



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

***LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR
LES INÉGALITÉS EN FRANCE***

– Groupe n° 3 –

- **Agathe BENOIST**
- **Christiane BIDEAU**
- **Simon CARET**
- **Sarah EVANO**
- **Yannick LEFAIVRE**
- **Mohamed Fays SAID CAABI**
- **Noëlle SINANG**
- **Tadéa STEPHENSON SIGUIER**

Animateur/trice(s)

Estelle BAURES

Nicoleta BAKHOS

Solène CHEVREAU

Jacques ORVAIN

S o m m a i r e

Introduction	9
1. Les inégalités ont été accrues par la crise sanitaire de Covid-19	10
1.1. Les inégalités sociales et la Covid-19, de quoi parle-t-on exactement ?	10
1.1.1 Les inégalités sociales.....	10
1.1.2 La Covid-19.....	11
1.2. La Covid-19 a renforcé les inégalités, transformant la crise sanitaire en une crise sociale.....	13
1.2.1 La Covid-19, révélateur d'inégalités préexistantes.....	13
1.2.2 Un renforcement des inégalités : les populations les plus défavorisées et vulnérables sont les plus affectées par la Covid-19, de manière directe et indirecte	15
2. En dépit des dispositifs mis en place et des mesures prises, les inégalités se sont accrues pendant la Covid-19.....	17
2.1. Les prises en charge ou l'inadaptation d'une partie d'entre elles ont creusé les inégalités	17
2.1.1 Les pouvoirs publics ont priorisé la prise en charge des patients atteints de la Covid-19.....	17
2.1.2 La suspension de certains dispositifs de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale a été préjudiciable pour les patients et les résidents	17
2.1.3 Des patients et résidents ont été mis en isolement, privés de visites et confinés au sein des établissements.....	19
2.1.4 Des oublis et des décisions inadaptées ont pénalisé certaines populations vulnérables	22
2.2 La lutte contre les inégalités pendant la crise sanitaire a toutefois connu de vraies réussites	24
2.2.1 Des actions de solidarité spontanées issues de la société civile	24
2.2.2 Des organisations innovantes dans les structures d'hébergement et de soins	24
2.2.3 Des actions et dispositifs ont été mis en place pour les personnes vulnérables .	25

3. En cas de nouvelle vague de la Covid-19 ou de future pandémie, les politiques publiques devront davantage reposer sur des mesures de prévention et en faveur de la cohésion sociale	27
3.1 Mesures de prévention	27
3.1.1 Mesures de prévention primaire	27
3.1.2 Mesure de prévention secondaire : faciliter les recours aux tests dans les territoires les plus défavorisés	30
3.1.3 Mesure de prévention tertiaire : mieux calibrer les modalités du confinement en établissement social et médico-social, en particulier en EHPAD	30
3.2 Mesures en faveur de la cohésion sociale	31
3.2.1 Prendre en compte la question sociale à travers une stratégie globale pour l'inclusion des publics les plus précaires	31
3.2.2 Adapter la prise en charge en période de crise : nécessité de renforcer les dispositifs hors les murs ainsi que l'éducation thérapeutique des familles et proches.....	32
3.2.3 Proposer des solutions permettant de préserver le lien social	33
3.2.4 Permettre à certaines personnes souffrant de handicap ou de troubles psychiatriques de bénéficier d'un meilleur accès à des espaces « <i>porteurs de repères</i> »	34
Conclusion	35
Bibliographie.....	37
Liste des annexes.....	XXXIX
Annexe 1 : Recommandations	XL
Annexe 2 : Méthodologie.....	XLII
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	XLV
Annexe 4 : Entretiens	XLVI

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions l'ensemble des personnes qui nous ont accordé un entretien dans le cadre de cette étude. Nous sommes également reconnaissants envers les animateurs de notre MIP pour leur accompagnement et leurs conseils avisés.

Liste des sigles utilisés

ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASS : Allocation Spécifique de Solidarité
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
ESSMS : Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
IME : Institut Médico-Éducatif
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
NPNRU : Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PA : Personnes Âgées
PH : Personnes Handicapées
QPPV : Quartier Prioritaire Politique de la Ville
RSA : Revenu de Solidarité Active
SNDS : Système National des Données de Santé
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

« Plus je lis sur le virus (Coronavirus), sur les stratégies de lutte, sur le confinement et ses conséquences à terme, plus je trouve la controverse, et plus je suis dans l'incertitude. Alors il faut supporter toniquement l'incertitude. L'incertitude contient en elle le danger et aussi l'espoir. »¹

Edgar Morin met ici en évidence l'ensemble des enjeux sanitaires, sociaux et économiques soulevés par l'épidémie de Covid-19. En effet, cette maladie apparue fin 2019 en Chine, s'est rapidement propagée et touche à présent quasiment l'ensemble des pays du monde : plus de 13,8 millions de cas et plus de 590 000 décès ont été recensés au 17 juillet 2020². Elle pose encore beaucoup de questions pour lesquelles les scientifiques n'ont pas de réponse. À ce jour, il n'existe pas de traitement ni de vaccin pour lutter efficacement contre cette pandémie.

La Covid-19 touche de manière différenciée les individus. Les formes les plus graves de la maladie visent les personnes les plus vulnérables : en France, 90 % des décès concernent les personnes âgées de 65 ans et plus³. L'impact est également différent selon les stratifications sociales et territoriales : la probabilité de contagion augmente avec le niveau de précarité⁴. Or, les crises sanitaires exacerbent les inégalités sociales préexistantes⁵, jouant ainsi sur les mécanismes de cohésion et d'exclusion sociales.

Dès lors, quel est l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les inégalités en France ? Dans quelle mesure cette maladie a-t-elle accentué les inégalités ? Enfin, quelle peut être la réponse sociale face au risque d'une nouvelle vague ou d'une future pandémie ?

Le champ des inégalités étant vaste, nous avons fait le choix de nous concentrer sur quatre de ses dimensions, en lien direct avec les champs sanitaire, social et médico-social : la vieillesse, le handicap, les troubles psychiatriques et les inégalités sociales de santé. Pour ce faire, nous avons notamment mené dix entretiens qualitatifs, retranscrits en annexe, avec des

¹ Tweet d'Edgar Morin du 17 mars 2020

² <https://coronavirus.jhu.edu>

³ <https://fr.statista.com/statistiques/1104103/victimes-coronavirus-age-france/>

⁴ <https://www.oxfamfrance.org/inegalites-et-justice-fiscale/covid-19-le-virus-des-inegalites/>

⁵ <https://www.franceculture.fr/economie/lucas-chancel-les-crisis-ont-un-effet-tres-fort-en-bas-et-en-haut-de-la-pyramide-sociale?>

personnels soignants et administratifs exerçant dans des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'un bénévole associatif .

Le présent rapport vise à étudier les conséquences de la Covid-19 sur les inégalités. Alors que la crise sanitaire a accentué les inégalités préexistantes (1), les solutions visant à les réduire ont conduit à des résultats insuffisants malgré un certain nombre de succès (2). Aussi, afin de prévenir tout risque pandémique, la réponse sociale en cas de nouvelle pandémie devra davantage reposer sur des mesures de prévention et de justice sociale (3).

1. Les inégalités ont été accrues par la crise sanitaire de Covid-19

1.1. Les inégalités sociales et la Covid-19, de quoi parle-t-on exactement ?

1.1.1. Les inégalités sociales

Les inégalités sociales sont des différences de situation qui entraînent une hiérarchie entre individus ou groupes d'individus en raison de leurs ressources : éducation, revenus, capital social, santé, logement, situation d'emploi... Ces dernières, socialement valorisées, sont distribuées inégalement et peuvent conduire à faire naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice parmi les individus d'une société.

Les inégalités se différencient des discriminations qui se définissent en droit comme un traitement défavorable répondant à deux conditions cumulatives : être fondé sur l'un des vingt-cinq critères définis par la loi et les conventions internationales auxquelles adhère la France⁶ et relever d'une situation visée par la loi, telle que l'accès à un emploi, un logement ou un service. Si toutes les discriminations peuvent être associées à une forme d'inégalité, en revanche, les inégalités peuvent être tolérées au regard de la loi.

⁶ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/lutte-contre-discriminations> : l'apparence physique, l'âge, l'état de santé, l'appartenance ou non à une prétendue race, l'appartenance ou non à une nation, le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la grossesse, le handicap, l'origine, la religion, la domiciliation bancaire, es opinions politiques, les opinions philosophiques, la situation de famille, les caractéristiques génétiques, les mœurs, le patronyme, les activités syndicales, le lieu de résidence, l'appartenance ou non à une ethnie, la perte d'autonomie, la capacité à s'exprimer dans une langue étrangère et la vulnérabilité résultant de sa situation économique

Dans nos sociétés où l'activité économique est valorisée, les inégalités sociales rejoignent en partie les inégalités économiques, sans pour autant se confondre avec elles. Par exemple, le domaine de la santé est l'objet d'inégalités sociales qui s'analysent à l'aune des « *déterminants sociaux structurels et intermédiaires* »⁷. Les « *déterminants structurels* » sont notamment les politiques économiques, sociales, éducatives ou encore les valeurs d'une société ayant des incidences sur le système de soins. Ils peuvent également s'appliquer aux individus. Le genre, la position socio-économique, le niveau d'études et de revenus modèlent le rapport à la santé et constituent des freins ou, à l'inverse, des facteurs favorables à l'accès aux soins. Quant aux « *déterminants intermédiaires* », ils résultent des déterminants structurels. Ils font référence à des considérations plus matérielles qui découlent de l'environnement socioéconomique de chacun : conditions de vie, alimentation, addictions... Le *Rapport sur les inégalités en France* de 2019, publié par l'Observatoire des inégalités, montre que les conditions matérielles de vie ont des répercussions majeures sur la santé et, par conséquent, sur l'espérance de vie. Par exemple, l'espérance de vie des cadres est nettement supérieure à celle des ouvriers⁸.

Enfin, les inégalités en matière de santé sont liées aux inégalités géographiques comme le rappelle la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022⁹.

1.1.2. La Covid-19

Fin 2019, des cas groupés de pneumonies sont apparus en Chine dont certains étaient mortels. Le 9 janvier 2020, le virus responsable est identifié. Il s'agit d'un nouveau coronavirus appelé Sars-CoV-2, responsable de cette nouvelle maladie infectieuse respiratoire nommée Covid-19 (pour *Coronavirus Disease*). Cette maladie est très contagieuse : chaque personne infectée contamine au moins trois personnes en l'absence de mesures de protection et une personne contaminée, mais qui ne ressent pas encore de symptômes, peut également contaminer d'autres personnes. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie la Covid-19 de pandémie¹⁰, dans la mesure où il s'agit d'une propagation mondiale d'une nouvelle maladie contagieuse. Le virus est désormais répandu sur les cinq continents et a contaminé plus de 13,8 millions de personnes et fait plus

⁷ Les inégalités face à la santé en France, Gwenn MENVIELLE, Les cahiers français, 2012/07-08, n°369, 37-42

⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110> et <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

¹⁰ <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

de 590 000 morts au 17 juillet 2020 dans 188 pays sur un total de 198 pays¹¹. En France, à cette même date, plus de 173 000 cas ont été recensés et plus 30 000 décès ont été comptabilisés¹². Afin de limiter la progression de l'épidémie, des mesures de confinement ont été adoptées. En Chine, le gouvernement a confiné du 23 janvier au 7 avril 2020, soit pendant 76 jours, près de 11 millions de personnes à Wuhan, épice de l'épidémie. En France, un dispositif de confinement a été mis en place sur l'ensemble du territoire à compter du 17 mars à midi, jusqu'au 11 mai 2020, soit 56 jours au total. Seuls les magasins jugés indispensables ont été autorisés à rester ouverts. Les déplacements ont été interdits sauf exceptions strictes justifiées par une attestation de déplacement dérogatoire. De plus, une loi créant l'état d'urgence sanitaire a été adoptée le 23 mars 2020¹³. Celui-ci a pris fin le 11 juillet 2020 au matin, sauf en Guyane et à Mayotte où le virus circule toujours activement.

Selon les scientifiques, la piste d'une contamination animale est la plus plausible. Plusieurs publications suggèrent que le pangolin, petit mammifère consommé dans le sud de la Chine, pourrait être impliqué comme hôte intermédiaire entre la chauve-souris et l'homme.

Les symptômes principaux sont la fièvre ou la sensation de fièvre, la toux, des maux de tête, des courbatures et une fatigue inhabituelle. La perte brutale de l'odorat, sans obstruction nasale et la disparition totale du goût sont également des symptômes qui ont été observés chez les malades. L'infection peut aussi être asymptomatique ou paucisymptomatique (entraîner pas ou peu de manifestations cliniques) chez 30 à 60 % des sujets infectés. Chez les personnes développant des formes plus graves, principalement les personnes vulnérables en raison de leur âge (plus de 70 ans) ou d'une comorbidité, on retrouve des difficultés respiratoires, pouvant mener jusqu'à une hospitalisation en réanimation et au décès.

L'impact de la Covid-19 n'est pas uniquement sanitaire. Il est aussi économique et social, la pandémie ayant provoqué un arrêt brutal de l'activité économique dans un nombre croissant de pays. Selon les prévisions de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une récession économique comprise entre 11,4 % et 14,1 % du produit intérieur brut (PIB) pour la France et entre 9,1 % et 11,5% pour la zone euro est

¹¹ <https://coronavirus.jhu.edu>

¹² <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041746313&categorieLien=id>

attendue en 2020¹⁴. En France, selon la direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (Dares), entre le 1er mars et le 6 juillet 2020, 14 millions de demandes d'autorisation préalable d'activité partielle ont été adressées aux services décentralisés de l'État par 1 068 000 entreprises¹⁵.

Si l'épidémie de la Covid-19 touche l'ensemble de la population mondiale, ce sont les plus vulnérables et les plus pauvres qui sont les plus impactés¹⁶.

1.2. La Covid-19 a renforcé les inégalités, transformant la crise sanitaire en une crise sociale

1.2.1. La Covid-19, révélateur d'inégalités préexistantes

“L'idée commune selon laquelle le coronavirus nous affecte toutes et tous sans faire de différences (...) est certainement utile pour susciter l'adhésion de l'ensemble de la société aux nécessaires mesures de prévention (...) mais elle est profondément fausse, et c'est même une illusion dangereuse”, Pr Didier Fassin¹⁷.

L'épidémie a mis en exergue un grand nombre d'inégalités qui étaient déjà présentes au sein de notre système. Certaines populations ont vu leur situation s'aggraver notamment parmi les publics ciblés par notre étude, à savoir les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de troubles psychiques, ainsi que les personnes les plus précaires (inégalités sociales en fonction du lieu géographique où vivent les personnes, mais aussi en fonction de leurs caractéristiques propres, notamment le logement et l'emploi). En effet, ce sont des populations qui, souvent, n'ont pas les moyens matériels, sociaux et financiers de se protéger, de se soigner, ou de limiter les conséquences de la maladie.

Concernant les inégalités sociales, une étude de l'OCDE démontrait que 40% des personnes les moins éduquées en France, correspondant aux classes sociales les moins favorisées, estimaient avoir une mauvaise santé, moitié moins pour les populations avec un niveau

¹⁴ <http://www.oecd.org/perspectives-economiques/>

¹⁵ <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/tableaux-de-bord/le-marche-du-travail-pendant-le-covid-19/tableaux-de-bord-hebdomadaires/article/situation-sur-le-marche-du-travail-au-7-juillet-2020>

¹⁶ <https://www.oxfamfrance.org/inegalites-et-justice-fiscale/covid-19-le-virus-des-inegalites/>

¹⁷ “L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie”, Pr Didier Fassin, Collège de France, chaire Santé publique (2019-2020), 16 avril 2020

supérieur d'études¹⁸. Ces inégalités se retrouvent aussi en termes d'espérance de vie. Ainsi, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart¹⁹. De plus, les inégalités sociales peuvent aussi se cumuler avec les inégalités territoriales. Les zones rurales, les quartiers prioritaires politique de la ville, mais aussi certains départements comme la Seine-Saint-Denis, sont particulièrement touchés par le manque de médecins et par les difficultés dans l'accès aux soins et à la prise en charge²⁰. Ces fractures territoriales ont été particulièrement visibles durant l'épidémie, avec notamment une augmentation de la mortalité de 118,4 % entre le 1er mars et le 10 avril 2020 dans le département de Seine-Saint-Denis²¹. Ainsi, les inégalités sociales, couplées aux fractures territoriales, expliquent en partie pourquoi les plus précaires ont été les plus touchés en fréquence et en gravité.

De plus, les inégalités générationnelles ont été au cœur de l'épidémie, les personnes âgées faisant partie des victimes principales de l'épidémie²².

Enfin, concernant le secteur de la santé mentale, les facteurs préexistants d'inégalités ont été mis en exergue par la pandémie. En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques sont déjà touchées par l'isolement mais aussi par une certaine difficulté à réaliser les actes de la vie quotidienne²³. De surcroît, il existe en France dans ce domaine de fortes disparités et inégalités dans l'accès aux soins ainsi que dans la mise en œuvre d'une prise en charge continue et de qualité²⁴. Cela rejoint les difficultés que connaissent les personnes en situation de handicap dans leur prise en charge, pour lesquelles l'accès aux soins courants et préventifs n'est pas homogène²⁵. Ces problématiques et enjeux ont été mis en évidence durant l'épidémie, les difficultés connues par ces publics étant d'autant plus fortes et les fractures d'autant plus visibles.

¹⁸<https://www.oxfamfrance.org/financement-du-developpement/covid-19-tirer-les-lecons-en-france-et-prevenir-la-crise-en-afrique/>

¹⁹ "L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes", N. Blanpain, division Enquêtes et études démographiques, Insee, N°1687, 06/02/2018° 1687 P

²⁰ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>

²¹ " La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens", Observatoire régional de santé, avril 2020

²² Damon Julien, « Des inégalités déconfinées par le coronavirus », *Futuribles*, 2020/4 (N° 437), p. 53-59. DOI : 10.3917/futur.437.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-futuribles-2020-4-page-53.htm>

²³ <https://www.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-changer-le-regard-sur-la-sante-mentale-et-les-personnes-atteintes-de>

²⁴ "Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960", Alain Lopez, Gaëlle Turan-Pelletier, IGAS, N°2017-064R, Novembre 2017

²⁵ " L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap", Marie-Odile Safon Véronique Suhard, IRDES, novembre 2017

L'épidémie a, en effet, mis en lumière les inégalités préexistantes au sein de notre société. Elle les a aussi renforcées et accentuées, les populations défavorisées étant les plus touchées par la Covid-19, que ce soit de manière directe ou indirecte.

1.2.2. Un renforcement des inégalités : les populations les plus défavorisées et vulnérables sont les plus affectées par la Covid-19, de manière directe et indirecte

La pandémie a constitué, en premier lieu, une crise sanitaire majeure, mais elle s'est aussi accompagnée de répercussions importantes en termes d'inégalités. Le virus a, en effet, mis en exergue les inégalités touchant les populations défavorisées et vulnérables, mais les a aussi renforcées, voire a participé à en créer de nouvelles. La Covid-19 a eu un impact direct notamment en termes de mortalité, mais ses effets ont aussi été indirects : de nombreux facteurs tels que le confinement, la suspension de certaines prises en charge, la fermeture de structures ou d'unités, ou encore la concentration des capacités sur la gestion de l'épidémie ont eu des conséquences fortes sur les inégalités.

