-de-France et dans le Grand Est, ces derniers ont préconisé de garder les résidents en établissement. De notre côté, nous avons toujours encouragé nos adhérents à faire valoir la nécessité de les faire hospitaliser le plus possible, les personnes âgées

devant être traitées comme les autres citoyens. Faute de protocoles sur lesquels s'appuyer, nous ne pouvons faire remonter que des ressentis.

Concernant les services de soins à domicile, Monsieur le rapporteur, vous avez raison : ils ont été complètement oubliés et ils ont pâti de retards dans tous les domaines. Comme ils ne sont pas financés par les ARS, ils n'ont pas bénéficié du circuit des groupements hospitaliers de territoires (GHT), pourtant très fluide, pour la délivrance des masques ; ils ont dû passer par les officines. Or, les pharmacies ne connaissant pas les services de soins à domicile qui travaillent sur le terrain, les stocks de masques ont donc bénéficié prioritairement aux infirmières et aux médecins libéraux. Nous avons insisté pour que les services de soins à domicile puissent passer par le circuit des GHT, mais il a fallu un mois pour cela. Si bien que, pendant un quart ou un tiers de la crise, nombre de professionnels ont pris des risques considérables en travaillant sans masque, ce qui est inacceptable. À ce jour, seuls 20 % des départements leur ont versé une prime, qui plus est la plupart du temps inférieure à celle dont bénéficient les personnels des établissements. Dans notre secteur d'activité, les services à domicile ont vraiment été laissés pour compte.

**Mme Annabelle Vêques-Malnou.** La FNADEPA n'a pas non plus de compétence particulière pour se prononcer sur la vaccination antigrippale, mais une réflexion doit être engagée sur son caractère obligatoire pour les professionnels de santé.

Il est évident qu'il importe de respecter l'ensemble des gestes barrières, d'autant plus que l'organisation des tests a, en effet, été retardée. C'est encore le cas localement, par exemple dans le Finistère, où la situation en ce moment est délicate. Des tests sont envoyés à Paris ou leur réalisation prend plus de temps que prévu. Pour nous, ce n'est pas anodin puisque nous sommes obligés de tester chaque nouveau résident quarante-huit heures avant son entrée en établissement. Il arrive que l'attente soit très longue, trois ou quatre jours, et qu'on laisse entrer des personnes isolées dans des structures. Le déploiement des tests constitue donc un enjeu considérable pour sécuriser les pratiques.

Il n'est pas non plus possible de tester tout le monde tous les jours. Le PCR est un test invasif, parfois douloureux, et peu de professionnels parmi ceux qui rentrent de congé acceptent d'être testés, d'autant plus qu'ils ne se sentent pas malades.

En ce qui concerne la prise en charge hospitalière et le critère d'âge, nous n'avons jamais obtenu d'instructions écrites. Les statistiques de la DGOS que vous avez mentionnées sont en effet éloquents. Les SAMU, je l'ai dit, étaient surchargés, nos appels n'aboutissaient pas toujours et, après plusieurs jours ou plusieurs semaines, notamment début mars, au pic de l'épidémie, certaines équipes se sont résignées. Les astreintes gériatriques, ensuite, ont permis d'améliorer la situation.

Les disparités régionales ont été réelles – je pense en particulier aux régions Île-de-France et Grand Est. Heureusement, des mesures rapides ont été prises en concertation avec nous : je rappelle que les visites ont été interdites dans les EHPAD et les autres établissements avant le confinement et qu'il a fallu organiser l'accompagnement psychologique et le maintien du lien social. Les équipes ont accompli un travail extraordinaire pour essayer de maintenir une vie la plus normale possible après la fermeture des portes, dans des espaces de 20 mètres carrés, alors que les résidents étaient privés de la visite quotidienne d'un conjoint ou de proches pendant six semaines. À cela s'ajoute qu'il a fallu apaiser certains d'entre eux, atteints de troubles cognitifs, qui ne comprenaient pas toujours ce qui se passait.



Les services de soins à domicile sont malheureusement passés après les établissements. On a tendance, lorsqu'il est question de personnes âgées, à se focaliser sur les EHPAD, mais ceux-ci n'hébergent que 600 000 résidents ; d'autres dispositifs d'accompagnement existent comme les résidences autonomie ou les résidences seniors. Nous avons dû nous battre quotidiennement, et nous continuons, pour faire savoir aux administrations centrales, régionales, départementales que de telles structures existent, que ces professionnels ont besoin de matériels, comme les services de soins à domicile qui accompagnent, d'ailleurs, la plupart des personnes âgées. S'il y a un enseignement à tirer de cette crise, c'est que nous avons besoin de matériels, de stocks de masques et d'équipements de protection individuelle conséquents dans chaque structure. Nous en avons pour faire face à des bactéries multi-résistantes mais peu nombreux sont ceux qui avaient imaginé une épidémie d'une telle ampleur et tous les établissements ne disposaient pas de stocks suffisamment importants. Nous constatons d'ailleurs toujours des tensions sur les gants ou les surblouses.