Du point de vue des répercussions directes de l'épidémie, les personnes âgées peuvent être considérées comme les principales victimes de l'épidémie : en France, l'âge médian du décès est de 84 ans et 90% des personnes décédées du fait de la Covid-19 avaient 65 ans et plus²⁶. Concernant les inégalités sociales, la combinaison de différents facteurs entraîne une exposition au virus plus importante dans les milieux les moins favorisés²⁷. En effet, l'occupation d'un emploi pour lequel le télétravail ne peut pas être mis en place, des conditions de logement difficiles (suroccupation...) et la difficulté d'accès aux soins²⁸ ont accru la vulnérabilité de cette population. Enfin, les personnes atteintes de maladies psychiatriques ont, elles aussi, été particulièrement exposées au virus, puisque leur état de santé est globalement moins bon que celui de la population en général²⁹. Elles présentent notamment des comorbidités telles que le diabète, l'obésité, l'hypertension ainsi que des problèmes cardiaques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)³⁰, qui constituent autant de facteurs aggravants en cas d'infection à la Covid-19.

²⁶ "Covid 19, Point épidémiologique hebdomadaire du 25 juin 2020", Santé publique France

²⁷ <https://theconversation.com/covid-19-les-classes-populaires-paient-elles-le-plus-lourd-tribut-au-coronavirus-en-france-138190>

²⁸ "Covid-19 contribution du comité consultatif national d'éthique : Enjeux éthiques face à une pandémie", Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 13 mars 2020

²⁹ http://www.cso.edu/fiche_actu.asp?actu_id=2573

³⁰ "Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés", J.Gervais, G.Haour, M.Michel, K.Chevreur, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 65, Supplement 2, Page S79, May 2017

En termes de conséquences indirectes, la pandémie a entraîné de nombreuses répercussions. Les inégalités qui existaient déjà ont été accentuées par l'impact des différentes mesures prises en vue d'endiguer le virus. Ainsi, de nombreux services et structures ont fermé leurs portes ou ralenti leur activité³¹, ce qui a entraîné des difficultés dans la prise en charge des individus, dans l'accès aux soins ainsi que dans l'accès aux différentes aides. Concernant les établissements psychiatriques, un rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté³² a pointé les atteintes graves aux droits fondamentaux des patients au sein de certaines structures (une limitation voire une interdiction de la liberté d'aller et venir, des isolements abusifs etc.).

Enfin, le confinement a entraîné une dégradation de la santé mentale des Français : un tiers de la population a déclaré souffrir de détresse psychologique durant le confinement³³. Combinée à d'autres facteurs, cette répercussion indirecte du virus accentue les phénomènes existants.

En tout état de cause, cette crise met en lumière des inégalités sociales et sanitaires préexistantes ; elle peut également les accentuer et en produire. Les pouvoirs publics, ont tenté d'apporter une réponse sociale – rapide, globale et majeure – à la crise sanitaire de la Covid-19. Une réponse somme toute perfectible, comme nous allons le voir, malgré le rôle majeur joué par d'autres acteurs comme les associations, les entreprises et les citoyens.

³¹ *"Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'action pour la promotion de la santé"*, IREPS Auvergne Rhône-Alpes, 30 mars 2020

³² *"Recommandations en urgence du 25 mai 2020 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val d'Oise)"*, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Journal officiel de la République française, 19 juin 2020

³³ *"Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement Premiers résultats de l'enquête Coclico du 3 au 14 avril 2020"*, Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), IRDES, n°249, juin 2020

2. En dépit des dispositifs mis en place et des mesures prises, les inégalités se sont accrues pendant la Covid-19

2.1. Les prises en charge ou l'inadaptation d'une partie d'entre elles ont creusé les inégalités

2.1.1. Les pouvoirs publics ont priorisé la prise en charge des patients atteints de la Covid-19

Les réponses des pouvoirs publics ont été variables en fonction des publics visés et des modalités de prises en charge (hospitalisation, lieu de vie et prises en charge en ambulatoire). La soudaineté de la crise et la rapidité de propagation du virus ont nécessité un déploiement rapide de moyens auprès des structures sanitaires directement confrontées à l'afflux massif de personnes contaminées. Dans l'urgence, le volet curatif a été privilégié pour gérer la crise³⁴. Le volet préventif n'a été envisagé que dans un second temps, avec la mise en œuvre du confinement et des mesures barrières. Les moyens dédiés à la continuité des activités inhérentes à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, des personnes en situation de handicap et des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont été jugés insatisfaisants et insuffisants par les professionnels et l'entourage des patients.

La couverture médiatique de la gestion de la crise met également en évidence les priorités retenues. La prise en charge sanitaire a largement été relayée, la problématique des EHPAD également, l'épisode de la canicule de 2003, la fragilité des personnes âgées et les difficultés des soignants étant encore très présents dans les esprits. À l'inverse, peu d'informations ont circulé quant à la manière dont la crise était gérée vis-à-vis des personnes handicapées.

2.1.2. La suspension de certains dispositifs de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale a été préjudiciable pour les patients et les résidents

Certains bénévoles et volontaires ont dû réduire considérablement leurs actions. Du côté des associations, l'inquiétude est montée assez vite. Certaines d'entre elles ont été contraintes,

³⁴ Selon le constat de C. Harpet, bénévole à la Croix-Rouge et professeur à l'EHESP interrogé lors de nos entretiens, "l'État [...] n'a pas suffisamment, jusqu'à maintenant, induit une culture du risque dans ses services [...] on routinise certaines choses – au sens fort du terme : routiniser, c'est quand même un terme significatif –, on rentre dans une routine et on a développé des procédures, des protocoles qui nous permettent de décliner une opération de façon continue [...] mais, dès lors qu'il y a un évènement ou un aléa, il peut y avoir un véritable décrochage. Et quand on a besoin massivement d'équipements, d'approvisionnements et d'une concentration de compétences en un temps très court, moi je pense qu'on n'est pas suffisamment prêts." EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020- 17 -

par manque d'effectifs, de réduire, voire d'arrêter, leurs activités (maraudes, accueils de jour, distributions alimentaires, animations socio-culturelles dans les établissements). En effet, les salariés, volontaires et bénévoles se sont également confinés, pour garder leurs enfants ou par crainte d'une contamination, dans un contexte de pénurie de masques. De même, un directeur adjoint en charge de la filière gériatrique soulignait les effets négatifs de l'interruption des missions d'accueil et d'animation réalisées par les volontaires du service civique dans son établissement : « *Nous nous sommes retrouvés en difficulté quand les services civiques ont cessé d'intervenir, avec des résidents confinés en chambre et l'apparition d'effets psychologiques délétères* ³⁵ ».

La crise sanitaire s'est en outre accompagnée d'une rupture dans la continuité de prise en charge des personnes (poly)handicapées, ayant des troubles psychiatriques ou des besoins de rééducation, du fait de la fermeture de multiples structures. De nombreux professionnels paramédicaux libéraux, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), ont suspendu leurs activités, même si des permanences téléphoniques ont souvent été mises en place pour suivre les patients. Les séances de rééducation, d'orthophoniste, de kinésithérapie et d'ergothérapie se sont arrêtées. Ainsi, un interne en neuropédiatrie estime qu'il s'agit d'une « *double peine* » pour les patients, notamment polyhandicapés :

« En juin, on se retrouve avec des enfants polyhandicapés régressés au niveau moteur. C'est une source de souffrance et d'inégalités entre les gens qui n'ont pas besoin de séances de rééducation et les autres. Leur handicap est source d'inégalités, et en plus, ce qui est mis en place pour eux n'a pas été considéré comme primordial pendant la crise de la Covid. Ce n'était pas de la chirurgie vitale, dans l'idée « la rééducation, ça attendra ». Ces enfants ont énormément perdu, ils sont plus raides au niveau musculaire, ils ont perdu des amplitudes au niveau articulaire. Ils ont plus de difficultés à parler et à écrire qu'avant la Covid-19 ³⁶ ».

³⁵ Entretien retranscrit en annexe 4.3.

³⁶ Entretien retranscrit en annexe 4.2.

Les activités de rééducation à l'hôpital ont également été interrompues, créant un retard thérapeutique et diagnostique. Or, les retards de prise en charge entraînent souvent des pertes de chance ou des aggravations physiques et psychologiques.

Dans ce contexte, beaucoup de parents et proches se sont retrouvés démunis. À la suite du confinement lié à la Covid-19, des enfants handicapés, parfois très lourdement, sont en effet rentrés chez leurs parents, lesquels pouvaient être en difficulté pour être présents en continu, sans l'appui des professionnels. Les familles, au travers des associations de personnes handicapées, ont exprimé un sentiment d'abandon, d'isolement, de délaissement³⁷.

2.1.3. Des patients et résidents ont été mis en isolement, privés de visites et confinés au sein des établissements

Des patients et résidents ont été confinés sans possibilité de sortir, ce qui suscite des interrogations en termes de respect des libertés individuelles. Dans certains foyers d'hébergement et de vie pour personnes handicapées, établissements psychiatriques et EHPAD, lorsque le confinement à l'étage était impossible, les personnes ont été confinées en chambre pour réduire les risques de propagation du virus, au-delà des directives du ministère des Solidarités et de la Santé³⁸. La volonté de protéger les personnes vulnérables s'est heurtée à des enjeux de respect des droits fondamentaux des personnes. À cet égard, un directeur adjoint en charge de la filière gériatrique met en lumière ce problème : « *Être résident en EHPAD, c'est être dans la même situation qu'un détenu et d'ailleurs le contrôleur des lieux de privation des libertés l'a souligné : il n'y a pas d'autres endroits où les personnes sont privées d'autant de liberté que dans les EHPAD et les prisons* ³⁹ ». La situation était semblable dans les établissements psychiatriques. Par exemple, un psychiatre dans un EPSM raconte : « *La relation avec les patients a évolué de façon particulière. On leur demandait de rester en chambre toute la journée. D'ailleurs, la plupart d'entre eux l'ont compris. Pour ceux qui ne l'acceptaient pas, nous étions obligés de les enfermer à clé dans leur chambre. C'était dur psychologiquement* ⁴⁰ ». La suppression des activités collectives d'animation et des interventions bénévoles a accentué le sentiment d'enfermement.

³⁷ <https://informations.handicap.fr/a-prime-1500euros-pour-aidants-bout-de-force-13020.php>

³⁸ <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200619-psychiatrie-le-confinement-covid-des-patients-en-psychiatrie>

³⁹ Entretien retranscrit en annexe 4.3.

⁴⁰ Entretien retranscrit en annexe 4.5.

La suspension des visites des familles a, en outre, renforcé l'impression de claustration. Le directeur adjoint d'un CH gériatrique met en avant l'aggravation des situations de solitude : « *On a déjà des résidents et patients isolés, la Covid-19 renforce cette situation. Par définition, avant même le confinement, c'était déjà des gens qui ne voyaient pas grand monde. Là en plus, sans les associations, sans les bénévoles présents, ils ont dû se sentir encore plus seuls* ⁴¹ ». Le lien social avec les familles a souvent été rompu, même si des appels et des visioconférences ont été organisés. Le confinement des résidents âgés a parfois suscité des conflits avec leurs proches. Le choix éthique d'isoler ou non les personnes âgées n'a pas fait consensus, ce qui a créé des souffrances et des dilemmes chez les hospitaliers et les usagers. Le directeur adjoint d'un CH gériatrique relate l'incompréhension de certaines familles, qui auraient préféré voir leur parent, malgré la Covid-19 :

« On se doutait que vu le public que l'on a, on serait les premiers confinés et que l'on serait probablement les derniers déconfinés. Cela a été très mal vécu par les patients et par les résidents. Mais également par les familles. La première semaine, cela a été très compliqué de leur faire comprendre le confinement car le confinement de l'ensemble de la population n'avait pas encore été décidé. Je crois que l'on a mis en place le confinement au sein de l'établissement le 11 mars alors que le confinement pour l'ensemble de la population a été effectif à partir du 17 mars. Une semaine pendant laquelle les familles n'ont pas compris. On a des familles qui ont essayé de rentrer de force dans l'établissement ⁴² ».

Dans les services d'hospitalisation pédiatrique, l'isolement des patients a été moindre, puisque les enfants sont une population moins à risque que les personnes âgées, mais des restrictions de visites ont tout de même été mises en place, en fonction de l'état clinique de l'enfant. Les parents ne pouvaient pas venir en même temps, sauf dans le cas d'enfants très malades, par exemple ceux qui étaient hospitalisés depuis leur naissance. Un interne en pédiatrie explique que les parents ont aussi pris des décisions différentes dans le contexte de la Covid-19, ce qui a créé des inégalités entre les enfants :

« Il y avait une inégalité d'information chez les parents de patients, qui n'avaient pas tous la même réaction face à l'épidémie et aux déprogrammations. Des parents souhaitaient absolument venir pour que leur enfant soit traité et évalué,

⁴¹ Entretien retranscrit en annexe 4.1.

⁴² Entretien retranscrit en annexe 4.1.

tandis que d'autres étaient prêts à reporter à cause de l'épidémie, quand bien même on leur disait qu'il n'y avait aucun risque ⁴³».

Le confinement a pu avoir un impact psychologique délétère, avec des troubles de l'humeur, des confusions, voire un syndrome de stress post-traumatique. Le risque d'apparition de ces manifestations augmente avec la durée d'isolement, mais aussi avec d'autres facteurs comme les conditions de logement, la perte de revenus, la perte de repères, l'arrêt ou la diminution des soins, l'absence d'information ou encore l'ennui. L'âge doit aussi être pris en considération. Dans un article paru le 27 avril 2020 dans *Actualités sociales hebdomadaires*, Maxime Ricard juge que « *le remède est parfois pire que le mal ⁴⁴* ». Les professionnels de la filière gériatrique évoquent une exacerbation des fragilités, c'est-à-dire une détérioration rapide et générale de l'état de santé des personnes âgées, couplée avec l'apparition d'épisodes dépressifs majeurs, réactionnels, le refus d'alimentation, jusqu'à la volonté de « *se laisser mourir* ». Une directrice déléguée d'un EHPAD indique que ces phénomènes ont touché une grande partie des résidents, qu'ils soient lucides ou déments :

« Les personnes lucides et sans signes cliniques importants ont généralement été très affectées par l'interdit de sortir en dehors de la structure et de devoir s'alimenter en chambre et non plus en salle à manger. Certains ont alors commencé à développer ce qu'on appelle un « état de glissement » en se laissant aller à ne plus se nourrir et à refuser de voir qui que ce soit. Certains verbalisant vouloir « partir ». Pour les autres résidents ayant une démence, cet état de glissement a pu être constaté également, avec des remarques ou gestes inhabituels, même si la personne semble dans son monde, elle a en réalité parfaitement conscience de choses qui clochent. Pour ces personnes, la chose la plus difficile (au point de les faire pleurer), a été de ne pas pouvoir toucher les soignants, leur caresser la joue ou leur tenir la main. Certaines situations étaient déchirantes, tant pour le résident que pour l'équipe. De manière générale, l'ensemble de nos résidents ont perdu plusieurs kilos entre mars et mai, parfois de manière très inquiétante (manque de mobilité physique, repas en chambre, repas en plateau moins appétissants...) ⁴⁵ ».

⁴³ Entretien retranscrit en annexe 4.2.

⁴⁴ <https://www.ash.tm.fr/racine/veille-juridique/dependance-handicap/confinement-quand-le-remede-est-parfois-pire-que-le-mal-551444.php>

⁴⁵ Entretien retranscrit en annexe 4.8.

2.1.4 Des oublis et des décisions inadaptées ont pénalisé certaines populations vulnérables

Pour faire face à la pénurie de masques, l'État a réquisitionné les stocks jusqu'au 31 mai 2020, afin d'assurer un accès prioritaire aux professionnels de santé et aux patients atteints par la maladie⁴⁶. Les masques et autres moyens de protection ont été distribués prioritairement aux hôpitaux et, dans une moindre mesure, aux EHPAD, au détriment de certains établissements sociaux et médico-sociaux tels que les foyers pour personnes handicapées⁴⁷.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire, l'État a oublié certains publics ou bien a adopté des dispositifs inadaptés. Le ministère du Travail a par exemple édité une fiche de recommandations pour les aides à domicile qui précisait : « *S'il s'agit d'un appartement, téléphonez pour faire ouvrir la porte de l'immeuble afin d'éviter de toucher les boutons de la sonnette* »⁴⁸. Cette fiche était manifestement inadaptée aux personnes en situation de handicap comme les personnes tétraplégiques, sourdes ou encore atteintes de la maladie d'Alzheimer. De plus, s'agissant de l'achat de masques, seuls des masques conventionnels ont été achetés par l'État. Or, le port généralisé du masque constitue un frein à la communication pour les sourds et malentendants et un obstacle majeur à l'inclusion sociale. Sophie Cluzel, secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées a annoncé le 14 mai 2020 que des masques transparents étaient en cours d'homologation⁴⁹.

Les personnes précaires ont également été oubliées. S'il était impossible de toutes les doter gratuitement en masques en raison de la pénurie, des mesures correctrices ont toutefois été adoptées. Cependant, elles sont demeurées insuffisantes. L'encadrement du prix de vente des masques n'a pas permis aux plus démunis de s'en procurer, car le coût demeure élevé. En effet, le prix de vente maximum autorisé pour les masques chirurgicaux a été fixé à 0,95 €, soit 47,50 € la boîte de cinquante masques⁵⁰. Par ailleurs, le Défenseur des droits a rappelé les difficultés rencontrées par les personnes bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire (régime de tutelle, de curatelle, ou de sauvegarde de justice) à qui on refusait de régler en

⁴⁶<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041679951&dateTexte=&categorieLien=id>

⁴⁷ <https://www.franceinter.fr/coronavirus-a-t-on-oublie-les-foyers-d-handicapes>

⁴⁸ https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_aide_a_domicile_080520.pdf

⁴⁹ <https://www.hospimedia.fr/actualite/breves/20200514-equipement-pour-les-personnes-sourdes-des-masques-transparentes>

⁵⁰ <https://www.economie.gouv.fr/encadrement-prix-masques-chirurgicaux-et-enquetes-DGCCRF>

espèces dans certains commerces au profit des paiements électroniques⁵¹. De même, la fermeture exceptionnelle de tous les bureaux de Poste à compter du 21 mars 2020 a eu comme effet d'empêcher les allocataires les plus vulnérables de percevoir leurs prestations sociales. Certains d'entre eux, en situation financière très précaire et en l'absence de carte bancaire, sont contraints de retirer ces sommes au guichet. Enfin, la question du non-recours aux droits, particulièrement prégnante chez les personnes isolées et précaires pour des raisons liées aux difficultés d'accès aux formulaires administratifs, de méconnaissance des mesures ou encore de honte et de stigmatisation sociale, n'a pas non plus été intégrée dans l'offre publique, ce qui interroge l'effectivité et la pertinence des dispositifs.

Enfin, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France d'avril 2020 souligne que les territoires défavorisés n'ont pas bénéficié de mesures spécifiques, alors qu'ils rassemblent les populations les plus vulnérables⁵². De plus, ces populations vivent dans des conditions largement défavorables avec des logements plus petits, plus d'enfants et notamment d'enfants en bas âge et davantage de personnes dans les logements. Elles ont également un état de santé plus dégradé par rapport à la moyenne nationale. Les taux de maladies chroniques y sont supérieurs, particulièrement en ce qui concerne l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Or, ces maladies sont des facteurs de risque de décéder de la Covid-19 ou d'en développer une forme grave. Les habitants de ces territoires occupent également des emplois dans des secteurs clés ne pouvant être exercés en télétravail comme le transport, le ramassage de déchets ainsi que les métiers d'hôtes et hôtesse de caisse, de livreurs, de forces de l'ordre et de soignants⁵³.

La Covid-19 a exacerbé les inégalités en raison de la priorisation des personnes atteintes de la Covid-19, de l'oubli de certaines populations, des préjugés, des facteurs environnementaux, de la fermeture de structures et de la restriction des visites.

⁵¹<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/a-la-une/2020/04/refus-du-paiement-en-especes-en-raison-du-covid19-le-defenseur-des-droits-rappelle>

⁵² https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/covid_19_ISS/ORS_FOCUS_ISS_covid_vf_2020.pdf

⁵³https://www.orsidf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/covid_19_ISS/ORS_FOCUS_ISS_covid_vf_2020.pdf

2.2. La lutte contre les inégalités pendant la crise sanitaire a toutefois connu de vraies réussites

Les structures d'hébergement et de soins se sont réorganisées, de façon à limiter les inégalités dans la prise en charge de leurs patients ou résidents. Des actions de solidarité et de soutien spontanées ont aussi émergé sur tout le territoire pour lutter contre l'isolement et l'oubli des personnes les plus fragiles.

2.2.1. Des actions de solidarité spontanées issues de la société civile

Suppléant parfois aux carences de l'État, de nombreuses associations et entreprises se sont mobilisées face à la Covid-19. Ainsi, le collectif inter-associatif Solid-19, à Pantin, a organisé plusieurs fois par semaine des collectes et des distributions de produits de première nécessité pour aider les plus démunis à faire face au confinement⁵⁴. À Rennes, la Croix-Rouge a, elle aussi, accru ses distributions de paniers-repas à destination des personnes démunies durant la crise sanitaire⁵⁵.

Le groupe ACCOR a mis à disposition des chambres d'hôtel pour les personnes sans domicile fixe, de nombreux dons de matériels numériques ont permis de maintenir le lien entre les personnes malades ou fragiles isolées et leurs familles confinées. Par exemple, la Fondation Boulanger a offert 10 000 tablettes numériques⁵⁶. Des actions de restaurants solidaires envers les personnes vulnérables se sont également mis en place.

Des plateformes numériques de mobilisation citoyenne sont nées pour faire face à la crise sanitaire de la Covid-19, par exemple "jeveuxaider.gouv.fr" ou "covid19.reserve-civique.gouv.fr" à l'initiative de la réserve civique et destinée aux structures publiques ou associatives et aux citoyens souhaitant se mobiliser dans la lutte contre l'épidémie.

2.2.2. Des organisations innovantes dans les structures d'hébergement et de soins

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se sont organisés pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées en utilisant les outils technologiques et numériques de communication : lignes téléphoniques dédiées aux familles pour prendre des nouvelles de leurs proches et organisation de rendez-vous en

⁵⁴ <https://solidaires-handicaps.fr/>

⁵⁵ Entretien avec un bénévole de la Croix-Rouge en Ille-et-Vilaine.

⁵⁶ <https://www.fondationhopitaux.fr/la-fondation-boulanger-sengage-a-nos-cotes/>

visioconférence grâce à Skype⁵⁷. Certaines structures ont mis en place un réseau sécurisé de distribution de colis des familles vers les résidents⁵⁸. Des résidents ont également pu bénéficier de la mise en place de gazettes individuelles pour garder un lien avec leur famille⁵⁹. De plus, la communication sur les réseaux sociaux s'est beaucoup développée pendant cette période. Un montage des dessins reçus par les résidents de l'EHPAD de Coutances a, par exemple, été diffusé sur les réseaux sociaux⁶⁰. Les professionnels ont également fait preuve de solidarité. Des kinésithérapeutes sont intervenus bénévolement de façon plus fréquente pour favoriser la mobilité des résidents⁶¹.

Concernant les établissements de santé mentale, les réponses des structures ont été variables en fonction des pathologies. Certains établissements ont maintenu des activités ambulatoires pour les patients psychotiques, afin de pouvoir évaluer leur état et prévenir le risque de décompensation à domicile⁶². Des accueils téléphoniques dédiés ont été mis place à destination de l'entourage des patients et des résidents. Des établissements ont également modifié leur organisation afin d'hospitaliser les patients en chambre seule pendant la durée de la crise⁶³. Enfin, l'utilisation de la téléconsultation et le suivi téléphonique avec les familles se sont développés, permettant à certains établissements de reprendre contact avec leurs patients⁶⁴.

2.2.3. Des actions et dispositifs ont été mis en place pour les personnes vulnérables

Des centres de « desserments » ont été ouverts à destination des personnes sans domicile atteintes de la Covid-19 mais ne nécessitant pas d'hospitalisation. Par exemple, un ancien EHPAD qui accueillait le Secours populaire a été réquisitionné par l'Etat fin mars 2020 à Athis-Mons (91) en vue de les recevoir.

Un Plan d'urgence économique a acté une aide spécifique à apporter aux plus précaires via une « aide d'urgence » de 150 euros par famille bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), à laquelle s'ajoutent 100 euros par enfant.

⁵⁷ Entretien retranscrit en annexe 4.3

⁵⁸ Entretien retranscrit en annexe 4.1

⁵⁹ Entretien retranscrit en annexe 4.8

⁶⁰ Entretien retranscrit en annexe 4.2

⁶¹ Entretien retranscrit en annexe 4.8

⁶² Entretien retranscrit en annexe 4.7

⁶³ Entretien retranscrit en annexe 4.4

⁶⁴ Entretien retranscrit en annexe 4.9

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a proposé l'accès à la téléconsultation pour les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes, compte tenu de la fermeture de nombreux cabinets médicaux et du besoin exprimé par des publics comme les personnes âgées et les personnes handicapées.

À la suite de l'intervention du Défenseur des droits, des aménagements spécifiques ont été instaurés pour les personnes handicapées, comme l'attestation FALC⁶⁵ (Facile à lire et à comprendre) disponible en ligne. L'association Valentin Haüy a également fourni des documents spécialement adaptés aux personnes aveugles et malvoyantes qui pouvaient aussi, « à titre exceptionnel », se passer d'attestation pour sortir⁶⁶.

Le Président de la République, Emmanuel Macron, a annoncé le 1er avril 2020 un aménagement des règles de confinement pour certaines personnes handicapées, qui les autorisait à sortir « *un peu plus souvent* » dans des lieux « *porteurs de repères rassurants* ». Citons l'exemple du Parc de la légion d'honneur à Saint-Denis qui, sur autorisation de la Préfecture de Seine-Saint-Denis, a exceptionnellement ouvert ses portes aux enfants en situation de handicap et leurs familles⁶⁷. Cette ouverture a répondu à une demande des associations œuvrant à l'accompagnement des enfants handicapés pour soulager le quotidien des familles durant la période de confinement. Un accès réservé uniquement aux habitants de Saint-Denis, trois demi-journées par semaine (mardi et jeudi de 14h30 à 17h30, et le samedi de 9h à 12h) a été initié à titre d'expérimentation fin avril pour une semaine, puis reconduit.

Des mécanismes vertueux ont répondu à des mécanismes « vicieux » : supplément d'attention, mobilisation de nouvelles ressources, compensation.

⁶⁵ https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-voici-l-attestation-de-sortie-simplifiee-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap_3891479.html

⁶⁶ "Suite à l'intervention du Défenseur des droits, le Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées (SEPH) a décidé que l'attestation n'était pas nécessaire pour les personnes déficientes visuelles sous condition de présenter un justificatif du handicap, puis plus largement pour les personnes handicapées dont le handicap le justifie".

⁶⁷ <https://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/saint-denis-un-parc-rouvre-ses-portes-aux-enfants-autistes-ou-handicapes-26-04-2020-8306196.php>

3. En cas de nouvelle vague de la Covid-19 ou de future pandémie, les politiques publiques devront davantage reposer sur des mesures de prévention et en faveur de la cohésion sociale

3.1. Mesures de prévention⁶⁸

3.1.1. Mesures de prévention primaire

3.1.1.1. Améliorer la prise en compte des risques épidémiques

- Mettre en place de véritables plans épidémie dans les ESSMS **en renforçant le volet infectieux des plans blancs et bleus**, et en rappelant la nécessité de les réactualiser réellement et régulièrement afin de n'avoir pas à constater leur obsolescence au moment où survient une crise sanitaire.

Dans le cadre des plans épidémies, une liste de personnes (bénévoles, volontaires, agents) pouvant faire office de soutien en cas de crise devra être élaborée dans chaque établissement.

- **Revoir le classement de la Covid-19 par le ministère du Travail dans la catégorie des agents biologiques pathogènes de groupe II⁶⁹** (ceux « *pouvant provoquer une maladie* » mais dont la « *propagation*⁷⁰ »⁷¹ (qui souhaiteraient voir la Covid-19 rattachée au groupe IV comprenant « *les agents biologiques qui provoquent des maladies graves chez l'homme et constituent un danger sérieux pour les travailleurs* »⁷²).

3.1.1.2. Réglementer et réguler le marché des produits indispensables à la lutte contre la Covid-19

⁶⁸ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 "*la **prévention** est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps*". Comme le précise, sur son site internet, la Haute Autorité de Santé (HAS), « *Sont classiquement distinguées la **prévention primaire** qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la **prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence* ».

⁶⁹<https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19/proteger-les-travailleurs-les-emplois-les-savoir-faire-et-les-competences/proteger-les-travailleurs/article/securite-et-sante-des-travailleurs-les-obligations-generales-de-l-employeur-et>

⁷⁰<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018530508&cidTexte=LEGIARTI000006072050&dateTexte=20200627>

⁷¹ <https://www.marianne.net/debattons/billets/pour-le-gouvernement-en-matiere-de-droit-du-travail-le-covid-19-vaut-une-simple>

⁷²<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018530508&cidTexte=LEGIARTI000006072050&dateTexte=20200627>

- **Encadrer plus strictement le prix des masques à usage unique** (50 centimes maximum), **des masques à usage multiple et des solutions hydroalcooliques**. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), administration compétente pour contrôler le respect des prix réglementés, devra au besoin prononcer des sanctions à l'encontre des commerçants et pharmaciens concernés si les rappels à la loi n'ont pas produit d'effet⁷³.
- **Gratuité des masques⁷⁴ – y compris les masques transparents – et des solutions hydroalcooliques** pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, notamment bénéficiant des minimas sociaux (RSA, ASS, ASPA, APA...), les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

3.1.1.3. Lutter contre le surpoids, l'obésité et le diabète

- À ce titre, **la TVA sur les fruits et légumes et certains produits de première nécessité pourrait être à taux zéro ou au taux réduit de 2,1%**. De même, une hausse de la TVA sur certains produits gras et sucrés pourrait être mise en place en parallèle, sur le modèle de la taxe soda. Ces mesures s'inscriraient à la fois dans le Programme national nutrition santé ainsi que dans le cadre d'un nouveau Plan obésité. Dans une étude publiée dans *The Lancet*, des chercheurs des CHU de Lyon et de Lille ont démontré la corrélation entre les personnes souffrant d'obésité et les formes sévères de la Covid-19⁷⁵. Or, à l'instar du diabète⁷⁶, l'obésité touche les différentes catégories sociales de manière différenciée : elle est deux fois plus fréquente chez les ouvriers, employés, artisans et agriculteurs que chez les cadres supérieurs⁷⁷; et le pourcentage d'enfants d'ouvriers considérés comme obèses en classe de troisième est près de trois fois supérieur à celui des enfants de cadres supérieurs (7,5% contre 2,7%)⁷⁸.
- **Idée d'un chèque fruits et légumes sur le modèle du chèque énergie pour les personnes les plus précaires. Levier indéniable pour la consommation de fruits et**

⁷³ <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/encadrement-des-prix-pour-les-gels-hydroalcooliques-voir-la-faq>

⁷⁴ Le 21 juillet 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, a déclaré "*Nous allons réenclencher cette distribution de masques gratuits à destination des personnes précaires, notamment le public qui bénéficie de la complémentaire santé solidaire*".

⁷⁵ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/landia/PIIS2213-8587\(20\)30160-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/landia/PIIS2213-8587(20)30160-1.pdf)

⁷⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>

⁷⁷ <https://www.inegalites.fr/Obesite-et-milieus-sociaux>

⁷⁸ https://www.inegalites.fr/L-obesite-chez-les-jeunes-touche-davantage-les-milieus-populaires?id_theme=19

légumes, ce chèque avait déjà été évoqué par le Ministère de la santé et des solidarités dans son programme national nutrition santé 2006-2010. Il y proposait la distribution de bons d'achat pour les fruits et les légumes « *ciblés si possible sur les populations faibles consommatrices, afin d'encourager la découverte de ces produits* »⁷⁹.

Cette idée a de nouveau été évoquée fin février 2020 (période médiatiquement propice du fait du salon de l'agriculture) par le syndicat des professionnels du fruit et du légume frais (l'Interfel) qui a demandé aux pouvoirs publics de mettre en place un chèque pour les populations en grande difficulté. Le Programme national nutrition santé recommande de manger 400 grammes de fruits et légumes par jour. Lutter contre l'obésité permet aussi de limiter la prévalence des formes graves de la Covid-19. Mais selon le treizième observatoire du prix des fruits et légumes de l'association Familles Rurales⁸⁰, cette quantité quotidienne conseillée de 400 grammes représente un budget de 117 à 222 € par mois (soit 10% à 18% d'un SMIC net mensuel) pour une famille de deux adultes et deux enfants. Ce budget mensuel peut paraître hors d'atteinte pour les personnes confrontées à la précarité économique, *a fortiori* dans un contexte national marqué par une hausse du taux de pauvreté⁸¹ et une explosion du chômage⁸².

3.1.1.4. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

- À ce titre, il convient dans un premier temps d'assurer une **meilleure mesure de ces inégalités**⁸³. La Stratégie nationale de santé (SNS) et les missions des ARS incluent la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans leurs objectifs. Il convient cependant de mettre l'accent sur leur mesure et de les intégrer au Système national des données de santé (SNDS) puis, dans un second temps, à un plan d'action national à destination des zones prioritaires qui reposerait sur deux axes : l'emploi et la santé. Ce

⁷⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>

⁸⁰ <https://www.famillesrurales.org/988/familles-rurales-publie-les-resultats-de-son-observatoire-des-prix-fruits-et-legumes-2019>

⁸¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4231288>

⁸² <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-nouvelle-tres-forte-hausse-du-chomage-en-avril-1206476>

⁸³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377728?sommaire=1377742>

plan serait piloté par le ministère de la Cohésion des territoires secondé par le ministère de la Santé et des Solidarités.

- **Intensifier les actions de rénovation urbaine** menées par l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), dans le cadre du Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), afin de développer une politique d'amélioration de l'habitat dans les quartiers prioritaires politique de la ville (QPPV). En effet, il semble établi qu'une des facettes du mal-logement (familles nombreuses logeant dans des habitations trop exigües faute de ressources financières suffisantes) a contribué à la propagation de la Covid-19 au sein des foyers : la circulation du virus étant facilitée dans les espaces clos, le manque d'espace a joué un rôle accélérateur dans la contagion de familles entières, notamment en Seine-Saint-Denis et dans les arrondissements populaires du nord-est parisien⁸⁴.

3.1.2. Mesure de prévention secondaire : faciliter les recours aux tests dans les territoires les plus défavorisés

- **Étendre la campagne de tests massifs et gratuits à travers un dispositif de tests itinérants dans les territoires fragiles**, notamment les QPPV.
- **Envoyer des bons de tests gratuits** à destination des populations et des territoires les plus précaires.

Ces tests ciblés permettraient notamment d'identifier les clusters dormants (concentrations de personnes asymptomatiques et/ou paucisymptomatiques).

3.1.3. Mesure de prévention tertiaire : mieux calibrer les modalités du confinement en établissement social et médico-social, en particulier en EHPAD

Autant que possible, éviter le confinement en chambre en privilégiant le confinement dans des zones ou dans des étages. Plus généralement, en cas de recours ultérieur au confinement généralisé en France, il conviendra même – comme évoqué précédemment – de s'interroger sur la pertinence de l'interdiction totale des visites des familles des personnes

⁸⁴ https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/05/17/coronavirus-une-surmortalite-tres-elevee-en-seine-saint-denis_6039910_3224.html et http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3083_proposition-resolution

âgées accompagnées. En effet, lors de cette crise sanitaire, les inconvénients de cette mesure (syndrome de glissement frappant les résidents des EHPAD) semblent l'avoir emporté sur ses avantages putatifs (limiter les risques d'« importation » de la Covid-19 par des personnes extérieures à l'établissement) sans même avoir protégé les structures de la pénétration du virus (10 500 morts dans les EHPAD et établissements médico-sociaux⁸⁵ 17 juillet, auxquels il faut ajouter 4 000 résidents décédés à l'hôpital après y avoir été transférés).

3.2. Mesures en faveur de la cohésion sociale

3.2.1. Prendre en compte la question sociale à travers une stratégie globale pour l'inclusion des publics les plus précaires

- **Allouer des prestations sociales spécifiques en cas de crise sanitaire de type Covid-19 sur le modèle des mesures spécifiques du plan d'urgence économique à destination des plus précaires, notamment les bénéficiaires du RSA.** Le gouvernement a versé le 15 mai une « aide d'urgence » de 150 euros par famille bénéficiaire du RSA ou de l'ASS, à laquelle s'ajouteront 100 euros par enfant. Le niveau de ces prestations pourrait être revu à la hausse. Ainsi, selon une proposition de la Fondation Abbé Pierre, l'aide devrait atteindre le montant de 250 euros par personne et par mois⁸⁶.
- Plus généralement, à l'instar du Canada (qui a mis en place une prestation d'urgence de 2 000 dollars par mois durant quatre mois⁸⁷) ou de l'Argentine (dont le gouvernement a gelé les loyers des particuliers par un décret du 29 mars 2020⁸⁸), la France pourrait utilement compléter ses stabilisateurs automatiques en adoptant des mesures plus conjoncturelles de protection des ménages.