Avec d'autres organisations, nous avons écrit au ministre de la santé le 20 mars pour lui dire combien la situation dans les EHPAD était tendue, combien les personnes âgées en établissement ou à domicile sont un public fragile, une « cible » privilégiée du covid-19, et à quel point il était urgent de protéger les professionnels pour protéger les résidents.

Le circuit de distribution par les officines, comme l'a dit M. Fregona, n'a pas fonctionné pendant deux ou trois semaines, avant que l'État ne corrige rapidement le tir. Aujourd'hui, le système est bien rodé, l'État garantissant un approvisionnement en masques jusqu'à la fin du mois de septembre. Nous restons toutefois vigilants pour que ce soit toujours le cas si l'épidémie devait perdurer.

Les personnes âgées n'ont pas été identifiées comme étant la population la plus fragile. Légitimement, les établissements de santé ont bénéficié de nombreux moyens et ce n'est qu'ensuite qu'il en a été de même pour les EHPAD puis les services de soins à domicile et, parfois, les autres types de résidence.

Autre enseignement à tirer de cette crise : il faut privilégier la sécurité des personnes les plus vulnérables – personnes en situation de handicap, personnes âgées – et équiper les professionnels de santé qui les accompagnent de matériels de protection. Cela permettra aussi de préserver la santé de l'ensemble de nos concitoyens.

Avons-nous manqué de masques et d'équipements de protection ? Évidemment oui. La répartition a-t-elle été bien faite malgré la pénurie ? Oui, je le pense. La doctrine concernant les masques a beaucoup évolué – trente-cinq protocoles ! Au début de la crise, nous ne devions en porter que face à des personnes contaminées quand il aurait fallu en doter chaque professionnel. Aujourd'hui, la culture du masque s'installe dans notre société, ce qui est une bonne chose, et de justes priorités ont pu être établies en faveur des personnes susceptibles de transmettre la maladie.

**M. Jean-Jacques Gaultier.** Les terribles chiffres de la mortalité des personnes âgées sont probablement sous-estimés car, comme vous l'avez dit, les décès survenus à domicile n'ont pas été pris en compte et l'ensemble des décès a été répertorié assez tardivement – à partir du 1<sup>er</sup> avril dans le Grand Est.

De plus, les décès n'étaient imputés au covid-19 qu'après un test. Or vous avez rappelé les difficultés dans ce domaine, la directive du 16 mars du ministère de la santé les limitant à deux par EHPAD. À la maison de retraite de Cornimont, dans les Vosges, vingt personnes sont

décédées à la mi-mars après avoir eu les mêmes symptômes, mais seuls six décès – ceux des personnes qui avaient été hospitalisées – ont été imputés au covid-19. Disposez-vous d'une estimation plus fine sur le plan national ?

Enfin, quelles sont les procédures à suivre pour une personne qui souffrirait de détresse respiratoire dans un EHPAD ?

**M. Boris Vallaud.** Nous mesurons à quel point cette crise a été un choc anthropologique du point de vue de notre rapport au vieillissement, et qu'il faudra en tirer des conclusions.

Vous avez évoqué les difficultés de la prise en charge à l'hôpital. En cas de seconde vague, l'accueil d'un plus grand nombre de malades provenant des EHPAD réduirait-il la contamination au sein de ces établissements et favoriserait-il ainsi une meilleure gestion de l'épidémie ?

Avez-vous eu le sentiment d'une prise de conscience tardive des conséquences de la crise au sein des EHPAD ? Avez-vous lancé des alertes ? Quelles ont été les réponses de l'administration centrale ?

Enfin, combien de personnels ont été contaminés ?

**M. Bertrand Pancher.** Le Dr Reynaud-Lévy, de l'Association des médecins coordonnateurs en EHPAD, a mentionné ici même, le 21 juillet, des carences probables de soins dans les maisons de retraite, non en raison de leur fonctionnement mais faute de transferts dans les hôpitaux, et parce que les EHPAD ne sont pas équipés en matériels d'oxygénation suffisamment performants, puisqu'ils ne délivrent que 5 litres d'oxygène par minute. Cet aveu est assez terrible. D'après vous, l'insuffisance de soins au sein des EHPAD a-t-elle été réelle ?

**M. Jean-Pierre Pont.** L'interdiction des visites a été effective le 12 mars. Comment l'avez-vous préparée ? Des résidents ont-ils demandé à revenir dans leur famille ou, inversement, des familles ont-elles demandé le retour de leurs proches ?

La grippe et la canicule causent environ 15 000 morts chaque année. S'il n'y avait pas de vaccin, à combien le nombre de décès s'élèverait-il ?

**Mme Annabelle Vêques-Malnou.** Les derniers chiffres donnés par Santé publique France reposent sur les données cumulées depuis le 1<sup>er</sup> mars. Nous savons que la comptabilisation, dans le Grand Est, a été déficiente au début de l'épidémie puisque la définition des algorithmes a pris du temps et que plusieurs jours, plusieurs semaines ont été nécessaires pour adapter l'ensemble du système.

Je suis incapable de vous dire précisément combien de décès peuvent exactement être imputés au covid-19. Les statistiques de surmortalité de l'INSEE nous aideront à y voir plus clair dans quelques mois. Quoi qu'il en soit, l'outil dont nous disposons aujourd'hui est bien conçu.

J'ajoute que des décès survenus à domicile n'ont pas été imputés au covid-19 et que, dans certaines structures, l'origine de certains décès était considérée comme « douteuse » dès lors qu'il y avait eu un ou deux cas. Certains décès ont donc été imputés au covid-19 sans que l'on soit pour autant certain qu'il en soit la cause.

Les médecins coordonnateurs, en lien avec les équipes hospitalières, ont établi des protocoles sur la marche à suivre en cas de détresse respiratoire. Je l'ai dit, l'accès aux structures hospitalières a été très compliqué. Nous étions en relation directe avec les fournisseurs d'oxygène et, à ma connaissance, nous n'avons pas eu de carence à déplorer de leur part même si la situation a été un peu tendue. La DGOS a fait le point régulièrement avec les entreprises avec lesquelles nous travaillions.

L'accès au 15 était systématiquement demandé, avec les difficultés dont je vous ai fait part, en particulier durant les premières semaines. Depuis l'installation des coordinations gériatriques, cet accès a été facilité mais peut-être conviendra-t-il de différencier les lignes téléphoniques entre particuliers et professionnels de santé : c'est terrible, pour ces derniers, d'attendre longuement au téléphone une décision d'accompagnement ou de transfert. Je ne sais pas si les EHPAD ont été plus mal lotis que les autres professionnels de santé mais il est certain que les SAMU étaient surchargés par l'ensemble des appels.

J'espère que la seconde vague n'aura pas lieu mais je pense que nous sommes aujourd'hui mieux préparés. Personne ne pouvait avoir réalisé de simulations d'une crise aussi inédite et violente. Les établissements ont l'habitude de gérer des épidémies – grippe, gastro-entérite... –, les gestes barrières, les protocoles de désinfection sont bien connus mais cette crise a engendré des difficultés très particulières et a conduit les établissements à s'organiser d'une manière très spécifique. Aujourd'hui, nous disposons de matériels de protection, c'est une différence considérable, et nos liens avec les équipes hospitalières ont été renforcés.

Les centres de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) ont aussi donné d'immenses coups de main aux structures, localement, afin de les aider à adapter leurs protocoles.

À la demande du ministère de la santé, nous avons aussi installé localement des unités covid-19 en réorganisant certains locaux. Reste qu'un EHPAD médicalisé n'est pas un hôpital ; il ne dispose ni des mêmes matériels, ni des mêmes compétences et le renfort de l'hospitalisation à domicile sera précieux, en espérant que les gestes barrières nous préserveront d'une deuxième vague.

Les EHPAD n'ont peut-être pas été les premiers à être dans le viseur des autorités. Nous avons toutefois eu une réunion dès la fin du mois de février avec le ministère et nous avons, par la suite, été en lien direct avec les pouvoirs publics plusieurs fois par semaine, voire plusieurs fois par jour. Je sais qu'il en a été même dans les territoires avec les ARS. Il a fallu quelques jours, quelques semaines parfois, pour que la machine se mette en marche dans tout le pays. Nous voyions bien ce qui se passait en Italie mais nous ne pensions pas que l'épidémie se répandrait aussi vite dans notre pays. Les établissements du Grand Est, tôt touchés, ont été des lanceurs d'alerte.

Selon le dernier point épidémiologique de Santé publique France, il y aurait eu, depuis le 1<sup>er</sup> mars, 20 500 cas confirmés parmi les personnels du secteur médico-social, dont 16 590 pour les établissements pour personnes âgées. Ce chiffre est élevé, et je ne sais s'il est sous-estimé – du fait des difficultés d'accès aux tests, nous sommes peut-être passés à côté de certains cas. Les professionnels ont tout fait pour faire barrage au virus. À partir du moment où les établissements ont fermé leurs portes aux visites et où les personnes âgées se sont confinées à domicile, le principal risque de contamination provenait d'eux et tous craignaient d'être des vecteurs. Nous ne rappellerons jamais assez l'importance des équipements de protection.