⁸⁵ <https://dashboard.covid19.data.gouv.fr/vue-d-ensemble?location=FRA>

⁸⁶ https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/l-aide-exceptionnelle-de-solidarite-ne-suffit-pas-pour-la-fondation-abbe-pierre-qui-reclame-un-fonds-national-d-aide-au-paiement-des-loyers-et-des-charges_3917747.html et https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/aide-exceptionnelle-pour-les-plus-precaires-elle-etait-imperative-pour-la-fondation-abbe-pierre-qui-regrette-beaucoup-de-trous-dans-la-raquette_3965687.html

⁸⁷ <https://information.tv5monde.com/info/coronavirus-au-canada-quelles-mesures-d-urgence-economiques-353149>

⁸⁸ https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjfna_F66DqAhV0CmMBHc6aChgQFjAJegQIBBAB&url=http%3A%2F%2Fwww.awex-export.be%2Ffiles%2Flibrary%2FFiches-Pays%2FAMERIQUES%2FCORONA-VIRUS-FICHE-CEC%2FMISE-A-JOUR-MAI-2020%2FArgentine-MESURES-COVID-19-27.05.2020.pdf

- Permettre le paiement en espèces pour les personnes sous tutelle et les plus précaires.** Dès le 30 mars 2020, le Défenseur des droits a alerté sur le nombre croissant de commerces refusant les paiements en espèces, y compris en provenance de publics vulnérables n'ayant pas à leur disposition d'autres moyens de paiement⁸⁹. Or aucune des dispositions de la loi du 23 mars 2020 instaurant un état d'urgence sanitaire n'autorise les commerces à restreindre les possibilités de paiement en espèces - cette restriction pouvant de plus être assimilée à une discrimination au sens de la loi n°2008-496 du 27 mai 2008⁹⁰. Il est donc souhaitable de procéder à une sensibilisation accrue des professionnels (possibilité d'ouverture de compte clients sous tutelle et paiement par le mandataire). Enfin, il faut favoriser (au moyen de crédits d'impôt, de subventions, d'incitations financières ou de mécanismes de suramortissement) l'équipement des commerces de proximité en monnayeurs de caisse automatique. En effet, ces derniers restreignent les contacts humains et limitent les risques de propagation de la Covid-19 au sein des commerces.
- Ouverture d'un nombre minimum de bureaux de postes sur le territoire national** (un sur deux par exemple), afin de permettre aux publics les plus précaires de pouvoir percevoir les prestations sociales notamment. En effet, le samedi 21 mars, le groupe La Poste a décidé de fermer simultanément ses 1600 bureaux implantés sur le territoire national⁹¹. Ceux-ci n'ont ensuite rouvert que progressivement et dans des proportions variables selon les territoires. À la fois service public de proximité et banque impliquée dans la lutte contre l'exclusion bancaire⁹², la Poste devrait à l'avenir réussir à maintenir un maillage optimal du territoire, même en cas de crise sanitaire.

3.2.2. Adapter la prise en charge en période de crise : nécessité de renforcer les dispositifs hors les murs ainsi que l'éducation thérapeutique des familles et proches

- Mettre en place systématiquement des dispositifs de prise en charge hors les murs en cas de crise concernant les personnes handicapées et les personnes souffrant de troubles psychiatriques.** À ce titre, des modalités précises pour la continuité de la prise

⁸⁹ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communiquede-presse/2020/04/le-defenseur-des-droits-rappelle-que-le-paiement-en-especes-ne-peut>

⁹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018877783>

⁹¹ <https://www.francebleu.fr/infos/economie-social/coronavirus-la-poste-ferme-ses-bureaux-et-suspend-activites-samedi-21-mars-1584704377>

⁹² <https://www.lesechos.fr/2014/08/comment-la-banque-postale-lutte-contre-lexclusion-bancaire-289430>

en charge d'urgence en cas de fermeture – via téléconsultations et à domicile – devront être mises en œuvre.

- **Mettre en place un suivi à distance via les outils numériques** (même logique que les téléconsultations) qui devra nécessairement s'appuyer sur l'équipement des établissements, des professionnels et des familles.
- **Accroître la formation des proches et parents à des pratiques thérapeutiques :**
 - **Éducation thérapeutique des parents et proches : les parents d'un enfant handicapé peuvent suivre des formations à certaines techniques pédagogiques et méthodes de communication (ABA, TEACCH, Makaton...), ou encore pour mieux connaître le handicap de leur enfant.** Le développement de l'éducation thérapeutique pourrait permettre de limiter à l'avenir les situations de « *burn out* » de parents soulignées par une directrice d'IME⁹³ qui a répondu à notre questionnaire : en effet, en entraînant la fermeture *de facto* de nombreux IME, le confinement a contraint des parents d'enfants handicapés à devoir – à nouveau – en assurer la prise en charge quotidienne et sans interruption (et ce parfois sans aide extérieure).
 - **Uniformiser la prise en charge des formations à l'éducation thérapeutique par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) :** il n'existe pas véritablement de formations reconnues par l'État. Les MDPH examinent donc les demandes au cas par cas en s'assurant que la **formation délivrée** est en lien avec le handicap et apporte un bénéfice à l'enfant.

3.2.3. Proposer des solutions permettant de préserver le lien social

- **Droit de visite minimal, dans la mesure du possible,** pour les personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux et dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Un protocole strict à respecter, comme celui applicable dès le 20 avril 2020⁹⁴ dans les EHPAD, pourrait être mis en œuvre dans chaque établissement concerné.

⁹³ Questionnaire retourné par la directrice de l'IME La Cigale (Nîmes)

⁹⁴https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_relatif_aux_consignes_applicables_sur_le_confinement_dans_les_essms_et_unites_de_soins_de_longue_duree.pdf

- **Doter chaque établissement d'un minimum de tablettes par résident (un ratio d'une tablette pour 30 résidents pourrait être envisagé) et d'outils permettant aux résidents de discuter avec leurs proches via des solutions numériques (tablettes, ordinateurs portables, robots de téléprésence, smartphones...).** À ce titre, un programme national d'achats d'outils numériques pourrait être lancé par le ministère des Solidarités et de la Santé, avec l'appui du ministère de l'Économie et des Finances.

3.2.4. Permettre à certaines personnes souffrant de handicap ou de troubles psychiatriques de bénéficier d'un meilleur accès à des espaces « porteurs de repères »

- **Veiller à ce que les autorités locales (maires, préfets) autorisent l'ouverture des parcs et jardins au bénéfice de certaines personnes en situation de handicap, notamment celles souffrant de troubles autistiques (et dans une moindre mesure à des personnes souffrant de troubles psychiatriques).**
- **Veiller à ce que cette ouverture soit sur des créneaux assez larges (par exemple 9h-12h à 14h-18h) et au moins 5 jours par semaine (par exemple : lundi, mercredi, vendredi, samedi, dimanche) pour permettre un usage adapté et régulier de ces espaces.**
- **Associer les associations œuvrant dans le champ du handicap à la gestion du dispositif, secondées par des agents publics (gardes-champêtres, policiers municipaux).**
- **Mettre en place des contrôles (attestation de la MDPH, justificatif de dépôt de la demande à la MDPH, carte d'invalidité), l'enfant (ou l'adulte) devant obligatoirement être accompagné d'une personne majeure**

Conclusion

La Covid-19 a eu de lourdes conséquences sur le plan humain et économique. Elle a touché plus de 13,8 millions de personnes et causé plus de 590 000 morts dans le monde à la date du 17 juillet 2020.

Elle s'est révélée être une source d'accroissement des inégalités sociales. Les personnes âgées, en situation de handicap, souffrant de troubles psychiatriques et victimes d'inégalités sociales vis-à-vis du système de santé étaient déjà identifiées comme des populations fragilisées. Ces inégalités ont été majorées lors de la gestion de la crise. La Covid-19 a ainsi été révélatrice d'une fracture sociale, avec une partie non négligeable de la population qui s'est retrouvée démunie, isolée voire oubliée face à la pandémie, et ce malgré l'action conjuguée des pouvoirs publics, des associations, des citoyens et des entreprises.

Pour autant, la crise sanitaire de la Covid-19 a vu l'émergence de mouvements de soutien et de solidarité. Elle a permis une prise de conscience de l'ampleur des inégalités. Elle constitue même une opportunité pour promouvoir un nouveau paradigme et un changement social. Quel type de société voulons-nous ? Quelles sont les valeurs que nous devons prôner dans la société ? Comment lutter contre les inégalités ? N'est-il pas souhaitable pour notre société de ne pas se limiter au principe de précaution mais plus globalement d'appliquer un principe de prévention⁹⁵ (Moatti et Peretti-Watel, 2009) ?

Il semble donc nécessaire de prendre en compte la question des inégalités sociales pour adapter les prises en charge, préserver le lien social et améliorer l'inclusion sanitaire et sociale des plus précaires. Prévenir ce type de crise nécessite d'élaborer des plans de pandémie spécifiques aux ESSMS et en direction des populations fragilisées. Cela suppose également d'anticiper les moyens de maintenir les activités inhérentes aux prises en charge dans et hors les murs, par la prise en compte des besoins spécifiques des populations les plus précaires et l'octroi de soutiens financiers, matériels et psychologiques.

⁹⁵<http://ses.ens-lyon.fr/articles/sociologie-du-risque-et-crisis-sanitaires-un-eclairage-sur-la-pandemie-du-coronavirus>

Bibliographie

Ouvrages

- Le système des inégalités. Paris, La Découverte, « Repères », 2008, Bihr Alain, Pfefferkorn Roland, 128 p.

Rapports

- *Rapport sur les inégalités en France, édition 2019*. Sous la direction d'Anne Brunner et Louis Maurin, édité par l'Observatoire des inégalités, juin 2019.
- *"L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes"*, N. Blanpain, division Enquêtes et études démographiques, Insee, N°1687, 06/02/2018
- *"La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens"*, Observatoire régional de santé, avril 2020
- *"Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960"*, Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, IGAS, N°2017-064R, Novembre 2017
- *"L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap"*, Marie-Odile Safon Véronique Suhard, IRDES, novembre 2017
- *"Covid-19 : contribution du comité consultatif national d'éthique : Enjeux éthiques face à une pandémie"*, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 13 mars 2020
- *"Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions pour la promotion de la santé"*, IREPS Auvergne Rhône-Alpes, 30 mars 2020
- *"Recommandations en urgence du 25 mai 2020 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val d'Oise)"*, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Journal officiel de la République française, 19 juin 2020
- *"Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020"*, Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), IRDES, n°249, juin 2020

Articles

- “*L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie*”, Pr Didier Fassin, Collège de France, chaire Santé publique (2019-2020), 16 avril 2020
- Damon Julien, « Des inégalités déconfinées par le coronavirus », *Futuribles*, 2020/4 (N° 437), p. 53-59. DOI : 10.3917/futur.437.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-futuribles-2020-4-page-53.htm>
- <https://theconversation.com/covid-19-les-classes-populaires-paient-elles-le-plus-lourd-tribut-au-coronavirus-en-france-138190>
- http://www.cso.edu/fiche_actu.asp?actu_id=2573
- ” *Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés*”, J.Gervaix, G.Haour, M.Michel, K.Chevreur, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 65, Supplement 2, Page S79 , May 2017

Sites internet

- Site de Legifrance
- Site du ministère de l'Économie et des Finances
- Site du ministère des solidarités et de la santé
- Site de l'Assemblée nationale
- Site de l'INSEE
- Site de l'Observatoire des inégalités
- Site du Défenseur des droits
- Site de l'Institut Pasteur
- Site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Site de l'association nationale Familles Rurales
- Site des quotidiens : *Le Monde*, *Les Échos*,
- Site de l'hebdomadaire *Marianne*
- Site de l'OXFAM
- Site de Vie Publique
- Site de l'ARS
- Site de Santé publique France

Liste des annexes

Annexe 1 : Recommandations

Annexe 2 : Méthodologie

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Entretiens retranscrits

- 4.1. Directeur adjoint dans un CH gérontologique
- 4.2. Interne en pédiatrie (renfort en unité Covid-19)
- 4.3. Directeur adjoint en charge de la filière gériatrique
- 4.4. Cadre de santé dans un EPSM
- 4.5. Praticien hospitalier (psychiatre) dans un EPSM
- 4.6. Directeur d'un Institut Médico-Éducatif (IME)
- 4.7. Cadre supérieur d'un pôle santé mentale
- 4.8. Directrice déléguée d'un EHPAD
- 4.9. Directeur adjoint (DRH et DAM) dans un EPSM
- 4.10. Bénévole à la Croix-Rouge et enseignant-chercheur à l'EHESP

Annexe 1 : Recommandations

Recommandations concernant la prévention

▪ Prévention primaire

1. Mettre en place de véritables plans pandémie dans les ESSMS en renforçant le volet infectieux des plans blancs et bleus
2. Revoir le classement de la Covid-19 par le ministère du Travail dans la catégorie des agents biologiques pathogènes de groupe II afin de permettre une meilleure protection des travailleurs
3. Structurer une politique de gratuité et d'encadrement des prix des masques et gels hydroalcooliques, pour en garantir l'accès à tous, y compris aux plus démunis
4. Accroître la lutte contre l'obésité et le diabète à travers la baisse de la TVA sur les produits de première nécessité et la mise en place d'un dispositif de chèque fruits et légumes pour les plus précaires
5. Renforcer la mesure des inégalités sociales de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) et l'intégration des données obtenues dans le système national des données de santé (SNDS)
6. Intensifier les actions de rénovation urbaine menées par l'ANRU, dans le cadre du NPNRU, afin de développer une politique d'amélioration de l'habitat dans les QPPV.

▪ Prévention secondaire

7. Faciliter les recours aux tests dans les territoires les plus défavorisés

▪ Prévention tertiaire

8. Rendre plus souples les modalités de confinement dans les ESSMS

Recommandations concernant la cohésion sociale

9. Pérenniser l'octroi de prestations spécifiques en cas de crise sanitaire majeure pour les plus précaires sur le modèle des mesures du plan d'urgence économique
10. Permettre le paiement en espèce pour les personnes sous tutelle et les plus précaires

11. Ouvrir un nombre minimum de bureaux de poste sur le territoire national (un sur deux par exemple), afin de permettre aux publics les plus précaires de pouvoir percevoir les prestations sociales.
12. Mettre en place systématiquement des dispositifs de prise en charge hors les murs en cas de crise concernant les personnes handicapées et les personnes souffrant de troubles psychiatriques
13. Poursuivre les dispositifs de lignes téléphoniques et de visites dédiées pour les personnes âgées, les personnes handicapées ou souffrant de troubles psychiatriques
14. Poursuivre le développement de la télémédecine
15. Renforcer la formation des proches et parents de personnes en situation de pratiques thérapeutiques via le renforcement des formations à l'éducation thérapeutique et l'uniformisation de la prise en charge des formations par les MDPH
16. Garantir – dans la mesure du possible – un droit de visite minimal dans les ESSMS
17. Doter chaque établissement accueillant du public de tablettes et outils numériques adaptées à la visiophonie
18. Veiller à ce que les autorités locales permettent l'ouverture de parcs et jardins au bénéfice de certaines personnes handicapées et souffrant de troubles psychiatriques en cas de période de confinement

Annexe 2 : Méthodologie

I. DÉTERMINATION DU SUJET ET DES THÈMES

Le sujet initial de notre rapport était « *la diversité dans tous ses états – un sujet de responsabilité sociétale* ». Toutefois, la pandémie de Covid-19 nous a amenés à modifier notre thématique de travail pour prendre en compte cette crise sans précédent. Nos premières réflexions ont permis de faire émerger deux sujets, en lien avec la diversité : les inégalités et les discriminations. Très rapidement, il a été convenu de travailler sur les inégalités – ensemble comprenant les discriminations – et notamment sur la relation entre l'accroissement des inégalités sociales et la Covid-19. En effet, cette crise sanitaire a rapidement été identifiée comme facteur de l'accroissement des inégalités sociales.

Le choix des quatre thèmes a été somme toute assez facile. Si des thèmes comme les inégalités scolaires et la violence faite aux femmes, étaient de prime abord très intéressants à aborder, nous avons décidé de nous limiter à des thèmes ayant des liens entre eux et qui sont au cœur de nos futurs métiers de cadres dans le secteur sanitaire, social et médico-social. Les quatre thèmes retenus sont les suivants :

- Handicap
- Vieillesse
- Personnes souffrant de troubles psychiatriques
- Inégalités sociales de santé

II. DOCUMENTATION ET PARTAGE DE L'INFORMATION

Cette phase de recherche documentaire nous a permis de nous immerger dans le sujet et dans les différents thèmes. La plupart des documents que nous avons exploités sont issus de nos recherches sur internet et de la lecture de la presse. En effet, compte tenu de la pandémie de Covid-19, il nous était très difficile d'accéder à la documentation de la bibliothèque de l'EHESP.

Par ailleurs, d'autres ressources nous ont permis de consolider nos connaissances sur le sujet, comme une conférence sur l'impact de la Covid-19 sur les inégalités sociales, des podcasts ou encore des reportages télévisuels sur l'impact de la Covid-19.

Afin de partager nos articles de presse et nos différentes ressources, nous nous sommes servis des outils numériques à notre disposition, à savoir Teams et WhatsApp. À ce titre, nous avons très rapidement créé un groupe WhatsApp et un dossier Teams partagé. Ces deux applications nous ont permis de faire fi de la distance entre nous, du fait que nous ne nous connaissions pas pour la majorité d'entre nous, et enfin des contraintes personnelles et professionnelles (stages) des différents membres du groupe.

III. ENQUÊTE QUALITATIVE

L'enquête par entretiens est au centre des résultats qui sont détaillés dans le présent rapport. Le choix d'entretiens de type semi-directif a fait l'objet d'un consensus au sein du groupe. Il a donc été nécessaire d'élaborer un guide d'entretien (Annexe 3), dont l'avantage est double, puisqu'il nous a permis de disposer d'un cadre général pour ces entretiens, tout en nous laissant une marge de manœuvre au niveau de leur déroulement. Deux guides d'entretiens ont été élaborés et il a été convenu, à l'issue des trois premiers entretiens, d'opter pour l'un des deux guides qui avait l'avantage, selon l'un de nos animateurs, « *de ne pas tourner autour du pot et d'aller à l'essentiel* ».

Le guide d'entretien final a été constitué autour de deux axes :

1. La présentation de l'interviewé(e), de son parcours et de l'établissement
2. La Covid-19 et les conséquences sur l'établissement

La phase d'entretiens s'est déroulée en différents temps : identification des profils à interroger, recherche de contacts, réalisation et analyse des entretiens.

Concernant l'identification des profils à interroger, l'idée retenue a été de nous limiter à deux ou trois entretiens par thème. Par ailleurs, il nous est apparu nécessaire de ne pas nous restreindre à des seuls cadres administratifs ou directeurs de structures, mais d'élargir notre panel d'interviewés au personnel soignant (cadres de santé, médecins...).

Pour trouver nos futurs interviewés, nous nous sommes principalement basés sur nos différents réseaux professionnels. Deux contacts nous ont par ailleurs été proposés par les animateurs de notre MIP. Nous avons interviewé dix personnes⁹⁶, provenant de régions distinctes et exerçant les fonctions suivantes :

- Un directeur adjoint d'un centre hospitalier gériatrique
- Un directeur adjoint chargé de la filière gériatrique dans un hôpital de proximité
- Un interne en pédiatrie ayant été affecté en renfort dans une unité Covid-19
- Une directrice d'IME
- Un praticien hospitalier (psychiatre) dans un EPSM
- Une cadre de santé dans un EPSM
- Un cadre supérieur de santé dans un pôle de santé mentale
- Une directrice déléguée d'un EHPAD
- Un DRH-DAM dans un EPSM
- Un bénévole à la Croix-Rouge, également enseignant-chercheur à l'EHESP

Lors de chaque entretien, nous avons précisé le cadre de notre rapport, son objectif, le sujet, les différents thèmes et l'anonymat des personnes interviewées. En outre, la possibilité a été donnée systématiquement de refuser l'enregistrement sonore de l'entretien.

⁹⁶ L'entretien avec la directrice d'IME s'est fait par l'envoi d'un questionnaire par mail.

Les entretiens ont donc été enregistrés avec des téléphones, avec l'accord des interviewés. Chaque entretien a été ensuite retranscrit par la personne l'ayant réalisé. Deux membres du groupe se sont proposés pour retranscrire leur entretien respectif dans son intégralité. Les autres entretiens ont donné lieu à une retranscription partielle sous la forme d'une synthèse.