Plutôt que de parler de carences de soins, je dirais que nous avons surtout manqué de personnels. Nous n'avions plus de bénévoles pour nous aider, même si nous avons bénéficié dans un second temps de ceux de la Croix-Rouge, et les familles ne pouvaient plus venir. Les équipes ont déployé une énergie incroyable pour accompagner aux mieux les résidents, notamment grâce aux moyens numériques, mais la nouvelle organisation a imposé des contraintes supplémentaires : c'est dans chaque chambre qu'il fallait apporter les repas et faire les animations. Même en temps normal, nous disposons de peu de professionnels : il y en a 6,5 pour 10 résidents en France contre 8 pour 10 dans les pays voisins. Compte tenu des difficultés d'accès aux tests au début de la crise, les professionnels présentant des signes ont été mis en quatorzaine et chaque directeur se demandait comment il allait pouvoir faire face aux arrêts maladie. La réserve sanitaire a été très utile, mais toutes les structures n'ont pu y avoir accès facilement. Les responsables de résidences autonomie ou de résidences seniors, qui ne relèvent pas des ARS, ont dû taper du poing sur la table pour obtenir une aide. En cas de crise sanitaire, il faut que les ARS apportent leur soutien à l'ensemble des structures.

L'interdiction des visites a dû être organisée en quelques heures. Outre que cela n'a pas été sans poser de difficulté, elle a été diversement perçue par les familles. Certaines ont pu être rassurées qu'un cocon se forme autour de leurs proches mais d'autres redoutaient le huis clos : ce qui se passe derrière des portes fermées suscite tout un imaginaire. Des familles ont même pris leur parent auprès d'elles, même si ce choix n'était pas exempt de difficultés : les personnes que nous accompagnons sont souvent très âgées et souffrent d'une forte perte d'autonomie, et les interventions des services à domicile étaient limitées aux soins prioritaires.

Sur le nombre de décès en l'absence de vaccins contre la grippe, je ne suis pas en mesure de vous répondre. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ou des épidémiologistes seraient plus à même de faire des simulations.

**M. Éric Fregona.** Pour cerner la surmortalité, il faut comparer le nombre de décès entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 mai 2019 à ceux qui sont intervenus dans ce même intervalle en 2020. De manière globale, on a observé une diminution des accidents de la route du fait du confinement, mais, selon les chiffres de l'INSEE, les décès ont augmenté de 50 % dans les établissements pour personnes âgées et de 30 % dans le secteur de l'aide à domicile.

Ce n'est pas à nous, directeurs d'établissement, de compter ces morts ; notre rôle est d'agir et d'accompagner les personnes comme si elles étaient chez elles. Nous n'avons pas vocation à transformer nos 7 000 établissements en petits hôpitaux avec des personnels en blouse blanche. Que certains soient plus médicalisés et offrent des consultations techniques sur un territoire donné pourrait répondre à des besoins de santé, mais nous estimons que les Français aspirent dans leur grande majorité à rester chez eux ou dans un environnement qui rappelle le domicile. Cela implique que les personnes âgées résidant dans des EHPAD – avec cet horrible « D » de la dépendance qui n'a rien d'attrayant – puissent avoir accès aux urgences hospitalières comme tout un chacun. Les établissements ne disposent ni des équipements nécessaires ni de personnels en nombre suffisant pour pratiquer une oxygénothérapie de même niveau qu'en milieu hospitalier.

**M. Bertrand Pancher.** Le Dr Odile Reynaud-Lévy, la semaine dernière devant cette commission, a dit qu'il y avait eu des carences probables de soins dans les EHPAD, liées non aux personnels, dont l'engagement a été exceptionnel, mais au mauvais fonctionnement de la passerelle avec les hôpitaux. Le confirmez-vous ?

**M. Éric Fregona.** Je confirme qu'il y a eu des difficultés pour accéder aux urgences par le 15. De nombreux adhérents nous l'ont signalé, notamment en Île-de-France, mais seulement pendant une certaine période, qui correspond au pic de l'épidémie. Les hôpitaux ont estimé qu'ils avaient déjà tellement de cas à prendre en charge qu'ils n'allaient pas envoyer des personnels dans les établissements pour personnes âgées, ce qui n'est pas acceptable.

Nous pensons que les Français souhaitent que la majorité des établissements se transforment en de véritables domiciles et que quelques-uns seulement soient médicalement équipés. La loi sur le grand âge et l'autonomie devra répondre à leurs attentes.

Si la seconde vague se conjugue à la canicule, il faudra immédiatement débloquer des renforts. Les personnels sont épuisés, directeurs compris, et beaucoup sont en vacances.

Quant à la prise de conscience, je dirais qu'elle a peut-être pris deux semaines. Dès lors que nous avons appelé l'attention du ministère, nous avons obtenu des réponses très rapidement. Nous avons été écoutés tout au long de l'épidémie. Nous n'étions pas tout le temps d'accord sur les préconisations, mais nous avons collectivement réussi à faire face à la crise.

Nous avons fermé les portes des établissements à contrecœur et certaines familles n'ont pas pu revoir leurs proches décédés. La panique collective était telle que les protocoles du début interdisaient même que le visage du défunt soit découvert dans la chambre mortuaire.

Notre association estime que nous aurons à faire face à des situations post-traumatiques analogues à celles qui suivent un attentat. Nous nous attendons à des décompensations bien après l'épidémie chez les personnes âgées qui n'ont pas encore pris pleinement conscience de la situation, mais aussi chez les professionnels. Certains refusent de partir en vacances pour se tenir prêts, en cas de canicule notamment, mais il faut absolument qu'ils puissent faire une coupure, et les congés ne suffiront peut-être pas à éviter toute répercussion psychologique. Nous restons très vigilants.

**Mme Josiane Corneloup.** Certains directeurs d'ARS ont interdit aux directeurs d'hôpitaux et d'EHPAD de communiquer aux élus et aux familles le nombre de décès et de cas de contamination. Avez-vous eu connaissance de telles directives ? Ne pensez-vous pas qu'elles ont nui à l'accompagnement des résidents, compte tenu des disparités entre établissements ? Si nous avons eu connaissance des difficultés particulières auxquels certains étaient confrontés, peut-être aurions-nous pu renforcer les moyens dont ils disposaient.

La visibilité était moindre encore pour les personnes âgées à domicile. Du fait du manque d'équipements de protection individuelle, celles-ci ne bénéficiaient plus de l'intervention des kinésithérapeutes ou des orthophonistes et des personnels des services d'aide à domicile, qui ont dû attendre trois semaines pour obtenir des masques en pharmacie. Privées également des visites de leurs familles, elles se sont retrouvées complètement isolées, aux prises avec l'angoisse. Ne pourrait-on imaginer de renforcer les liens entre services d'aide à domicile et EHPAD pour réduire cet isolement ?

**M. David Habib.** L'impression partagée par beaucoup de Français que les EHPAD ont été oubliés risque de les rendre moins attractifs, Quels efforts êtes-vous prêts à déployer en termes de communication pour changer cette image ?

Dans mon département, pourtant préservé, l'ARS a voulu cacher les chiffres. À chaque visioconférence avec le préfet, c'était silence radio du côté de l'agence. Il fallait insister deux à trois fois pour obtenir des précisions. Comment avez-vous réagi face à cette chape de plomb ?

Notre commission a reçu plusieurs documents issus d'hôpitaux et d'EHPAD demandant qu'une distinction soit établie entre EHPAD publics et EHPAD privés. Avez-vous observé des différences ?

Comme les familles avaient interdiction de se rendre dans les EHPAD, elles ne pouvaient obtenir des informations que par téléphone. Il m'a été demandé de mettre en place une plateforme téléphonique parce que les personnels des établissements ne pouvaient prendre en charge les appels. Avez-vous des suggestions à nous soumettre sur ces aspects très pratiques ?

**Mme Annaïg Le Meur.** Quel a été le lien entre EHPAD et médecine de ville pour gérer les pathologies chroniques ? Les mots d'ordre selon lesquels il ne fallait pas intervenir dans les EHPAD ou à domicile dès lors que les soins n'étaient pas urgents ont-ils conduit à une rupture de la continuité des soins ? Si oui, quelle est son incidence dans la surmortalité observée ?

**M. Nicolas Démoulin.** Aviez-vous eu connaissance de la doctrine de 2013 selon laquelle la responsabilité de constituer des stocks revenait à l'État pour les masques grand public et aux employeurs pour les masques chirurgicaux et FFP2, avec des préconisations pour tenir huit à douze semaines en cas de pandémie ? Les ARS vous en ont-elles informés, vous et vos adhérents ?

**M. Éric Fregona.** Nous n'avons jamais eu connaissance d'interdictions faites par les ARS de communiquer les chiffres des décès et des cas. Cacher de telles informations aux familles et au grand public aurait été, pour nous, inacceptable et nous aurions alerté le plus haut niveau de l'État. Nous avons disposé de chiffres relativement tôt pour les établissements et nous avons insisté sur le fait qu'il fallait les diffuser rapidement pour ce qui concerne les services à domicile.