La lecture de l'ensemble des entretiens par chaque membre du groupe a permis par la suite la formalisation d'une grille d'analyse, basée notamment sur les questions de notre guide d'entretien. Cette grille d'analyse a facilité la classification et l'exploitation des données recueillies.

Enfin, l'observation dans le cadre de nos stages durant la Covid-19, nous a permis de disposer d'un certain nombre d'informations sur l'impact de la Covid-19 sur les inégalités. Ainsi, l'exploitation de nos propres observations fait partie intégrante du présent rapport. Ceci étant, ces observations restent résiduelles et n'ont pas donné lieu à une exploitation aussi riche que la documentation ou les entretiens.

IV. RÉDACTION

Après la phase qualitative, il a semblé nécessaire de passer à la phase rédactionnelle. À ce titre, nous nous sommes basés sur une proposition de plan qui avait été faite en amont. Les données recueillies dans le cadre des entretiens nous ont permis d'affiner ce plan. Ainsi, à partir d'un tableau partagé sur Teams, chaque membre du groupe a pu, seul ou en binôme, choisir un certain nombre de points, parties ou sous-parties à rédiger. Une fois l'ensemble des éléments rédigés, une phase de consolidation et d'harmonisation a été nécessaire.

Annexe 3 : Guide d'entretien

MODULE INTERPROFESSIONNEL 2020

Les effets de la pandémie de Covid-19 sur les inégalités

GUIDE D'ENTRETIEN

Nom de l'interviewé(e) :

Fonction de l'interviewé(e) :

Date de l'interview :

Enregistrement sonore de l'entretien : Oui Non

I. PRÉSENTATION

1. Quelles fonctions exercez-vous au sein de votre structure ?
2. Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?
3. Pourriez-vous présenter votre structure actuelle ?

II. LA COVID-19, LES INÉGALITÉS ET VOTRE STRUCTURE

1. Qu'avez-vous vu qui est allé dans le sens de l'accroissement des inégalités chez les patients / résidents ?
2. Qu'est ce qui a été mis en place pour réduire les inégalités chez les patients / résidents ?
3. Quelles sont les conséquences indirectes de la crise de la Covid-19 au regard du report des opérations et des visites médicales mais aussi de l'interdiction de visites de proches et de permissions ?
4. Quelles sont vos recommandations pour réduire l'accroissement des inégalités en période de crise sanitaire ?

Annexe 4 : Entretiens

4.1. Directeur adjoint en charge des ressources humaines, de la qualité, de la gestion des risques et de la relation usagers dans un centre hospitalier gériatrique

Bonjour, pouvez-vous vous présenter brièvement, présenter également votre parcours et votre établissement ?

Je suis M. X, je suis directeur adjoint de l'établissement X en région parisienne. Je suis en charge des ressources humaines, de la qualité, de la gestion des risques et de la relation usagers. L'établissement X, c'est un établissement de 350 lits et places. C'est un établissement hospitalier tourné uniquement vers la gériatrie. On a un SSR, une USLD, un EHPAD, un accueil de jour et un hôpital de jour.

Au niveau de mon parcours, cela fait 10 ans que je suis directeur. J'ai commencé comme directeur d'EHPAD. J'ai ensuite travaillé dans un établissement public de santé mentale. Et aujourd'hui, je suis dans un centre hospitalier gériatrique.

En quoi la Covid-19 a entraîné une forme d'accroissement des inégalités chez les patients et les résidents ?

On est déjà un établissement qui de toute façon accueille des personnes très vulnérables, d'un point de vue social. On est dans le nord du département. Pour l'EHPAD, on est l'un des moins chers du département. On est l'un des rares établissements publics du département. Donc on a une vocation d'accueil des publics défavorisés. Quel que soit le service, EHPAD, SSR, USLD, on accueille des gens qui ont des problèmes sociaux, qui sont isolés. Sur l'EHPAD, on doit être à 70% de résidents de l'EHPAD à l'aide sociale. C'est conséquent.

Et le Covid accentue tout ça. **On a déjà des résidents et patients isolés, le Covid renforce cette situation. Par définition, avant même le confinement, c'étaient déjà des gens qui ne voyaient pas grand monde. Là en plus, sans les associations, sans les bénévoles présents, ils ont dû se sentir encore plus seuls.**

Par rapport au Covid en lui-même, on est aussi victime de la géographie. On est un établissement qui est positionné dans une zone qui a été très touchée par le Covid. Par conséquent, en étant dans une zone contaminée, les résidents et patients avaient une probabilité plus forte d'être contaminés, d'avoir du personnel contaminé, d'avoir des proches contaminés et c'est d'ailleurs comme cela que ça s'est répandu dans l'établissement.

Qu'avez-vous essayé de mettre en place pour lutter contre l'isolement et l'accroissement des inégalités de manière générale ?

Au début, on ne savait pas combien de temps allait durer le confinement. Mais **on se doutait que vu le public que l'on a, on serait les premiers confinés et que l'on serait probablement les derniers déconfinés. Cela a été très mal vécu par les patients et par les résidents. Mais également par les familles. La première semaine, cela a été très**

compliqué de leur faire comprendre le confinement car le confinement de l'ensemble de la population n'avait pas encore été décidé. Je crois que l'on a mis en place le confinement au sein de l'établissement le 11 mars alors que le confinement pour l'ensemble de la population a été effectif à partir du 17 mars. Une semaine pendant laquelle les familles n'ont pas compris. On a des familles qui ont essayé de rentrer de force dans l'établissement. C'était quand même un petit peu chaud.

Donc dès le début, on s'est posé la question de comment on pouvait remédier à cela. Pour permettre de maintenir un lien social pour nos résidents et nos patients. Mais aussi pour des aspects pratiques. Très rapidement, on a dû mettre en place un circuit linge pour le SSR notamment. Car concernant le SSR, le linge est nettoyé par les familles. Une partie des familles de l'EHPAD et de l'USLD préfèrent s'occuper des linges de leur parents. En urgence, on a mis en place un système pour s'occuper du linge. C'est un exemple basique.

Mais aussi, pour maintenir le lien social, très rapidement les soignants dans les services ont été assaillis d'appels par les familles. Alors même que le taux d'absentéisme va grimper avec l'avancée de la crise. **On a mis en place une ligne téléphonique dédiée pour les familles, un numéro unique pour que les familles puissent prendre des nouvelles de leurs proches. On a détaché un agent administratif à 100% sur cette tâche-là. Ensuite, il y avait des résidents qui avaient du mal à contacter leurs familles. Soit parce qu'ils n'avaient pas la capacité physique de joindre leurs proches, soit parce qu'ils n'avaient pas de téléphone en chambre, soit pour d'autres raisons. Donc on a mis en place la possibilité de prise de rendez-vous avec les familles.**

On a aussi mis en place une organisation pour qu'un membre du personnel puisse tenir le téléphone pour que nos résidents et patients puissent appeler ou recevoir un appel de leurs proches. Très vite, on a élargi cela avec des visio entre les familles et les résidents. Là encore, grâce à l'intermédiaire de professionnels de l'établissement pour que les résidents et leurs familles puissent se voir.

Vu les soucis que l'on a eu avec La Poste, qui très rapidement ne permettait plus d'acheminer, de recevoir des colis, on a mis en place un réseau de distribution de colis des familles vers les résidents. En assurant la sûreté sanitaire, car on savait qu'il y avait un risque de transmission du virus avec les colis. Donc on a mis en place un sas de décontamination des colis dans lesquels les familles pouvaient déposer les colis. Puis après, on décontaminait les colis une nuit puis ensuite il fallait les distribuer.

Tout cela c'était les premières mesures que l'on a mis en place au sein de l'établissement, dans le cadre de la crise ; dès les premières semaines. Dès que cela a été possible, on a rouvert l'établissement pour les fins de vie. On a demandé aux médecins de contacter les familles lorsqu'il y avait un cas de fin de vie. On a organisé un circuit spécifique lorsqu'il y avait des fins de vie. Et ensuite, on s'est organisé pour mettre en place les visites médiatisées, celles sur rendez-vous. Avec la présence de professionnels. C'est quelque chose qui a demandé une grande mobilisation du personnel, la question de la coordination, de la prise de rendez-vous. Puis après, sur place, il fallait des professionnels dans les services pour faire l'intermédiaire. Ça a été compliqué, ça a été une très lourde organisation à mettre en place.

Aviez-vous anticipé cela dans le plan blanc, ce type de crise ?

Pas du tout. Mais la chance que l'on avait par rapport à un établissement médico-social autonome, que je connais bien puisque j'en ai dirigé un avant, on a des moyens supérieurs qui nous permettent d'être plus réactifs. On a des médecins sur place, on a un service qualité avec une ingénierie qualité. On a un tas de moyens, avec un nombre de personnel important, faut le reconnaître. Par rapport à un EHPAD autonome, on a des ratios de personnel plus importants, des éducateurs, des psychologues que l'on a pu détacher après. Tout cela a été positif. Par contre, dire que l'on avait anticipé une telle crise, des circuits comme cela, non. On avait une organisation de crise qui existait. On avait un plan blanc. Dès le départ, on a déclenché le plan blanc, le 2 mars. C'est-à-dire avant que la crise entre dans une phase aigüe. On avait déjà commencé à se réunir en cellule de crise. On s'était déjà mis en organisation de crise pour pouvoir prendre des décisions et trouver des solutions rapidement. Par contre dire que l'on avait anticipé les solutions, ce n'est pas le cas.

Dans votre modèle organisationnel, est-ce que vous avez essayé de travailler avec d'autres établissements à proximité durant cette période de crise ?

Alors oui. On n'a pas encore fait le RETEX sur la crise mais il y a déjà quelque chose que l'on se dit, c'est que l'on s'est peut-être isolé au départ. On aurait dû peut-être aller vers l'extérieur. On a été tellement happé par le quotidien que l'on a mis des œillères à un moment donné. Néanmoins, assez rapidement, on a sollicité nos partenaires. On fait partie d'un GHT, groupement hospitalier de territoire. Donc on a essayé d'échanger avec les établissements partenaires du GHT. Rapidement, on avait par exemple quelques masques FFP2, on a choisi de les donner au centre hospitalier V qui avait déjà des cas de Covid. Eux en échange, quelques semaines plus tard, où on était en manque de gants de soins, ils nous en ont donné. Donc il y a eu au début quelques petits échanges comme cela.

Ensuite, ce qui est apparu très compliqué, c'est que les médecins ont été démunis. C'est une maladie émergente donc par définition les médecins n'y étaient pas habitués. Il y avait des tableaux techniques qui étaient peu détaillés sur la Covid concernant les personnes âgées. Assez vite, on s'est mis à la recherche d'expériences de terrain pour nourrir le diagnostic des médecins qui avaient besoin d'informations.

Il y a un moment donné on a eu des soucis car on arrivait plus à évacuer les corps des patients décédés. Les chambres funéraires étant complètes, on avait de gros soucis de personnel dus à l'absentéisme. Ça a été très compliqué à cette période. Et là pour le coup, on a eu le soutien d'hôpitaux de l'AP-HP, qui sont habituellement nos partenaires d'amont c'est-à-dire qu'ils nous envoient habituellement des patients et résidents. Et là, quand on a été dans la panade, ils nous ont aidé. Donc on a eu un renfort d'internes en médecine qui sont venus renforcer notre équipe. On a aussi eu le soutien d'étudiants en médecine pour faire fonction d'aides-soignants et d'infirmières. On a aussi des médecins contractuels qui sont venus discuter avec nos médecins sur des points de vue diagnostiques, techniques. Pour essayer de renforcer la qualité de notre prise en charge. Donc à ce moment-là, on a eu une grosse solidarité d'autres établissements. Mais aurait-on pu l'avoir plus tôt ?

Vous avez commencé à l'aborder, que faudrait-il faire à l'avenir dans le cas où une telle crise revenait, pour éviter l'accroissement des inégalités pour les patients et les résidents ?

Par rapport aux activités et au confinement, il faut dire que l'on a été très encadré par les recommandations de l'ARS. Je me rappelle que pour EHPAD et USLD, les recommandations étaient un confinement en chambre. Là c'était difficile de pas respecter cette recommandation. D'autant plus que très rapidement notre EHPAD et notre USLD ont été lourdement contaminés. Donc très rapidement, cela nous est apparu essentiel de confiner en chambre. Avec des limites tout de même ; on laissait les résidents sortir de leur chambre de temps en temps pour prendre l'air. On ne les a pas non plus enfermés dans leur chambre. Mais les activités collectives, je ne vois pas trop ce que l'on aurait pu faire.

On aurait pu faire plus en termes d'animation individuelle. Mais là, c'est une limite de notre établissement hors période de crise. Il se trouve qu'en termes d'accompagnement personnalisé des résidents, on n'est pas très bon là-dessus. Les aides-soignants sont encore très soignants justement et font peu d'activités avec les résidents en dehors soins. C'est une limite que l'on a chez nous et peut-être pas ailleurs. Cela prouve à quel point, c'est important de sortir du soin pur et d'avoir un accompagnement global de la personne.

Ensuite, d'un point de vue purement sanitaire de la crise, on s'est rendu compte que l'on a pu juguler la contamination entre résidents, patients et soignants à l'intérieur de l'établissement à partir du moment où l'on a fait des transferts entre services et que l'on a créé des « unités Covid » et des « unités Covid free ». C'est vraiment cela qui nous a permis d'arrêter la progression des contaminations. Malheureusement, on a pu le faire au départ car on n'avait pas de tests. On aurait pu être encore meilleur pour démarcher les laboratoires. Mais au départ, personne n'avait de tests et je rappelle qu'il y avait des consignes pour ne pas en faire. On a eu toutefois la chance d'avoir des tests avant les EHPAD autonomes grâce à notre activité sanitaire. Je pense ceci étant que si l'on avait pu tester dès le départ massivement les résidents de l'EHPAD, les patients au départ, on aurait pu isoler les patients et résidents contaminés dès le départ et éviter d'autres contaminations. C'est clair que l'on a été trop long là-dessus même si c'était un contexte national.

Après, le manque de protection individuelle, le manque de masques a été un facteur problématique. Comme on a eu beaucoup de professionnels contaminés, on peut supposer que s'ils avaient des masques dès le départ, si on avait eu des surblouses dès le départ, peut-être ils auraient contaminé les résidents et les patients. Clairement c'était des choses qui nous manquaient au départ. On a souffert d'un contexte national défavorable.

Concernant les familles, je trouve que l'on a été pas mauvais, je ne vois pas vraiment ce que l'on aurait pu faire d'autres. Je pense que l'on a fait tout ce que l'on pouvait avec les moyens que l'on pouvait. On aurait peut-être pu faire plus avec un absentéisme moins élevé au départ. On aurait organisé encore plus de visiophonie avec les familles, encore plus faire de choses. On peut toujours faire mieux, mais je trouve que sur le lien avec les familles, je trouve que l'on a été réactif et fait le maximum avec les moyens à notre disposition.

4.2. Interne en pédiatrie (renfort en unité Covid)

1. Brève description (activités, missions...) de l'établissement dans lequel travaille notre interlocuteur, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e))

Interne (première année d'internat) en pédiatrie au CHU Y., qui effectuait son stage dans le service de neuropédiatrie et qui a travaillé deux semaines en unité COVID.

2. Qu'avez-vous vu qui est allé dans le sens de l'accroissement des inégalités chez les patients ?

Nous avons eu des difficultés pour organiser les visites dans les services d'hospitalisation. En pédiatrie, des parents ne pouvaient pas venir voir leur enfant à deux en même temps, pour des raisons de sécurité, d'isolement protecteur. Pour certaines familles, c'était impossible, pour d'autres c'était possible de venir à deux. Cela faisait l'objet d'une décision médicale en fonction de la gravité, de l'état clinique de l'enfant. C'était une inégalité d'accueil des familles.

L'inégalité c'était surtout pour les enfants polyhandicapés, les séances de rééducation à domicile, d'orthophoniste, de kiné, d'ergothérapie se sont arrêtées pendant le COVID. En juin, on se retrouve avec des enfants polyhandicapés régressés au niveau moteur. C'est une source de souffrance et d'inégalités entre les gens qui n'ont pas besoin de séances de rééducation et les autres. Leur handicap est source d'inégalité, et en plus, ce qui est mis en place pour eux n'a pas été considéré comme primordial pendant la crise du COVID. Ce n'était pas de la chirurgie vitale, dans l'idée « la rééducation, ça attendra ». Ces enfants ont énormément perdu, ils sont plus raides au niveau musculaire, ils ont perdu des amplitudes au niveau articulaire. Ils ont plus de difficultés à parler et à écrire qu'avant le COVID.

Même chez les enfants polyhandicapés, on craignait moins le COVID qu'une infection pulmonaire classique. Il fallait faire la part entre le bénéfice de la rééducation et le risque infectieux. **Le COVID a engendré des retards de prise en charge, des pertes de chance chez ces enfants qui n'ont pas pu avoir accès à leur rééducation.** Des cabinets de kinésithérapie auraient pu être aidés pour maintenir l'activité pour ces enfants. Cela aurait aidé les enfants les plus durement atteints par leur handicap, qui ont perdu beaucoup avec cette crise.

3. Qu'est ce qui a été mis en place pour réduire les inégalités chez les patients ?

Pour diminuer les inégalités, on a évalué au cas par cas, chaque patient, chaque famille, comment on pouvait les accueillir et protéger au mieux. C'était surtout une mobilisation des équipes hospitalières sur place, les équipes de kinésithérapie ont été encore plus présentes que d'habitude. Dans le cas du handicap sévère et en l'absence de séances de kiné, il y a eu plus d'implication des équipes paramédicales, un rythme plus soutenu, comme si on était en hiver. C'était beaucoup de travail des équipes hospitalières pour compenser la perte des équipes libérales.

C'était essayer au maximum de ne pas annuler les hospitalisations semi urgentes. Des examens, des imageries ont été annulés, ça a créé une tension. Les IRM reportées, ça crée une inégalité d'accès aux soins et à l'imagerie en fonction de la gravité évaluée par une équipe médicale.

Il y avait aussi des parents qui ne souhaitaient pas venir, par peur de l'infection. On leur expliquait bien, mais plein de parents ne sont pas venus, ils avaient peur de venir. **Il y avait une inégalité d'information chez les parents de patients, qui n'avaient pas tous la même réaction face à l'épidémie et aux déprogrammations. Des parents souhaitaient absolument venir pour que leur enfant soit traité et évalué, tandis que d'autres étaient prêts à reporter à cause de l'épidémie, quand bien même on leur disait qu'il n'y avait aucun risque.**

Il y a eu un plus gros travail de sensibilisation des parents. Les parents ne pouvaient pas venir en même temps, sauf cas graves, d'enfants hospitalisés depuis leur naissance.

4. Quelles sont les conséquences indirectes de la crise du Covid au regard du report des opérations et des visites médicales mais aussi de l'interdiction de visites de proches et de permissions ?

Il y a eu un retard des prises en charge, des résultats d'examens, un retard thérapeutique et diagnostique. La conséquence, c'est l'aggravation des handicaps, des pathologies épileptiques en neuropédiatrie. Les traitements n'ont pas été réévalués, ou en téléconsultation de façon tardive dans la crise, car on ne savait pas que ça durerait si longtemps. Du coup, c'est du temps perdu dans la prise en charge. Les enfants n'ont pas eu le bon traitement, la bonne rééducation.

Les téléconsultations ont été mises en place tardivement, parce qu'au début, on ne savait pas que ça durerait aussi longtemps. Les dates données par le gouvernement ont évolué. On s'est juste dit qu'on reporterait.

Il y a eu le problème de l'accès à Internet, des webcams (même si les smartphones aident). On ne peut pas facilement faire appel à un membre plus à l'aise à cause du confinement. Il y avait aussi la consultation téléphonique, mais on ne peut pas voir l'enfant, ce qui est un problème en neurologie pédiatrique, on ne peut pas voir le développement, le langage, on ne peut pas faire le *testing* moteur, sensitif, d'équilibre. On ne peut pas évaluer correctement un enfant si on ne peut pas l'examiner. En vidéo c'est mieux, mais on ne peut pas faire une consultation 100% correcte.

5. Quelles sont vos recommandations pour réduire l'accroissement des inégalités en période de crise sanitaire ?

Il faut mieux s'y préparer, c'est-à-dire avoir du matériel de protection pour les soignants, les patients, les gens, pour assurer un maximum d'activités, sans devoir faire des choix, en disant que telle consultation ou tel bloc sont annulés parce qu'ils ne sont pas assez urgents. On s'est retrouvé avec pas assez de masques, pas assez de solution hydroalcoolique pour la désinfection des mains.

En service COVID adulte, on a eu des ruptures de stocks de médicaments de sédation. C'était des décisions collégiales pluridisciplinaires ou le choix des patients (polypathologies, cancers actifs, métastatiques, insuffisances respiratoires chroniques sévères), qui ne souhaitaient pas de réanimation, d'acharnement thérapeutique. Très vite dans les services, on se mettait d'accord sur leur place possible en réanimation. Pour ces patients qui ne relevaient pas de la réanimation, sur 12 lits de soins conventionnels, 5 étaient non réanimatoires, parce qu'ils ne supporteraient pas une intubation. Chez eux, on se retrouvait avec des ruptures de stocks de sédatifs pour aider à la fin de vie, car tout était utilisé pour la réanimation. C'est une sédation qui est réversible, notamment l'Hypnovel. On a utilisé des médicaments plus sédatifs et moins réversibles. C'était plus difficile pour les familles. La douleur et l'angoisse étaient prises en charge, mais pas avec les moyens habituels, avec des molécules plus anciennes, moins efficaces dans les effets souhaités. On a eu l'aide de l'équipe mobile des soins palliatifs. Mais c'est particulier de ne pas avoir des outils thérapeutiques habituels.

C'est pareil pour les antibiotiques. Pour prescrire de l'azithromycine, pour des infections classiques, bactériennes pulmonaires ou classiques chez les enfants, on ne pouvait pas, car c'était réservé pour les patients COVID. On a utilisé d'autres traitements, plus longs, avec plus de prises, ce qui diminue l'observance, la chance de guérison pour des infections classiques qu'on traite habituellement facilement.

Je ne dirais pas qu'il y a eu une perte de chance, car ce n'était pas des problèmes graves, mais il y a eu une perte de temps, à cause des difficultés d'organisation dans les services et les pharmacies. C'était une perte d'égalité de traitement en ce qui concerne les hypnotiques et les sédatifs pour les fins de vie, en fonction de la ville. Il y a eu des différences entre les villes en fonction de la prévalence du COVID dans les villes. Ça a été pire dans le grand Est, dans le département X., car il y avait plus de patients en réanimation. C'était des inégalités dues à la région et au nombre de cas dans la région.

Il faudrait plus se préparer, en ayant plus de médicaments, même si c'est difficile de savoir quels médicaments seront nécessaires. On peut prévoir plus de matériels de protection : des masques, des tabliers (et pas des sacs poubelle). Ça a créé des inégalités entre les soignants. Quand on demande à un infirmier ou une infirmière de 55 ans d'aller voir un patient avec des sacs poubelle au lieu du tablier, on peut comprendre qu'il ait peur pour lui, il peut attraper l'infection et présenter une forme grave. À partir du moment où c'est fait de manière artisanale, ce n'est pas comme ce qui est fait de manière industrielle avec des règles précises, je pense que c'était moins efficace.

En pédiatrie, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) étaient fermés pendant le COVID, donc ça a posé problème pour les enfants de moins de 6 ans. Là il y a une vraie perte de chance rééducative et de suivi chez enfants présentant un handicap.

Il aurait fallu des aides financières et matérielles pour aider les praticiens, les paramédicaux dans le libéral, à prendre en charge les patients les plus urgents et pour les CAMSP, pour assurer un suivi sans danger d'infection.

4.3. Directeur adjoint en charge de la filière gériatrique

1. Présentation de l'interviewé et de l'établissement.

L'hôpital Z. est un hôpital de proximité avec un capacitaire de 418 lits : 269 places EHPAD + 45 lits court séjour gériatrique + 45 lits SSR à orientation gériatrique + 50 lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique + 1 service de consultation externe où une douzaine spécialiste interviennent + 1 service d'urgence avec 17000 passages /an. Il n'y a pas de plateau technique, juste un petit service d'imagerie et un partenariat pour l'imagerie avec la clinique de Coutances.

Directeur issu de la filière D3S externe : premier poste en EHPAD de 72 places dans le département Y. en janvier 2015 puis poste dans un CH en direction commune depuis 2016. Directeur d'un hôpital, référent de la filière gériatrique de la direction commune, responsable de la filière gériatrique du GHT et responsable des achats du GHT par intérim.

2. Qu'est-ce qui a favorisé l'accroissement des inégalités chez les résidents ?

La suspension brutale des visites à partir du mois de mars qui a créé une rupture de lien social pour les résidents. Il n'y avait plus d'intervention des professionnels de rééducation et un réseau de services civiques qui intervenait a dû cesser de venir. Jusqu'à fin avril le seul contact était celui avec les personnels soignants. **Les personnes qui n'avaient déjà pas de proches ont subi un isolement accru et les autres qui avaient l'habitude d'avoir la visite de leur famille ont présenté un syndrome de glissement.**

Être résident en EHPAD c'est être dans la même situation qu'un détenu et d'ailleurs le contrôleur des lieux de privation des libertés l'a souligné : il n'y a pas d'autres endroits où les personnes sont privées d'autant de libertés que dans les EHPAD et les prisons. C'est une grande inégalité que celle-ci. D'où la nécessité qu'ils soient gardés le plus possible à domicile. Cela soulève une vraie question, celle de la place des plus vieux dans la société.

3. Qu'est ce qui a été mis en place pour réduire les inégalités chez les résidents ?

Nous avons observé les initiatives qui émergeaient des autres établissements, ne sachant pas le temps qu'allait durer le confinement. **Nous nous sommes retrouvés en difficulté quand les services civiques ont cessé d'intervenir, avec des résidents confinés en chambre et l'apparition d'effets psychologiques délétères.**

Nous avons décidé de maintenir coûte que coûte les liens sociaux par l'informatique grâce à un système de visiophonie. Nous avons contacté la DSI qui nous a mis rapidement des ordinateurs à disposition sur des chariots qui étaient transportés de chambre en chambre avec des créneaux réservés pour les appels des familles. Dans un des établissements nous avons équipé une salle que nous avons dédiée aux appels par Skype.

Il y a eu beaucoup de gestes des particuliers, associations ou entreprises : dessins, dons qui ont été transmis aux résidents. Nous avons réalisé un petit montage des dessins qui a été diffusé sur les réseaux sociaux. La communication sur les réseaux sociaux était abondante.

Nous avons fait le choix du maintien d'une petite activité à l'occasion du festival « Jazz sous les pommiers » qui se tient à Coutances chaque année : nous nous sommes arrangés avec le théâtre pour qu'un groupe intervienne à l'extérieur de la résidence malgré l'annulation du festival. La manifestation s'est tenue fin mai avec la prestation d'un trio en extérieur sur le site de l'établissement Z. Dans un autre établissement, un musicien a réalisé un Facebook live pour les résidents. De très bons moments partagés avec les proches via les réseaux sociaux.

Certains professionnels ont pu revenir rapidement : coiffeurs, rééducateurs, avant le déconfinement.

Les consultations d'urgence ont été maintenues

4. Quelles sont les conséquences indirectes de la crise du Covid au regard du report des opérations et des visites médicales mais aussi de l'interdiction de visites de proches et de permissions ?

- Syndrome de glissement
- Dégradation de l'état psychologique
- Beaucoup de résidents n'ont pas reconnu leur famille quand les visites ont repris : avec le port de masques et la distance après avoir vécu un isolement de plusieurs semaines certains n'ont pu reconnaître leurs proches. Finalement en ouvrant les portes des EHPAD, nous avons constaté que certaines visites étaient plus nuisibles que bénéfiques.
- Paradoxalement les autres infections ont beaucoup diminué.

5. Quelles sont vos recommandations pour réduire l'accroissement des inégalités en période de crise sanitaire ?

- Développer des outils comme la télé médecine pour éviter les reports de soins.
- Maintenir le lien social absolument.
- Utiliser les réseaux sociaux comme moyen de communication (très puissant).
- Adresser régulièrement aux familles des courriers d'informations. Gérer le déconfinement autrement.
- Plus de vigilance de la population sur les gestes barrières, sur l'hygiène.

4.4. Cadre de santé dans un EPSM

1. Brève description (activités, missions...) de l'établissement / institution dans lequel travaille notre interlocuteur / interlocutrice, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e))

Personne interviewée : Cadre de santé depuis 2015 (diplômée en 2017) au sein de l'hôpital P., établissement public de santé mentale (EPSM). Elle y travaille depuis octobre 2010 où elle a d'abord exercé en tant qu'infirmière. L'unité X a été transformée en unité d'entrants afin d'accueillir les patients susceptibles d'être porteurs de la Covid-19. Ces derniers sont placés en isolement septique durant 5 jours au sein de ce service et subissent un test Covid à J 5. En cas de test négatif et si leur situation médicale le justifie, ils sont hospitalisés dans une unité d'aval qui correspond à leur secteur. Si le test est positif, ils sont hospitalisés au sein de l'une des deux unités accueillant exclusivement des patients atteints de la Covid-19 ou bien sont placés en isolement septique pendant 14 jours.

2. Comment avez-vous vécu/perçu cette période Covid-19 d'un point de vue professionnel ?

Cette période a été un véritable chamboulement car il a fallu réorganiser l'unité X en unité d'entrants un vendredi à 12h, vider le service des patients hospitalisés et leur trouver une place dans une autre unité. Il a également fallu "se battre" pour avoir des moyens de protection. La difficulté était aussi liée aux circuits de distribution et lieux de rangement : les sacs poubelle et les sacs hydrosolubles étaient rangés au magasin ouvert de 7h à 15h soit à des horaires décalés par rapport à ceux des services soignants ; les masques et les surblouses se trouvaient à la pharmacie et les tabliers étaient rangés au tailleur ouvert de 9h à 15h. Au final, la gestion des circuits était plus difficile que la prise en charge des patients. Il a également fallu faire face au stress du personnel et à la panique imprévisible et à l'angoisse de certains soignants. En tant que cadre, j'ai dû assurer un rôle d'éponge, entendre les angoisses du personnel et les protéger. Je me souviens que j'ai oublié un vendredi d'aller chercher les moyens de protection des agents et je m'en suis aperçue le vendredi soir. J'ai fortement culpabilisé car je les ai mis en danger. Les agents en service le week-end ont finalement eu des moyens de protection grâce aux collègues qui disposaient de moyens de protection en plus.

3. Effets constatés (ou non) de la crise de la Covid sur les résidents/patients/usagers en termes de rupture-discontinuité dans la prise en charge ? Avez-vous un ou des exemple(s) concret(s) ?

J'ai constaté lors de la première semaine du confinement qu'il y avait moins de patients hospitalisés et des patients hospitalisés qui n'auraient peut-être pas été hospitalisés s'il n'y avait pas eu le Covid. En effet, ils ont décompensé du fait du confinement. Je crains également la venue d'un flux important de patients qui auront abandonnés leurs soins, d'ici quelques mois.

4. Comment a évolué la relation avec les patients/résidents/usagers suivis ?

La relation a évolué dans le sens où il n'y avait plus de soins. L'équipe soignante était dans l'impossibilité de s'investir sur cinq jours puisqu'après cette période, ils étaient réorientés dans une unité d'aval.

5. En quoi la Covid a modifié (ou non) vos pratiques professionnelles (ou les pratiques professionnelles dans votre établissement/institution) ?

La Covid-19 a modifié mes pratiques irriguées par une logique d'hygiène qui concernaient auparavant davantage les services de médecine classique que les services de psychiatrie. Les précautions infectieuses ont pris le dessus ce qui empêche de faire correctement le travail de psychiatrie et de se concentrer dessus. Il a également fallu travailler en amont avec le service d'addictologie car les patients fumeurs de l'unité d'entrants n'avaient plus le droit de fumer et avaient des patchs car il fallait éviter les risques d'infection liés aux sorties pour fumer.

Il fallait également faire un travail d'anticipation des mouvements des patients avant les week-end et jours fériés et donc flécher les patients à tester, transférer, bloquer des lits dans les unités d'aval et organiser leurs transferts dans ces unités.

6. Réponses/solutions éventuellement apportées au sein de votre établissement/institution concernant les difficultés de prise en charge ? Ou'en avez-vous pensé ?

J'ai trouvé que l'hôpital s'était plutôt bien organisé hormis le fait que la décision de transformation de l'unité X en unité d'entrants ait été prise et annoncée un vendredi ce qui nous a obligé à réorganiser l'unité en seulement une après-midi. S'agissant de la prise en charge, elle s'est révélée difficile car nous sommes sous pression au niveau des lits à double niveau. Tout d'abord au sein de l'unité, avec la mise en place d'une unité d'entrants, le nombre de lits disponibles a été réduite puisque les patients étaient hospitalisés uniquement en chambre seule si bien que les chambres doubles n'accueillaient plus qu'un seul patient. Enfin, au niveau de l'établissement, il n'y a pas assez de lits. Il faut savoir que 30% des patients hospitalisés dans les unités sont des malades chroniques qui relèvent du secteur médico-social. Or une journée d'hospitalisation en hôpital psychiatrique coûte 900 € / jour.

Par ailleurs, avant le début des épidémies, des unités ont été fermées partiellement par manque de personnel.

Enfin, comme il n'y avait plus de places dans les unités Covid, en cas de détection de cas de Covid, il a été fait le choix de réaliser un isolement sceptique en unité d'entrants (ce qui a été fait) ou bien dans les unités d'aval qui dans les faits ont refusé de les prendre.

7. Le Covid a-t-il durablement affecté votre établissement selon vous ? Si oui, en quoi ? Quelles sont les perspectives post-Covid ? [Ce que la situation traduit des besoins de changement après la crise dans votre établissement / institution, d'enjeux plus généraux en termes de pratiques professionnelles, d'organisation]

J'espère que la Covid a durablement affecté l'établissement et pas seulement le monde de la santé en général. J'espère que le gouvernement va se rendre compte que les soignants ont un rôle important à jouer et que leur rémunération doit être revalorisée.

4.5. Praticien hospitalier (psychiatre) dans un EPSM

1. Brève description (activités, missions...) de l'établissement / institution dans lequel travaille notre interlocuteur / interlocutrice, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e)) ;

Personne interviewée : Praticien hospitalier à temps complet depuis mars 2019 à l'hôpital P.
- Entre fin 2016 et novembre 2018, il travaillait à mi-temps à l'hôpital P. et à l'hôpital N.

Lieu de travail : Hôpital P. Il s'agit d'un établissement public en santé mentale (EPSM), établissement support du GHT X.

2. Comment avez-vous vécu/perçu cette période Covid-19 d'un point de vue professionnel ?

Cette période n'a pas changé grand-chose, sauf à la marge, au niveau des pathologies traitées.

3. Effets constatés (ou non) de la crise de la Covid sur les résidents/patients/usagers en termes de rupture-discontinuité dans la prise en charge ? Avez-vous un ou des exemple(s) concret(s) ?

J'ai constaté une discontinuité dans la prise en charge des patients puisque ces derniers étaient hospitalisés durant 5 jours dans une unité d'entrants avant de pouvoir bénéficier d'un diagnostic approfondi sur leur pathologie dans l'unité d'aval dans laquelle ils étaient hospitalisés.

4. Comment a évolué la relation avec les patients/résidents/usagers suivis ?

La relation avec les patients a évolué de façon particulière. On leur demandait de rester en chambre toute la journée. D'ailleurs, la plupart d'entre eux l'ont compris. Pour ceux qui ne l'acceptaient pas, nous étions obligés de les enfermer à clé dans leur chambre. C'était dur psychologiquement.

5. En quoi la Covid a modifié (ou non) vos pratiques professionnelles (ou les pratiques professionnelles dans votre établissement/institution) ?

Mes pratiques professionnelles ont évolué. Les entretiens avec les patients sont moins longs. Il y a moins de choses à faire. Le travail est plus ingrat, démotivant. En effet, je n'ai pas le temps de faire de diagnostic et de proposer un traitement aux patients puisque ces derniers quittent le service au bout de 5 jours dans la mesure où nous sommes une unité d'entrants. Les patients orientés vers un lit d'aval sont alors traités par d'autres confrères.

6. Réponses/solutions éventuellement apportées au sein de votre établissement/institution concernant les difficultés de prise en charge ? Qu'en avez-vous pensé ?

La principale réponse apportée a été la réorganisation de l'unité X en unité d'entrants. À part mettre des masques, la Covid n'a pas changé grand-chose.

7. La Covid a-t-il durablement affecté votre établissement selon vous ? Si oui, en quoi ? Quelles sont les perspectives post-Covid ? [Ce que la situation traduit des besoins de changement après la crise dans votre établissement / institution, d'enjeux plus généraux en termes de pratiques professionnelles, d'organisation]

Oui, la Covid a affecté durablement l'établissement hospitalier car nous ne savons pas combien de temps l'épidémie va durer.

8. Y a-t-il une question supplémentaire que vous souhaiteriez que l'on vous pose ? Si oui, quelle est cette question et comment pourriez-vous y répondre ?

Non, pas de question supplémentaire

4.6. Directeur d'un Institut Médico-Éducatif (IME)

1°) Comment votre structure a-t-elle été impactée par le Covid-19 ?

Un professionnel a été malade durant le confinement mais pas d'autres cas ni chez les enfants ni chez les professionnels.

Impact de la fermeture de l'établissement jusqu'au 12/05 pour l'accueil de jour et encore aujourd'hui pour l'internat.

2°) Quelles décisions avez-vous dû prendre ? Quelles sont les réponses/solutions éventuellement apportées (au sein de votre structure et/ou en partenariat avec d'autres) ?

- Élaboration d'un plan de continuité d'activité suite COVID avec élaboration poursuite accompagnement à domicile
- Plan de communication
- Élaboration d'un plan de reprise, protocole sanitaire de Visite à domicile

3°) Pensez-vous que la gestion de la crise dans votre structure a été bonne ? Tout du moins, quels sont les points positifs et les points négatifs selon vous ?

Points positifs	Points négatifs
Adaptabilité des professionnels	Insécurité des familles Familles en <i>burn out</i> Enfants en régression (problèmes moteurs, rétraction musculaire...) Stress des professionnels Difficulté à faire revenir les professionnels à un rythme normal

4°) La structure que vous dirigez avait-elle anticipé une telle crise dans sa maîtrise des risques ou dans ses scénarios de crise ? Si oui, comment ? Si non, va-t-elle le faire dorénavant, et comment ?