Beaucoup d'établissements se sont vu reprocher de ne pas donner en temps réel les chiffres des décès, des cas et même le nom des personnes concernées. En dehors du fait que la réglementation impose le respect du secret médical, les directeurs et professionnels n'ont pas à passer leur temps à communiquer des statistiques. En revanche, il est de leur devoir d'informer chaque jour les familles de l'état de santé de leurs proches. Leur rôle est de canaliser le stress et non de prendre part à une surenchère morbide. Notre association a conseillé aux directeurs d'être le plus transparents possible sur l'état des proches, de répondre toujours au téléphone et de faire un point régulier sur la situation de leur établissement, dans un rôle d'apaisement. Je vous invite à participer à notre congrès des âges et du vieillissement, les 28 et 29 septembre prochains. Un des séminaires y sera consacré aux témoignages des personnes âgées, pour mieux comprendre la façon dont elles ont vécu la crise et le battage qu'en ont fait les médias à coup de chiffres non traités.

Pour les services d'aide à domicile, nous avons bien vu que la doctrine d'abord appliquée n'était pas la bonne. Toutes les structures nous ont informés que les professionnels ne parvenaient pas à obtenir de masques dans les officines de ville. Nous avons alerté les pouvoirs publics, qui ont mis une à deux semaines à corriger cette situation. Pendant quasiment un mois, les services d'aide à domicile n'ont donc pas été équipés de masques, notamment au

plus fort de l'épidémie. Il doit y avoir un même circuit pour les EHPAD et les services à domicile. Ce n'est pas parce que ces derniers ne sont ni autorisés ni financés par les ARS qu'ils doivent être mis de côté. En situation de crise, il faut être bien plus réactif. Il importe que le ministère prenne en compte toutes les formes d'accompagnement.

Que les EHPAD fassent l'objet d'un dénigrement particulier est, selon nous, une vue de l'esprit. Les Français se sont cependant très largement exprimés en faveur de l'aide à domicile, ce qui doit nous conduire à faire évoluer le modèle, sinon, personne ne voudra aller dans ces établissements. La presse relève les dysfonctionnements des EHPAD mais n'en trouve pas dans les résidences services, qui ont été créées par des sociétés commerciales pour répondre à une demande spécifique. Pour changer de modèle, nous proposons de faire des EHPAD des établissements moins institutionnalisés, moins contraints par les normes et les autorisations ; qu'ils passent sous le régime du code de la construction et de l'habitation, et qu'ils puissent délivrer des services à domicile comme le font les résidences services. Leur fonctionnement sera ainsi beaucoup plus souple, et les personnes âgées concernées, en n'ayant plus à signer un contrat de séjour, se sentiront moins « en institution ». Elles paieront un loyer, des charges de copropriété et d'autres liées aux services rendus en fonction de l'évolution de leur pathologie, et se sentiront enfin chez elles. Nous proposons que la loi permette aux gestionnaires d'EHPAD d'exercer un droit d'option pour passer à ce mode plus libre.

Nous n'avons pas constaté de différence notable entre les établissements publics et les établissements privés – de manière générale, il n'y en a pas. Le privé vient en complément de l'offre publique ; il dispose des mêmes financements de la part de l'assurance maladie et du département.

Il est arrivé un moment où les professionnels de ville n'ont plus pu se rendre dans les établissements, qui ont été fermés pour tous sans exception. Je serais incapable de dire si cela a contribué à augmenter la mortalité, mais il est certain que diverses prises en charge de soins en ont été retardées. Certaines personnes avaient besoin au quotidien de kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes venant de l'extérieur ; elles ont vraiment souffert de leur absence, d'autant qu'ils n'ont pas pu revenir dès la fin du confinement. Les EHPAD ont vécu en vase clos et ont été déconfinés près d'un mois après le reste de la population, alors que les personnes âgées vivant en résidence services seniors – donc également en collectivité, avec parfois des pathologies comparables à celles des résidents d'EHPAD – l'ont été en même temps que les autres Français. Cette situation n'est plus possible. C'est pour cela que nous avons formulé un référé-liberté, retiré lorsque le Gouvernement a enfin autorisé les résidents d'EHPAD à sortir de leur établissement pour circuler librement, comme tous les Français ; nous souhaitons qu'ils relèvent, eux aussi, du régime de droit commun.

**M. Nicolas Démoulin.** Aviez-vous connaissance de la doctrine de 2013 ?

**M. Éric Fregona.** Je ne connaissais pas cette doctrine.

**Mme Annabelle Vêques-Malnou.** Nous n'en avons pas particulièrement connaissance ; moi-même je ne travaillais pas dans ce secteur en 2013. Est-il possible qu'elle ait été oubliée par les employeurs ? Quoi qu'il en soit, la plupart des structures avaient des stocks de masques, mais ceux-ci n'ont pas suffi à faire face à l'explosion des besoins provoquée par la pandémie depuis le mois de février. Au bout de quelques semaines, lorsqu'elles ont dû se réapprovisionner, les tensions étaient telles sur le marché que l'aide de l'État est devenue nécessaire pour passer des commandes, puisqu'il était impossible de le faire individuellement. Tous nos adhérents n'étaient pas dans la même situation ; certains nous ont alertés dès les

premiers jours qu'ils seraient bientôt confrontés à une pénurie, d'autres disposaient de stocks leur permettant de tenir cinq ou six semaines. Les hasards du calendrier, au moment où la commande devait être passée, ont bénéficié à certains mais pas à d'autres.

Il nous paraît important qu'un stock d'État conséquent soit constitué pour faire face au risque d'épidémie en général ; nous y travaillons avec le ministère. Chaque structure médico-sociale accompagnant des personnes âgées doit aussi pouvoir protéger ses personnels, et donc disposer d'un stock important. Cette situation dans laquelle il faut courir après les masques ne doit plus se reproduire. Pour un directeur, il est terrible d'être confronté à des droits de retrait, légitimes, de la part de salariés qui ne veulent plus travailler car ils ont peur de contaminer leurs proches ou les personnes âgées qu'ils accompagnent. C'était une difficulté supplémentaire dans la gestion quotidienne des établissements ; de ce point de vue, avoir des équipements de protection individuelle en nombre suffisant changerait la donne.

Je n'ai pas non plus connaissance de pratiques selon lesquelles les ARS auraient caché des chiffres ou interdit aux établissements de les communiquer. Le fait de ne pas communiquer massivement, tous les jours, à la moindre rumeur agitant la presse locale, n'a pas empêché d'être transparent vis-à-vis des autorités. Dans l'emballement médiatique, il est vrai que des journalistes nous ont demandé si nous cachions les morts... En France, ce n'est pas possible ; il y a des certificats de décès, les pompes funèbres, les cimetières. Parmi les craintes qui se sont exprimées à ce sujet, je ne sais pas ce qui relève de la réalité ou du fantasme, mais nous n'avons aucun élément d'information concernant des chiffres cachés. Les directeurs d'EHPAD ont communiqué et continuent de le faire de manière très régulière avec les familles, comme ils le font toute l'année. La fermeture puis la réouverture des établissements, l'évolution des modalités de visites, tout cela a nécessité une communication permanente, et celle-ci s'appuie sur une relation de confiance tissée au fil des semaines, des mois et des années, qui continue de perdurer dans cette période particulièrement propice à l'inquiétude. Dans cette situation de huis clos, il aurait été terrible pour les proches que nous arrêtions de communiquer.

Les personnes âgées maintenues à domicile ont, bien entendu, souffert d'isolement, sachant qu'il faut distinguer isolement et solitude. De nombreuses personnes âgées se sentent seules, y compris parfois en établissement, et les équipes font le maximum pour y remédier. Une personne qui a l'habitude de voir tous les jours son mari ou ses enfants souffre de rester dans sa chambre et de ne pouvoir converser que par l'intermédiaire d'une tablette dont elle ne maîtrise pas nécessairement l'usage. Le sujet de la lutte contre l'isolement a été pris à bras le corps par le Gouvernement, sur la base de plusieurs rapports de Jérôme Guedj auxquels nous avons collectivement contribué. Il faut créer des plateformes de ressources pour que les services à domicile, d'une part, et les établissements, d'autre part, n'interviennent plus isolément. Les personnes âgées ont un parcours de santé et un parcours de vie qui doit être pris en compte : on peut entrer à l'hôpital ou en EHPAD mais aussi en sortir. Ces allers-retours doivent être facilités, et les liens entre toutes les structures renforcés ; c'est notamment l'objet de la réforme à venir. C'est ainsi que pourra changer l'image de ces établissements. Le nom d'EHPAD a certes une connotation négative, mais ce n'est pas en le modifiant que l'on fera évoluer la recette : c'est le modèle lui-même qui doit être profondément transformé.

Il nous faut davantage de professionnels, afin de dégager du temps pour échanger avec les résidents. Nous ne sommes pas là uniquement pour effectuer des actes techniques ; nous avons aussi un rôle de psychologues et d'animateurs, d'autant que nous risquons de voir dans les mois qui viennent les conséquences du choc post-traumatique vécu par certains, personnes âgées elles-mêmes ou membres de leurs familles dont les angoisses pourraient ressurgir. Pour en avoir discuté avec les directeurs, après avoir tout fait pour que le virus n'entre pas dans les



établissements, après avoir fermé les portes si hermétiquement, il est difficile de les rouvrir brutalement. Il faut un temps d'adaptation : certains l'ont fait très vite, d'autres plus progressivement, car le virus circule toujours. Au moment où les visites ont de nouveau été possibles, nous avons demandé que le droit commun s'applique à tous, mais nous devons faire preuve d'une vigilance toute particulière. Ce faisant, nous prenons un risque nécessaire mais qui peut susciter des inquiétudes légitimes, en particulier chez les professionnels.

Si nous voulons changer de modèle, nous devons mettre davantage de moyens. La réforme attendue est importante, et nous espérons que la situation actuelle aura contribué à faire prendre conscience des enjeux du vieillissement. La vague grise ne fait que commencer, et le pic démographique ne sera atteint qu'entre 2030 et 2040 ; il y aura alors beaucoup plus de personnes très âgées, probablement en perte d'autonomie. Nous devons réagir maintenant et ne pas attendre, car il faudra du temps pour que le système s'adapte.

La distinction entre public et privé n'est pas un sujet. Nous avons des adhérents de tout statut, qui se sont battus avec les mêmes armes, ont les mêmes dotations et les mêmes budgets, et travaillent avec la même envie. Une différence s'est parfois faite en fonction des liens plus ou moins affirmés avec la structure hospitalière, dépendant de rencontres humaines ou de coopérations nouées du fait d'une proximité géographique. Certains établissements ont eu des facilités, mais la crise n'a pas été mieux gérée dans un secteur ou dans l'autre. Chacun a fait au mieux et, malheureusement parfois, la malchance et l'aléa ont eu leur part ; dans des territoires peu touchés, certains de nos adhérents ont connu une vague très forte marquée par dix ou quinze décès au tout début de la crise, par exemple dans l'Hérault ou dans la région lyonnaise, alors qu'il n'y avait pas de cas aux alentours. On ne sait pas comment c'est arrivé, ni par qui le virus est entré – un visiteur, une famille, un professionnel, un résident après une sortie ? –, mais une fois que le covid-19 a été là la situation a été très difficile, en particulier au mois de mars quand tout devait être géré dans l'urgence. On sait désormais que de nombreuses personnes sont asymptomatiques, et donc que le port du masque et l'observation des gestes barrières permettra d'éviter de nouveaux cas, même si quelques clusters se développent encore localement.

Il y a eu des décalages de prise en charge par les professionnels de ville. Nous avons beaucoup travaillé avec les kinésithérapeutes, et les équipes ont fait ce qu'elles ont pu, en lien avec eux, pour faire faire des exercices aux résidents, car l'obligation de garder la chambre les empêchait même d'accomplir le plus simple au quotidien : se rendre dans la salle de restaurant. Quand on ne marche pas, on mobilise encore moins ses capacités d'autonomie. Quelques semaines après la fin du confinement, lorsque la situation a commencé à se stabiliser, il a été conseillé de faire revenir un kinésithérapeute par établissement. Tout cela a fait l'objet de discussions avec le ministère. Alors qu'en mars-avril, l'idée était de fermer complètement les portes afin de limiter au maximum le risque d'entrée du virus, la situation serait un peu différente si nous faisons face à une deuxième vague, car nous avons désormais assez d'équipements pour tous les professionnels. En tout cas, la question mériterait d'être posée.

Quant à savoir si les reports de soins ont entraîné une surmortalité, je suis incapable de le dire ; seul l'INSEE le pourra.

**M. le président Julien Borowczyk.** Les représentants des urgentistes et des réanimateurs nous ont dit ce matin que la capacité de prise en charge hospitalière en réanimation n'a jamais été saturée. La difficulté d'accès pour les résidents en EHPAD a-t-elle concerné l'hospitalisation en général ou seulement la réanimation ?

**Mme Annabelle Vêques-Malnou.** L'hospitalisation en général, même si la distinction n'est pas aisée à faire – en général, les résidents passaient par la case urgences avant d'aller en réanimation.

Aujourd'hui, avec les plateformes gériatriques mises en place dans chaque SAMU, le lien est meilleur : une astreinte gériatrique permet désormais au médecin coordonnateur de ne pas être seul face à une décision à prendre et d'avoir un accès privilégié à un travail d'équipe. Ce n'était pas le cas au début de la crise, lorsqu'il fallait composer le 15 pour obtenir une hospitalisation ou demander un transfert aux urgences, ce qui s'avérait parfois très compliqué. Cette situation est restée minoritaire, mais nous avons localement connu des difficultés d'accès à l'hospitalisation, en tout cas dans les premières semaines de crise.

**Membres présents ou excusés**

**Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

Réunion du mardi 28 juillet 2020 à 16 heures

*Présents.* - M. Julien Borowczyk, M. Éric Ciotti, M. Jean-Jacques Gaultier, M. David Habib, Mme Annaïg Le Meur, M. Bertrand Pancher, M. Jean-Pierre Pont, M. Boris Vallaud

*Assistaient également à la réunion.* - Mme Josiane Corneloup, M. Nicolas Démoulin