Non, pas spécialement.

Oui, élaboration plus précise du plan de continuité de l'activité.

5°) En quoi le Covid a-t-il durablement affecté votre structure selon vous ? Quelles sont les perspectives post-Covid ? Est-ce que la situation traduit des besoins de changement après la crise, fait apparaître des enjeux plus généraux en termes de pratiques, d'organisation ?

Oui renforcement de la nécessité des institutions ! Les familles ont été très en souffrance... se sont senties abandonnées !! Elles ne souhaitent pas d'accompagnement à domicile !

Il faut arrêter de mettre en avant les besoins des familles pour dissimuler des problèmes d'argent.

Et, au contraire de la communication du gouvernement durant cette crise, il faut être clair et transparent vis-à-vis de la politique.

6°) Y'a-t-il une question supplémentaire que vous souhaiteriez que l'on vous pose ? Si oui quelle(s) est (sont) ces questions, et comment pourriez-vous y répondre ?

Le retour des enfants aujourd'hui est massif à l'image de la nécessité d'un accompagnement institutionnel qui ne signifie pas fermé sur lui-même !

4.7. Cadre supérieur d'un pôle santé mentale

1. Description succincte :

Cadre Supérieur de Santé pôle clinique santé mentale avec une réelle culture santé mentale et une bonne connaissance du terrain.

La structure : ancien Centre Hospitalier Spécialisé de 135 lits + 100 places rattaché à un CH distant. Offre de soins en intra et extra hospitalier psy adulte et pédopsychiatrie.

Missions : Gestion, coordination des organisations et des cadres. Gestion des formations et délégation de gestion.

Parcours : a fait toute sa carrière en psychiatrie : IDE puis CS et CSS.

Offre de soins : Santé mentale : s'occuper du citoyen lambda et plus seulement de la maladie. PEC de l'enfant de 3 ans à l'adulte de 90 ans. Offre de soin de la consultation à l'hospitalisation et la PEC en ambulatoire dans tous les âges de la vie. 300 professionnels

paramédicaux. PEC de patients en soins sous contrainte. 1 maison d'arrêt centrale + 1 centre éducatif fermé pour les jeunes.

2. Qu'avez-vous vu qui est allé dans le sens de l'accroissement des inégalités chez les patients / résidents ? Qu'est ce qui a été mis en place pour réduire les inégalités chez les patients / résidents ?

La population psy a une spécificité, elle est souvent anosognosique, ne reconnaît pas ses troubles et est assez peu demandeuse de soins. Le confinement a en partie moins perturbé nos patients que les personnes prises en charge à l'hôpital ou la population locale. Ex : les patients psychotiques (tendance à un repli sur soi et tendance à rester chez soi => donc le confinement pour eux n'était pas une difficulté). Forts de cette expérience, nous n'avons pas fermé complètement nos activités ambulatoires pour pouvoir suivre ces patients qui peuvent décompenser à domicile à bas bruit. Maintien des activités pour pouvoir évaluer leur état. Patients vus en consultation ou à domicile avec un ciblage. Multiplication des contacts téléphoniques, modification des pratiques mais poursuite des activités de soin et de PEC.

Les enfants hospitalisés ont été confinés à l'hôpital car parcours du combattant dans la journée entre scolarité, visites médiatisées à la famille, ateliers de psychomotricité et d'orthophonie. Confinement pour éviter la propagation de l'épidémie car au départ de l'épidémie, ils étaient identifiés comme vecteurs de propagation du virus.

Patients psychotiques très ritualisés => maintien des accueils téléphoniques et présentsiels

Permanence téléphonique à destination de l'entourage pour prévenir les décompensations.

Cellule d'écoute à destination des professionnels

Peu de communication à destination de la population lambda

Pour les patients chroniques et déficitaires en pavillons : pas de changement puisqu'ils étaient entre eux et ne sortaient pas de l'enceinte de l'hôpital, les habitudes ont été maintenues car sinon risque de violence extrême entre les résidents. Clivage entre sanitaire et psychiatrie, traitement différent car publics différents, impossibilité de décaler certaines prises en charge.

Peu de décompensations pendant la crise, mais plutôt après.

Gestion du flux patients, accompagnement des patients existants. On savait que notre crise allait durer plus longtemps puisque nous savions que nous aurions à accueillir des personnes qui ont subi des violences au domicile du fait du confinement, les personnes qui décompensent et ne réussissent pas à revenir dans une forme de normalité au travail.

La structure n'a pas été fermée comme dans le sanitaire.

Organisation de zones Covid avec mise en place de quatorzaines.

Dépistage, prélèvement organisé pour tous les patients suspects

Réflexion pour évaluation du bénéfice/risque

Patients vulnérables sur le plan psychique mais moins vulnérables sur le plan somatique que les PA en EHPAD et les personnes porteuses de handicap en foyer par ex => Ttt et PEC différents

4. Quelles sont les conséquences indirectes de la crise du Covid au regard du report des opérations et des visites médicales mais aussi de l'interdiction de visites de proches et de permissions ?

Pas de problématiques de report.

Par rapport aux visites : Interdiction des visites avec explications données aux patients et aux familles qui ont très bien compris et bien accepté. La problématique est devenue plus aigüe au début du déconfinement => courriers à la direction, plaintes des familles qui voulaient voir leur parent.

Déconfinement complexe car les sorties sont très progressives avec une nécessité d'évaluer comme cela se passe. La problématique : permettre le déconfinement mais le maîtriser.

5. Quelles sont vos recommandations pour réduire l'accroissement des inégalités en période de crise sanitaire ?

Maintenir autant que faire se peut les PEC en fonction de la spécificité des patients et des prises en charge.

4.8. Directrice déléguée d'un EHPAD

→ Brève description (activités, missions...) de l'établissement / institution dans lequel travaille notre interlocuteur / interlocutrice, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e)) :

Il s'agit d'un EHPAD combiné à une résidence autonomie. Le côté EHPAD possède 62 places, tandis que la résidence autonomie 16.

Parcours professionnel : Etudes en droit jusqu'en master 2 puis admission à l'EHESP en tant que D3S (promotion 2016-2017).

1^{er} poste à l'issue de l'EHESP au 2 janvier 2018 : CH (lieu de stage long à l'issu duquel mon maître de stage m'a proposé un poste).

Description du poste : une partie en tant que directrice adjointe au CH et une partie en tant que directrice-déléguée de l'EHPAD en direction commune avec l'hôpital.

Cet EHPAD a un projet architectural dont les travaux ont débuté fin 2018, et qui doivent s'étaler sur 3 ans.

Objectif du projet : atteindre les 75 places autorisées en EHPAD avec suppression de la résidence autonomie.

A la suite du départ à la retraite d'une collègue au CH en mai 2019, mon portefeuille côté hôpital a été agrandi.

→ Comment avez-vous vécu/perçu cette période Covid-19 d'un point de vue professionnel ?

La période de confinement a été particulièrement difficile à gérer puisque l'EHPAD a été touché de plein fouet par l'épidémie.

La première semaine du mois d'avril a vu 8 décès dans la structure, au moins 1 par jour, cela a été particulièrement dur pour les soignants qui avaient l'impression de ne pas parvenir à soulager les résidents malgré tous leurs efforts.

L'état de santé des résidents fluctuait tout au long de la journée, avec des pics où ils allaient mieux et des rechutes où ils étaient au plus mal avec une dyspnée (difficulté respiratoire) très impressionnante en plus de températures élevées.

Sachant la difficulté des hôpitaux pour accueillir ces résidents, nous avons convenu de les garder en EHPAD jusqu'à la fin, ce qui nous paraissait aussi préférable afin qu'ils conservent leurs repères et ne soient pas ballotés inutilement.

Beaucoup de familles sont revenues vers nous pour nous remercier de la façon dont nous avons pris soin de leurs proches dans leurs derniers instants.

C'est aussi cela la mission d'un EHPAD : plus que soigner, c'est accompagner une personne vieillissante du mieux que nous le pouvons en sachant se montrer à l'écoute de ses envies, quand bien même cette personne serait atteinte d'une démence rendant la communication verbale pratiquement impossible.

L'organisation des soins doit pouvoir s'articuler autour de ces envies, ce n'est certainement pas à l'établissement d'imposer son rythme à ces personnes âgées.

Néanmoins dans le cadre de l'épidémie, nous avons très souvent dû mettre de côté ces principes pour parer au plus pressé, nous avons dû revoir l'ensemble de l'organisation des repas jusqu'à présent en salle à manger, supprimer les animations collectives, les sorties, et surtout les visites des familles dès la mi-mars.

Chaque semaine nous devons revoir notre organisation, une cellule de crise (ou comité de suivi) avait lieu avec la direction, l'encadrement et le médecin coordonnateur. Nous nous sommes rendus compte que chacune des décisions prises menait à de nouveaux changements, ce qui nous a tous épuisé car cela s'est étalé, et cela continue encore avec le déconfinement, sur plus de trois mois.

Tenir sur une si longue distance cet état d'urgence avec mise en place d'un plan bleu absolument pas prévu pour ce type d'événement, personne n'y était préparé et cela s'est ressenti. Nous avons tous été sonnés par la violence de l'impact épidémique, et nous n'avons pas été loin de la cacophonie au début. Certains agents se sont impliqués dès le départ, certains se sont même révélés, et d'autres se sont effondrés à l'annonce du confinement.

Nous nous sommes retrouvés en sous-effectifs et mal équipés (manque de masques, surblouses, SHA...).

Ayant fermé certains de ses services, le CH a fait le choix de mettre à disposition par redéploiement des renforts en personnel dans les structures médico-sociales dépendant de l'hôpital, ce qui nous a sauvé (un EHPAD autonome touché de la même manière que nous et sans possibilité de trouver de la main d'œuvre qualifiée rapidement se serait effondré).

L'ARS nous avait fait remonter un tableau de volontaires à l'échelle de la région, cela s'est révélé une perte de temps, tous les gros hôpitaux alentours s'étant rués dessus, les EHPAD n'avaient plus grand chose à se mettre sous la dent pour trouver des IDE ou des aides-soignants.

Autre cas de figure, des personnes se proposaient à nous pour une ou deux journées, mais le temps de leur faire connaître notre fonctionnement, elles décidaient de partir. Ces investissements n'étaient donc pertinents. Nous avons contacté des anciens personnels, plus ou moins fraîchement retraités pour nous aider, avec l'idée que connaissant la structure, ils nous auraient été facile de les remettre dans le bain, là-aussi, nous nous sommes heurtés à un mur, par peur d'être eux-mêmes contaminés par les résidents, ou inversement, ils refusaient de venir.

J'aurai à payer une lourde addition pour la mise à disposition de plusieurs agents hospitaliers, certains étant restés plus de deux mois dans la structure, mais c'était le seul choix possible pour sauver le plus de vies.

Le rôle des autorités de contrôles ARS et CD n'a, à mon sens, pas été à la hauteur, les séances YouTube avec l'ARS pour nous donner des éléments étaient parfois tellement déconnectées de la réalité que cela en devenait comique. L'ARS grande région a, je pense, très longtemps été dépassée par le phénomène.

Enfin, pour parler des EPI, les dotations ARS ont fini par arriver mais avant cela, nous avons dû faire avec les moyens du bord, et je ne remercierai jamais assez les donateurs, petits ou grands, qui nous ont envoyé des masques FFP2 (certes périmés mais utilisables) ou autres EPI (surblouses, charlottes, masques fait maison, SHA, visières...), parfois anonymement. Grâce à eux, nous avons pu commencer à faire un stock de ces équipements qui nous manquait cruellement et rassurer les équipes qui ne se jugeaient pas, à juste titre, suffisamment protégées.

→ Effets constatés (ou non) de la crise de la Covid sur les résidents/patients/usagers en termes de rupture-discontinuité dans la prise en charge ? Avez-vous un ou des exemple(s) concret(s) ?

Depuis la fermeture des portes de l'EHPAD et de la résidence-autonomie (sont dans le même bâtiment), nous avons observé deux phases :

- La première qui a duré plus d'un mois consistant à soigner les résidents dont la grande majorité présentait alors des signes plus ou moins importants.

Durant cette période les résidents n'étant pas en forme, bougeaient moins et faisaient moins attention au changement lié à l'organisation des repas.

En revanche, ils commençaient déjà à déplorer que les agents venant dans leur chambre soient habillés de la tête aux pieds comme un cosmonaute et de ne plus avoir la possibilité de toucher les autres résidents ou les agents.

Cette impossibilité d'avoir recours à ce sens est devenu rapidement source de problème.

- La seconde où nous avons constaté un repli sur eux-mêmes des résidents.

Il nous faut ici distinguer selon si la personne est lucide ou non.

Les personnes lucides et sans signes cliniques importants ont généralement été très affectées par l'interdit de sortir en dehors de la structure et de devoir s'alimenter en chambre et non plus en salle à manger.

Certains ont alors commencé à développer ce qu'on appelle un « état de glissement » en se laissant aller à ne plus se nourrir et à refuser de voir qui que ce soit. Certains verbalisant vouloir « partir ». Cet état de glissement ne pouvait perdurer, ou nous les aurions perdus.

Pour les autres résidents ayant une démence, cet état de glissement a pu être constaté également, avec des remarques ou gestes inhabituels, même si la personne semble dans son monde, elle a en réalité parfaitement conscience de chose qui cloche.

Pour ces personnes la chose la plus difficile (au point de les faire pleurer), a été de ne pas pouvoir toucher les soignants, leur caresser la joue ou leur tenir la main.

Certaines situations étaient déchirantes, tant pour le résident que pour l'équipe.

De manière générale, l'ensemble de nos résidents ont perdu plusieurs kilos entre mars et mai, parfois de manière très inquiétante (manque de mobilité physique, repas en chambre, repas en plateau moins appétissants...).

Le retour des visites des familles a été très progressif mais nécessaire. Ayant été un souhait du Gouvernement, l'EHPAD a rouvert partiellement ses portes à la fin du mois d'avril.

Cela nous a encore demandé beaucoup de travail préparatif, tout n'a pas toujours été prévisible. En effet, les mauvaises habitudes reviennent après tant de temps passé loin de son parent, même si cela se fait aux dépens des gestes barrières...

Aujourd'hui les visites se font sans prise de rendez-vous, les familles doivent signer le registre des visites et respecter le port du masque avec friction des mains au SHA mais maintenant nous pouvons considérer que les résidents sont sortis d'affaire et qu'il est temps de revenir à la normale. Les sorties et permissions seront à nouveau possibles la semaine prochaine, à la plus grande joie des deux parties, familles et résidents. Le retour à la salle à manger est également extrêmement bénéfique pour des résidents, l'isolement en chambre aura été une période très durement vécue par les résidents. Nous aurons prochainement un CVS pour leur expliquer tout ce qu'il s'est passé, et les prochaines échéances pour la reprise d'activité, je suis convaincue que ce sujet ressortira à l'occasion de cette rencontre. La contrainte que nous avons actuellement concernant le retour en salle à manger, demeure le respect des distances de sécurité : notre salle est trop petite pour accueillir l'ensemble des résidents lorsque nous avons un taux d'occupation à 100%. Ce n'est pas encore le cas aujourd'hui, nous permettant encore de fonctionner.

En effet, malgré les places vacantes notre architecture n'est pas faite pour avoir besoin d'autant de place pour les temps de repas. Cela posera donc un problème lorsque les familles en ayant besoin accepteront de faire entrer leur proche en EHPAD. Par ailleurs le nouvel obstacle lié à l'épidémie COVID, c'est la crainte, justifiée ou non, des aidants qui ont fait une demande d'admission en EHPAD et qui hésitent ou refusent tout net à les faire entrer dans un établissement de type EHPAD, et plus encore lorsque celui-ci a eu des cas COVID par le passé.

Les mesures d'admissions ont beau avoir évolué pour justement limiter le risque de contamination d'une personne venant du domicile ou de l'hôpital (test COVID négatif impératif pour un EHPAD indemne, isolement en chambre pendant 14 jours avec repas en chambre puis nouveau test COVID pour vérifier qu'il soit toujours négatif) les familles sont tiraillées par ce que les médias renvoient comme image des EHPAD.

Pour être pragmatique, cela provoque d'inévitables pertes financières pour la structure. L'autre point noir aura été l'absence prolongée de la coiffeuse. La chambre des métiers ayant interdit aux coiffeurs d'intervenir en EHPAD jusqu'au 11 mai, les résidents, et notamment les femmes qui conservent toujours une certaine coquetterie, en étaient bien marris.

Certaines refusant même de faire une séance Skype car ne se trouvant pas suffisamment jolies pour être vues de leurs enfants avec leurs « tignasses indisciplinées » !

→ Comment a évolué la relation avec les patients/résidents/usagers suivis ?

Comme je l'indiquais plus haut, nous avons une philosophie d'établissement qui incite à être à l'écoute des émotions des résidents, aussi la relation résident/personnel était déjà forte. L'épidémie a eu tendance à renforcer la volonté des agents de faire pour le résident et avec lui.

→ En quoi le Covid a modifié (ou non) vos pratiques professionnelles (ou les pratiques professionnelles dans votre établissement/institution) ?

En période épidémique les corps étaient interdits de toilette mortuaire par l'équipe soignante, et la famille avertie, avait pour seule possibilité de venir équipée avec tous les EPI disponibles (que l'EHPAD mettaient à disposition), ainsi les proches avaient l'unique possibilité de voir le visage du défunt une dernière fois.

Cela était tellement douloureux pour eux que la très large majorité a refusé de dire au revoir de cette façon à leur parent, et a préféré ne pas venir dans la structure.

Les pratiques des pompes funèbres ont également évolué : n'étant pas jugé prioritaires pour percevoir une donation ARS de masques et autres EPI (équipements de protection individuelle) ils se refusaient à mettre le corps dans la housse mortuaire.

Cela signifie que c'était à l'équipe soignante de le faire, ce qui en a fait pleurer plus d'une, à juste titre : les soignants accompagnent la personne lorsqu'elle est en vie, dans la mort c'est normalement le propre des pompes funèbres de le faire. Il y a eu une fracture qui peine à cicatriser encore actuellement pour certains soignants.

Nous avons fait appel à une cellule psychologique de l'hôpital pour une séance collective, libre ensuite à chacun de recontacter à titre personnel un des psychologues présents.

Cela a permis à chacun de s'exprimer et de mettre en exergue les ressentis somme toute différents de chacun selon qu'il s'agisse du personnel paramédical ou technique ou administratif.

Les pratiques professionnelles seront certainement amenées à prendre en compte ce que nous avons traversé, mais il est beaucoup trop tôt pour faire une auto-analyse, nous sortons à peine du gros de la crise. L'un des services ayant subi le plus de transformation aura été la cuisine.

Le passage d'une consommation à l'assiette au plateau-repas a été très mal accepté par tous, résidents et personnels car la qualité gustative et la présentation s'en font forcément ressentir. La perte de poids a été très conséquente pour beaucoup de nos résidents et cela a confirmé le fait qu'il nous fallait revenir dès que possible à une dégustation à l'assiette pour le bien des résidents.

Le gaspillage alimentaire aura aussi été énormément augmenté, les plateaux-repas ne nous permettant pas de « doser » la quantité. Découragé par la quantité dans leurs assiettes, certains résidents en venaient à ne rien manger du tout.

→ Réponses/solutions éventuellement apportées au sein de votre établissement/institution concernant les difficultés de prise en charge ? Qu'en avez-vous pensé ?

Nous avons fait le choix de maintenir tous les congés qui étaient déjà positionnés par les agents. Même si certains se proposaient de les retirer et de les reporter ultérieurement, nous le refusions afin que ces personnels, généralement surinvestis, ne s'effondrent pas au travail.

Comme dit précédemment nous avons pu bénéficier de la venue de renforts hospitaliers, de même, des enfants d'agents ont accepté de venir bénévolement aider pour l'accompagnement des visites puisque l'association des bénévoles ne pouvait pas intervenir (eux-mêmes âgés, ils étaient donc un public à risque). Cela nous a permis de ne pas dégarnir l'équipe pour ces accompagnements, ce qui étaient appréciables.

On se rend compte que prendre soin du psychique des familles est aussi important que de prendre soin du psychique de leur proche. C'est pourquoi j'ai demandé au service social de l'hôpital qui se trouvait ralenti du fait des fermetures des institutions diverses (telles CAF, tutelles, tribunaux...) d'appeler les référents familiaux de chaque résident et de leur donner des deux types d'éléments : des informations concrètes sur notre organisation pour lutter contre le virus et ce que nous mettions en place un système de communication à travers Skype et gazettes. Les modalités de connexions et de fonctionnement leur étaient ainsi expliquées et les assistantes sociales ont pu en profiter pour réassurer les familles dont la détresse était parfois palpable au téléphone.

Nous avons donc dès le mois d'avril commencé à développer ces deux types de moyens de communication, Skype (grâce à des dons de tablettes car nous n'avions rien sous la main sinon), ce qui a été très apprécié par les familles, aussi demandeuses que les résidents de voir leurs proches, et une gazette individuelle pour chaque résident.

L'idée de cette gazette étant que les familles nous envoient par mail des photos et messages pour leur proche que nous intégrons ensuite sur une trame de gazette personnalisée au nom du résident.

Nous donnions en main propre la gazette que nous plastifions pour pouvoir la désinfecter (contamination par les objets comme le papier/carton oblige !) et nous l'envoyions en PDF

par retour de mail à la famille. C'était un premier pas pour maintenir un contact avec la famille qui a très bien fonctionné.

Nous avons mis en place un tableau de garde médicale dans lequel l'ensemble des médecins traitants intervenants dans la structure a accepté de s'y inscrire. Cela s'est étalé d'avril à mai et a permis qu'on puisse avoir recours à un médecin entre 19h et 22h en cas de besoin. L'AM a accepté de prendre en charge financièrement les rémunérations des médecins pendant leur temps de garde.

Avec l'hôpital nous avons de 22h à 6h une astreinte téléphonique à l'endroit des IDE en cas de besoin également, dans la mesure où les veilleuses de l'EHPAD sont soit des AS, soit des ASH. Dans les faits, et heureusement, nous n'avons eu besoin ni de l'un ni de l'autre.

Les deux kinés qui interviennent dans la structure ont été très vite bénévoles pour revenir dans l'EHPAD pour pouvoir favoriser la mobilité des résidents en leur faisant aller dans le jardin de l'établissement. Les faire marcher hors de leurs chambres a été bénéfique, et a permis à plus d'un de remonter la pente, et plus rapidement que nous le pensions.

→ En quoi le Covid a-t-il durablement affecté votre établissement selon vous ? Quelles sont les perspectives post-Covid ? [Ce que la situation traduit des besoins de changement après la crise dans votre établissement / institution, d'enjeux plus généraux en termes de pratiques professionnelles, d'organisation]

Cette crise sanitaire a au moins eu l'effet positif (même s'il sera sans doute éphémère) de raviver une certaine fibre solidaire autour de la question de l'accompagnement et du bien-être de nos anciens.

J'aimerais être optimiste et croire que l'épidémie est maintenant contrôlée et que l'immunisation de nos résidents va durer suffisamment pour que le monde scientifique trouve un vaccin dans l'hypothèse d'une nouvelle vague épidémique dans les prochains mois.

Le plan bleu a été rectifié au fil du temps pour l'adapter à la situation COVID, il devra être revu pour que nous soyons prêts lorsque cela se reproduira. Je compte également analyser de façon plus pointilleuse le profil des résidents décédés afin de voir si nous pouvons en tirer quelque information constructive. Les EHPAD, et le médico-social de manière générale, reposent avant tout sur la relation de l'institution avec les familles et de la commune où ils se trouvent.

J'observe que le rôle de l'association de bénévoles (généralement parents d'un résident décédé ou actuellement présent, ou encore anciens personnels de la structure) est primordial dans l'équilibre de l'EHPAD pour la raison suivante : nous ne disposons pas suffisamment de temps et d'effectif pour faire nous-même ce qui est aujourd'hui dévolu à ces bénévoles (animations, sorties, accompagnements divers).

Or ces bénévoles arrivent à des âges avancés et aucune relève n'est là pour prendre le relais, ce qui me fait craindre de la suite si nous perdurons sur le système actuel, cela s'est révélé de façon criante lors de l'épidémie (lorsque nous avons dû faire nous-mêmes les courses de première nécessité de certains résidents, lorsque nous devons les accompagner pour les visites ou séances Skype...). Sans eux, nous mériterons alors le qualificatif de « mouir ».

Cette crise a permis de pointer du doigt un certain nombre de dysfonctionnements au sein de la fonction publique hospitalière, tant du côté sanitaire que médico-social. Si nous n'apprenons pas de cette crise, alors le système continuera à échouer là où il n'aurait pas dû faillir. Le service public est censé pouvoir contrecarrer ou encaisser ce type de situations mais la santé en politique n'a pas été jugée comme une priorité depuis de longues années.

Quoiqu'il ressorte du Ségur de la Santé, je ne peux qu'espérer que les hautes sphères prennent conscience que nous avons été au bord du gouffre et qu'il est temps de réagir intelligemment pour y remédier, en se fondant notamment sur les professionnels de terrain, pour une fois.

→ Y a-t-il une question supplémentaire que vous souhaiteriez que l'on vous pose ? Si oui, quelle est cette question et comment pourriez-vous y répondre ?

Non. Merci.

4.9. Directeur adjoint (DRH et DAM) dans un EPSM

Nom de l'interviewé(e), statut/fonction, date/heure interview : Monsieur Y., DRH/DAM/innovation et recherche

Enregistrement sonore de l'entretien [Oui/Non] : oui

Ne pas citer son nom mais l'établissement

1. Brève description (activités, missions...) de l'établissement / institution dans lequel travaille notre interlocuteur / interlocutrice, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e))

- Centre hospitalier T. dans l'Ouest de la France / EPSM
- DRH, DAM et directeur recherche et innovation

2. Qu'avez-vous vu qui est allé dans le sens de l'accroissement des inégalités chez les patients / résidents ?

- Recul de l'accès aux soins durant le confinement, surtout durant les deux dernières semaines du mois de mars = chute de l'activité, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire et en psy adulte qu'en pédo-psy.
- Est-ce réellement un accroissement des inégalités ? Pas forcément, mais en tout cas on n'a pas observé une chute qui a sans doute eu des répercussions sur les inégalités.
- Les gens ne sont pas venus se faire soigner et on perd certains patients de vue.
- Aujourd'hui : conséquences avec une suractivité et sur-admission. Cela met en difficultés les capacités d'hospitalisation.
- Pour le médicosocial : l'accès à l'extérieur a été extrêmement réduit, les patients ont été privés de leur liberté (EPHAD, MAS : pas de possibilité de recevoir la famille, les visites des proches) mais c'était pareil en psy. La liberté d'aller et venir a été très restreinte : exemple des personnes âgées au sein des EPHAD qui ont été confinées dans leur chambre (ce qui constitue une forme d'inégalité).

– Toute la société a été confrontée à ces restrictions, mais en psychiatrie et dans le médico-social, cela a pris une forme encore plus restreinte.

3. Qu'est ce qui a été mis en place pour réduire les inégalités chez les patients / résidents ?

→ technologie de l'information et de la communication : téléconsultation, (accès au soin dans un cadre sécurisée), télé-expertise, communication avec familles dématérialisée : suivi téléphonique. Même si la téléconsultation a été développée, ça n'a pas non plus été énormément utilisé notamment car c'est complexe, et il y a des problèmes liés à l'informatique.

→ suivi des consignes nationales : à la MAS, visites pour personnes atteintes d'un trouble autistique → ils ont mis en place des visites encadrées qui permettaient aux résidents d'être en contact avec leurs proches

4. Quelles sont les conséquences indirectes de la crise du Covid au regard du report des prises en charge mais aussi concernant de l'interdiction de visites de proches et la question des libertés individuelles ?

→ dès lors qu'il y a une restriction du droit d'aller et venir, l'inégalité est là.

→ Difficultés liées à la prise en charge et au soin : par exemple sur les repas en psy, deux services ont été mis en place avec la Covid-19, alors que normalement le repas est un moment bien spécial et thérapeutique. Impact négatif de la suppression du repas thérapeutique. De plus, la nécessaire mise en œuvre de la distanciation sociale a aussi eu un impact négatif. Tous ces différents éléments ont eu un impact sur la prise en charge : beaucoup de violence et de recours à l'isolement en psychiatrie adulte, tension dans les unités avec des situations de violences.

5. Quelles sont vos recommandations pour réduire l'accroissement des inégalités en période de crise sanitaire ?

→ La télémédecine a eu des difficultés à décoller, et on espère que parmi les éléments qu'on va capitaliser, ça va donner un essor à la télémédecine afin de maintenir un niveau d'accès au soin facilité. On peut faire encore beaucoup mieux sur ça ! Et vis-à-vis d'une crise sanitaire, on peut éviter des déplacements et économiser le temps médical pour avoir une organisation la + efficace possible → Questions sur l'accès au soin et favoriser l'accès au soin pour tous !

– Être mieux équipé et préparé aux situations : des structures ont dû être fermées par manque d'équipements. Une meilleure organisation et préparation pourront à l'avenir éviter des situations mettent à risque la prise en charge.

– Regret que les choses n'ont pas été planifiées avant : avoir une unité d'accueil des patients, procédure de test etc. Mais riche d'enseignements quand même : télétravail pour l'organisation de travail c'est super important (volonté de généraliser le télétravail maintenant)

– Il y a de vraies formations à avoir en gestion de crise dans les ES, formation qu'on ne fait pas toujours, on ne se prépare pas à ça : faire un grand retour d'expérience et livre blanc

– Faut laisser aux acteurs de terrain plus de place, mais garder quand même le pilotage de l'établissement

– Atelier pour apprendre patient hygiène et renforcer l'hygiène au sein de l'établissement (ASH etc.)

6. Y a-t-il une question supplémentaire que vous souhaiteriez que l'on vous pose ? Si oui quelle(s) est (sont) ces questions et comment pourriez-vous y répondre ?

La Covid 19 a mis en exergue les inégalités, des inégalités connues ou suspectées, et nous les a jetés en pleine figure : ça ne va pas s'arrêter là, ça va durer et marquer les esprits... Questions rapport humain (dire bonjour etc.) – conséquences majeures...

La réponse aux inégalités, elle est collective : l'entraide, la solidarité notamment financière contribuer via l'impôt, solidarité au quotidien.

Elan de solidarité qui ont été mis en place, il ne faut pas qu'on rentre dans une société hyper individualiste car les inégalités s'expriment encore plus à travers tout ça...

Pédopsychiatrie : l'école... L'impact est non-mesurable, mais il risque d'y avoir une explosion des inégalités, notamment d'inégalités d'accès au soin. Le retour à l'école pour des enfants qui n'y sont pas allés depuis très longtemps... Ça va être compliqué tout comme l'impact dès l'enseignements à distance pour des enfants avec déjà une addiction à l'écran...

4.10. Bénévole à la Croix-Rouge et enseignant-chercheur à l'EHESP

Date de l'interview : le 01/07/2020 de 12h35 à 13h30

Enregistrement sonore de l'entretien [Oui/Non] : oui

Souhaite que le rapport lui soit transmis [Oui/Non] : oui

1. Brève description (activités, missions...) de l'établissement / institution dans lequel travaille notre interlocuteur / interlocutrice, ainsi que son parcours professionnel (en bref) et son poste dans l'établissement (pour situer le propos et connaître notre interviewé(e))

Je suis adhérent à la Croix-Rouge depuis au moins quinze ans et membre actif depuis un an. Nous sommes 300 bénévoles actifs sur le secteur de B. Nous pouvons être appelés pour des missions ponctuelles ou régulières.

La Croix-Rouge a quatre principales missions :

- La délivrance de formations (aux premiers secours notamment) ;
- La banque alimentaire (maraudes, distributions de repas) ;
- L'urgence sanitaire, en cas de catastrophes (incendies, tempêtes, accidents industriels) : appui et soutien logistique, rapatriements, installations de tentes, etc. ;
- La protection civile lors de l'organisation de grands événements publics.

2. Qu'est-ce qui a dans la crise de la Covid a favorisé l'accroissement des inégalités ?

La distribution de paniers repas aux familles démunies se fait en permanence, mais elle a été accentuée durant le confinement, du fait notamment que les familles vulnérables n'avaient plus l'opportunité d'aller faire des courses et d'acheter des produits alimentaires à proximité de chez eux. Localement, ce n'était plus cinquante familles qu'on desservait, c'était passé à 150.

3. Comment la Croix-Rouge a-t-elle été impactée dans son fonctionnement par la crise de la Covid ?

Certaines formations en présentiel ont été interrompues. Sur l'organisation et l'accès à nos locaux, des changements ont été opérés. Ainsi, à B., nous avons eu une ingénieur qualité qui

est venue bénévolement et qui a préconisé, pour nos locaux, un modèle de circulation et de gestion des espaces avec une signalétique basée sur un code couleur. Le circuit qui va du camion de livraison des produits jusqu'à l'utilisateur qui vient chercher son panier repas va être modifié. Avant, ça circulait dans tous les sens, donc il a fallu mettre de l'ordre dans les flux de circulation des hommes et des marchandises.

De plus, la professionnalisation des bénévoles est importante. De plus en plus, des gens qui sont experts dans leurs domaines respectifs nous rejoignent. C'est fini le côté « amateur » de l'association. Et on l'a vu très vite durant la crise de la Covid : en trois semaines, la capacité d'organiser la gestion de la banque alimentaire s'est optimisée de façon impressionnante : organisation, rapidité et efficacité de la livraison aux familles, etc.

4. *Votre structure avait-elle anticipé une telle crise ?*

Je ne suis pas suffisamment en lien avec les décideurs de la Croix-Rouge pour répondre précisément. La Croix-Rouge avait peut-être des relais internationaux qui lui permettaient de connaître la situation dans les autres pays. Mais je ne pense pas que nous nous attendions à ce que l'épidémie arrive aussi vite chez nous.

5. *La crise sanitaire actuelle va-t-elle entraîner des changements à l'avenir à l'échelle de la Croix-Rouge ?*

Pour la Croix-Rouge, le distanciel représente une infime partie de nos activités (formations multimédias), tout le reste (protection civile, interventions à la suite de catastrophes naturelles ou industrielles, organisation de formations...) c'est uniquement du présentiel.

La crise sanitaire peut donc impacter le fonctionnement de la Croix-Rouge. Mais, comme la Croix-Rouge a pour mission d'aller au-devant des publics vulnérables, de leur porter une aide, elle ne pourra pas se passer de ça. La Croix-Rouge s'adresse à des publics avec lesquels la communication n'est possible qu'en allant les voir directement.

6. *Y a-t-il une question supplémentaire que vous souhaiteriez que l'on vous pose ? Si oui quelle(s) est (sont) ces questions et comment pourriez-vous y répondre ?*

Oui, la question de la sensibilisation des jeunes à des formes d'implication bénévoles dans lesquelles ils peuvent se sentir utiles. Comme il y aura de plus en plus de personnes à aider, il y aura besoin d'aidants. Donc il faut se tourner vers ces publics jeunes qui sont prêts à aider, mais il faut leur donner des signes de reconnaissance.

Pour moi, un signe de reconnaissance, ce serait un vrai contrat d'engagement formalisé. Ce contrat répondrait à leurs besoins, par exemple : on vous assure l'alimentation matin, midi et soir, mais à condition que vous remplissiez les tâches que l'on vous demande d'accomplir.

Thème n°3

Animé par :

*Nicoleta Bakhos, Référente égalité femmes-hommes
Estelle Baurès, Chargée de mission développement durable & responsabilité sociétale
Solène Chevreau, Référente handicap pour les apprenants et vacataires
Jacques Orvain, Référent laïcité et lutte contre les radicalisations*

LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES INÉGALITÉS

*Agathe Benoist, EDH
Christiane Bideau, EDS
Simon Caret, ED3S
Sarah Evano, EDH
Yannick Lefavre, ED3S
Mohamed Fays Said Caabi, EAAH
Noëlle Sinang, EDH
Tadéa Stephenson Siguier, EDS*

Résumé : La crise sanitaire de la Covid-19 a touché au 17 juillet 2020 plus de 13,8 millions de personnes dans le monde, dont 173 000 en France, et est à l'origine du décès de plus de 590 000 personnes dont 30 000 en France. Qualifiée de pandémie par l'OMS le 11 mars 2020, elle a conduit les États à adopter des mesures pour réduire la diffusion du virus, aucun traitement n'ayant été trouvé par les scientifiques jusqu'à présent.

Ce rapport s'est tout d'abord attaché à étudier en France les corrélations entre la Covid-19 et les inégalités concernant les personnes âgées, en situation de handicap, souffrant de troubles psychiatriques et les plus précaires. La Covid-19 a révélé et parfois accentué ces dernières. Ainsi, les inégalités générationnelles, sociales et territoriales ont été un facteur d'aggravation du risque de contracter la Covid-19 ou d'en être atteint par les formes les plus graves.

Pour faire face à l'épidémie, les pouvoirs publics ont rapidement réagi. Au-delà des mesures sanitaires, de confinement et relevant de la sphère économique, les structures de soins et d'hébergement se sont réorganisées en vue de limiter les inégalités dans la prise en charge de leurs patients ou de leurs résidents. Des actions de solidarité et de soutien spontanées ont aussi émergé sur tout le territoire, permettant de compléter utilement les dispositifs de lutte contre l'isolement et l'oubli des personnes les plus fragiles. Cependant, ces mesures ont été jugées insuffisantes. En effet, dans l'urgence, le volet curatif a été privilégié au détriment de mesures adaptées aux publics fragilisés, comme la suspension de certains dispositifs de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, ce qui a eu un impact important sur les inégalités. A titre d'exemple, de nombreuses associations ont arrêté leurs maraudes, les accueils de jour et les animations socio-culturelles dans les établissements.

Aussi, afin de prévenir tout risque pandémique, il est préconisé d'adopter une stratégie sanitaire, sociale et médico-sociale qui inclut davantage les publics les plus précaires. Il pourra s'agir de maintenir le lien social, d'allouer des prestations spécifiques ou encore de renforcer les moyens de lutte contre l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires qui touchent davantage les plus vulnérables.

Mots clés : confinement, coronavirus, Covid-19, crise sanitaire, EHPAD, épidémie, exclusion, handicap, inégalités sociales, inégalités sociales de santé, inégalités territoriales, isolement, pandémie, personnes âgées, précarité, prévention, psychiatrie, santé publique

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs