



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

Crise sanitaire et grand âge : dans quelle mesure le confinement dans les EHPAD interroge-t-il la prise en charge de la vieillesse en établissement ?

– Groupe n° 21 –

- Jean-Charles AGOSTA (AAH)
- Claire BRU (DH)
- Francis BULTEAU (DS)
- Gwendoline FAMEL (IES)
- Lorène JACOUD (DH)
- Faustine JOLY (D3S)
- Hélène LEHERICEY (DH)
- Louis-Marie DE SOYE (D3S)
- Christelle VIAN (DS)

Animateur/trice(s)

- Arnaud CAMPEON
- Karine CHAUVIN

Sommaire

Introduction	1
I- Retour sur une crise sanitaire et médico-sociale sans précédent : COVID-19, grand âge et mesures de confinement	3
1.1. <i>Chronologie des mesures de confinement prises par les pouvoirs publics face à la survenue d'un risque sanitaire en EHPAD</i>	3
1.2. <i>Les mesures de confinement au cœur d'une démarche de gestion de crise : entre risque, incertitude et urgence</i>	5
1.3. <i>Le confinement : des consignes étatiques à une mise en œuvre de terrain très variable</i>	7
II- Les effets du confinement en EHPAD : de la réorganisation institutionnelle aux répercussions personnelles et professionnelles	9
2.1. <i>Une nouvelle organisation des EHPAD face au confinement</i>	9
2.2. <i>Les effets du confinement sur la santé mentale et physique des résidents d'EHPAD et ses répercussions pour les professionnels</i>	11
2.3. <i>S'en sortir, sans sortir : les palliatifs de la perte du lien social</i>	14
2.3.1. <i>Les outils de communication mis en place au niveau des établissements</i>	14
2.3.2. <i>Les outils de communication mis en place au niveau national</i>	15
2.3.3. <i>Les limites aux outils de communication mis en place</i>	16
III- Peut-on tirer des enseignements du confinement ?	17
3.1. <i>Un confinement révélateur de la représentation sociale de la vieillesse</i>	17
3.1.1. <i>Des représentations : la vieillesse, une étape de vie fragile ; les personnes âgées, des personnes vulnérables</i>	17
3.1.2. <i>Le vieillissement : de la notion de dépendance à la perte d'autonomie décisionnelle</i>	18
3.2. <i>Un confinement qui interroge le fonctionnement et la nature des EHPAD</i>	19
3.2.1. <i>Vers une remise en cause de la relégation des EHPAD ?</i>	20
3.2.2. <i>Le positionnement délicat des EHPAD, entre sanitaire et médico-social</i>	21
3.3. <i>Un effet de la crise : une fenêtre d'opportunité pour la loi "Autonomie grand âge"</i>	22
Conclusion	25
Bibliographie	26
Liste des annexes	32
Annexe I : Liste des interviewés	33
Annexe II : Grille d'entretien des directeurs d'établissement	35
Annexe III : Grille d'entretien des soignants	36
Annexe IV : Grille d'entretien des associations d'usagers	38
Annexe V : Grille d'entretien du monde de la recherche	40
Annexe VI : Chronologie et analyse des mesures de confinement et déconfinement en EHPAD	42
Annexe VII : Focus sur le confinement total	60

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

Nous tenons d'abord à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous accorder un entretien. Personnels des EHPAD, membres d'associations et chercheurs, par leur enthousiasme et le temps qu'ils nous ont consacré malgré le surcroît d'activité auquel la crise sanitaire les confrontait, ils nous auront permis de mener une réflexion que nous espérons la plus complète possible.

Nos remerciements vont également aux animateurs de notre groupe, Monsieur Arnaud CAMPEON, Sociologue, Enseignant-chercheur, Département SHS, EHESP, et Madame Karine CHAUVIN, Sociologue, Chargée d'enseignement pour SHS, EHESP, pour leur grande disponibilité, leur aide bienveillante et leurs encouragements pendant ce module.

Enfin, à l'issue de ce travail inter-filière, chacun d'entre nous souhaite adresser ses chaleureux remerciements à l'ensemble des membres du groupe. Malgré les circonstances particulières de réalisation de ce travail et l'absence de réunion physique, ces semaines auront créé entre nous des liens humains et professionnels dont la qualité, nous le pensons, imprègne les pages qui suivent.

Liste des sigles utilisés

ARS	AGENCE REGIONALE DE SANTE
CADES	CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE
CCNE	COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE
CDU	COMMISSION DES USAGERS
CNCDH	COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME
CNSA	CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE
CVS	CONSEIL DE LA VIE SOCIALE
DGCS	DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE
EHPAD	ÉTABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
EPI	ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE
FHF	FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE
FNAPAEF	FEDERATION NATIONALE DES AMIS DES PERSONNES AGEES ET DE LEURS FAMILLES
HSCP	HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
IGAS	INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
SFGG	SOCIETE FRANÇAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE
SYNERPA	SYNDICAT NATIONAL DES ETABLISSEMENTS ET RESIDENCES PRIVES POUR PERSONNES AGEES
USLD	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE
UVP	UNITES DE VIE PROTEGEES

Méthodologie

Choix du sujet

Au regard du contexte sanitaire qu'a connu la France à partir du mois de mars 2020, il nous a semblé pertinent de réorienter notre sujet, initialement centré sur la question du suicide, sur l'une des dimensions associées à la crise sanitaire et médico-sociale engendrée par la pandémie de la COVID-19. Ainsi, nous avons décidé de travailler sur la question du "grand âge et lien social" en lien avec le confinement.

Au terme de premières lectures sur le sujet, il a été décidé de se concentrer sur le périmètre spécifique des EHPAD, dans la mesure où le confinement venait en interroger le fonctionnement actuel, notamment du fait du rapport entre l'institution et l'individu pendant cette période.

Organisation et planification

Le groupe s'est d'abord réuni plusieurs fois à distance au cours de la semaine dédiée au MIP pour déterminer une méthode de travail commune et une problématique. L'enjeu était de parvenir à préserver un équilibre entre la nécessaire coordination de tous les participants et le maintien de périodes de temps suffisantes pour permettre à chacun de s'imprégner du sujet par des lectures. La situation d'éloignement physique et de temps de travail dédiés asynchrones au sein du groupe d'élèves a nécessité que les différents axes d'étude soient répartis entre les élèves par binômes.

Par la suite, des réunions virtuelles ont été organisées à échéances régulières pour faire le point sur les avancées de chacun et prévoir les étapes suivantes de la démarche, en la présence ou non des enseignants. Sur la base d'une présentation succincte des travaux respectifs de chaque sous-groupe, les membres pouvaient ainsi exposer leur point de vue propre, permettant par cette confrontation d'idées d'identifier de nouvelles orientations du champ d'étude concerné.

Procédés d'enquête

- **Revue de presse spécialisée**

Une part du travail de recherche a consisté en une analyse chronologique systématique des dépêches APM News et de la newsletter COVID-19 Presse Pro sur la période de janvier à mai 2020, en distinguant ce qui relevait des discours publics, des effets du confinement et de la représentation de la vieillesse notamment. Les articles ainsi identifiés ont constitué un socle documentaire pour l'ensemble des aspects du sujet.

- **Revue de littérature**

Un autre axe du travail préparatoire a consisté en des lectures d'articles de nature scientifique sur les axes de travail que nous avons identifiés, complétées par un éclairage de la presse nationale ou locale ou des émissions radiophoniques.

- **Chronologie des décisions en matière de (dé)confinement**

Parmi les travaux préalables, une chronologie des décisions prises en matière de confinement des EHPAD a également été reconstituée. Cette chronologie des décisions, émanant du Président de la République, du Premier Ministre ou du Ministre de la Santé, a été complétée par une synthèse des avis d'institutions publiques temporaires (comité scientifique COVID-19) ou permanentes (Comité Consultatif National d'Éthique, Académie de médecine, sociétés savantes) ainsi que par les réactions d'acteurs publics (syndicats par exemple) permettant d'apporter un éclairage sur le contenu des décisions prises. Ce travail a été mené jusqu'à la phase 2 du déconfinement (*Annexe VI*).

Ces analyses préalables nous ont alors permis de préciser une problématique, ainsi que notre méthode d'entretien et les interlocuteurs que nous souhaitions rencontrer.

- **Réalisation des entretiens**

Les questions posées faisant référence à une période encore en cours et à des ressentis encore très récents et parfois douloureux, nous avons tenu à réaliser des entretiens semi-directifs, avec des questions ouvertes laissant toute latitude aux interlocuteurs pour nous faire part de ce qu'ils estimaient nécessaire de porter à notre connaissance. Sur la base d'une trame commune, nous avons ensuite décliné un déroulé d'entretien propre à chaque catégorie d'interviewé (*Annexes II à V*).

Nous avons identifié quatre catégories d'interlocuteurs qui nous paraissaient concernés en premier chef par le sujet : les résidents et leurs familles, les soignants, les directeurs de structure et les autorités publiques. Il nous a, de surcroît, paru intéressant d'y ajouter des chercheurs pour obtenir leur analyse sur la situation étudiée. Nous avons pu, au total, conduire seize entretiens (*Annexe I*).

Malgré des prises de contact et des mises en relation, il ne nous a pas été possible d'obtenir d'entretien avec des autorités publiques eu égard au fait que la période les rendait peu disponibles pour un travail de recherche. S'agissant des résidents, dont l'expression nous paraissait indispensable à prendre en compte, ces derniers étant confinés, nous avons réalisé une analyse documentaire des témoignages d'usagers publiés dans la presse ou fournis par certaines associations.

Notre travail ayant débuté pendant le confinement, les entretiens ont été réalisés, à une exception près, à distance, via différents outils numériques (Zoom, Teams ou simplement téléphone). Certains

élèves ont cependant pu mettre à profit leurs stages en EHPAD pour s'entretenir avec des professionnels. Dans la mesure du possible, nous avons choisi de réaliser ces entretiens par binôme, pour permettre une discussion plus fluide et une double analyse des propos tenus. Le contenu des entretiens pouvant être de nature à alimenter les travaux de plusieurs sous-groupes de travail, nous avons veillé à ce que les enquêteurs soient issus de binômes de travail différents et partagés.

Recueil des données et méthode d'analyse

Le contenu des entretiens a été retranscrit et diffusé au groupe d'élèves. De la même manière, l'utilisation d'un outil de travail collaboratif a permis le partage d'articles ou de documents (lectures, supports audio, documents de travail). Ces travaux de nature théorique et/ou réflexif ont été également nourris des expériences des élèves présents parallèlement sur leurs terrains de stage. Ces différents éléments nous ont permis d'identifier collectivement un plan. La rédaction des parties a, elle, été répartie par trinômes entre les membres du groupe. Une relecture globale, permettant de s'assurer de la cohérence du document, a été confiée à trois personnes.

Limites et avantages de l'étude

L'un des intérêts de l'étude a été l'analyse d'une situation extrêmement actuelle, qui nous ouvrait de larges perspectives de travail. Toutefois, cet avantage constituait également une limite dans la mesure où les décisions prises pour répondre à l'urgence sanitaire ont connu des évolutions durant la phase de recherche et au cours même de la rédaction. Certaines sont d'ailleurs encore appliquées dans les EHPAD. De ce fait, le recul est insuffisant pour tirer pleinement les enseignements de cette période. Pour cette même raison, il nous a fallu prendre garde à nous départir de nos ressentis personnels dans une période qui aura mis chacun de nous à rude épreuve.

Par ailleurs, la difficulté la plus importante à laquelle nous avons été confrontés, outre la constante virtualité de nos échanges, est le manque d'un temps spécifiquement dédié à la réalisation de ce MIP. D'ordinaire doté de trois semaines à temps plein à l'école, ce travail n'a, cette année, fait l'objet que d'une semaine de travail, à distance, le reste du temps accordé dépendant de l'organisation propre à chaque filière. Au regard de cet émiettement, la coordination a ainsi été particulièrement difficile, alors que certains membres du groupe ont dû partir en stage pendant la réalisation du travail et que les jours dédiés au MIP, d'ailleurs très peu nombreux, ne coïncidaient pas entre les filières.

L'investissement et la disponibilité personnels de chaque membre du groupe ont permis d'aplanir en partie ces obstacles, mais il reste certain que les conditions de travail auront été, cette année, particulièrement difficiles.

Introduction

La mise en quarantaine d'une population n'est pas inédite en 2020. Bien au contraire, c'est une pratique utilisée depuis plusieurs siècles afin d'enrayer la propagation d'une épidémie. La mise en quarantaine, ou confinement, se définit comme l'action d'isoler une ou plusieurs personnes, individus, végétaux ou même objets du reste du groupe durant une durée limitée. Elle est réalisée en cas de suspicion de maladie contagieuse afin d'en éviter la propagation.

C'est à 1374 que remontent les premières traces de mise en quarantaine. Alors que la peste sévit en Orient, la ville de Dubrovnik, autrefois nommée Raguse, prend la décision d'isoler ses habitants sur une île pour une période de trente jours. Ce dispositif sera par la suite imité par les cités voisines. L'objectif est d'arrêter la propagation du virus. En Provence, territoire particulièrement exposé aux menaces épidémiques en raison de ses échanges entre le port de Marseille et les différents pays du Levant, les communes ont toujours réservé une part importante de leurs ressources à la protection contre ce type de menace. C'est, en effet, un territoire qui a connu près d'une vingtaine d'épidémies entre 1348 et 1720. Le respect des mises en quarantaine y était alors très important et garanti par des installations et moyens humains plus ou moins appropriés.

Néanmoins, avant le mois de mars 2020, la France n'avait plus connu de mise en quarantaine depuis 1955, date à laquelle la ville de Vannes avait été confinée afin d'endiguer une nouvelle épidémie de variole. Il n'avait, par ailleurs, jamais été question de s'interroger sur les effets néfastes de telles politiques d'isolement. Il a effectivement fallu attendre l'épidémie de la COVID-19 pour que ce type de questionnements émerge.

L'une des particularités de cette nouvelle forme de coronavirus, au-delà de sa propagation mondiale¹, est qu'elle touche plus sévèrement les personnes âgées. C'est la raison pour laquelle les autorités françaises ont rapidement ordonné le confinement des EHPAD, avant celui du reste de la population. Or, un tel confinement n'a pas été sans conséquence, ni pour les structures non-habituées à ce type de protocole, ni pour les personnes âgées elles-mêmes ou leurs proches et aidants.

Le confinement des EHPAD, précoce mais parallèle à celui de l'ensemble de la population, a en effet été décidé dans une période où le fonctionnement de ces établissements est interrogé, parfois décrié, et où la prise en charge des personnes âgées en établissement est souvent accusée de souffrir de lacunes importantes. Manque de moyens, maltraitance institutionnelle ou individuelle, déresponsabilisation des résidents, sont autant de critiques faites de façon récurrente aux EHPAD.

Plus largement, c'est la représentation de la vieillesse dans la société française qui est, au début de l'année 2020, régulièrement analysée pour aboutir au constat d'une conception souvent âgiste, parfois

¹ Declercq A., de Stampa M., Geffen L., Heckman G., Hirdes J., Finne-Soveri H., Lum T., Millar N., Morris J.N., Onder G., Szczerbińska K., Topinkova E. and van Hout H. (2020), Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19?, OSE Opinion Paper 23

empreinte de crainte, en tout cas rarement positive². C'est dans ce contexte que les EHPAD sont entrés « en confinement » et ont dû affronter cette situation sociale inédite.

Au début de la crise, le confinement des structures accueillant des personnes âgées semble avoir été décidé comme s'il s'agissait d'une évidence. Les personnes âgées étant les premières victimes de la COVID-19, il convenait de les protéger. Ce n'est finalement que par la suite que les décideurs publics et plus largement la population se sont interrogés sur les effets défavorables que cela pourrait avoir sur la personne âgée. Force est alors de constater que le confinement a pu se révéler à la fois néfaste et protecteur. L'arbitrage entre ces deux acceptions n'a pas toujours été évident pour les directeurs d'établissement. Ces derniers se sont effectivement retrouvés écartelés entre la volonté de protéger leurs résidents du coronavirus, celle de les préserver du syndrome de glissement lié à un isolement social prolongé et enfin aussi la volonté des proches de voir, toucher et parler avec le résident.

Aux conséquences inhérentes à la nature même du confinement se sont ajoutées les difficultés récurrentes des EHPAD, qui ont complexifié encore davantage la situation : il convenait en effet de préserver la santé physique et psychique des résidents dans une situation exceptionnelle, alors même que le fonctionnement habituel des EHPAD n'est parfois pas en mesure d'atteindre cet objectif. Le confinement est donc venu heurter de plein fouet une prise en charge contestée des personnes âgées en établissement.

Ainsi, au-delà de la situation particulière du confinement, c'est toute la place de la vieillesse dans notre société et sa prise en charge en établissement qui ont été interrogées durant cette période. Dès lors, il est légitime de se demander **en quoi le confinement dans les EHPAD est-il venu interroger la prise en charge de la vieillesse en établissement ?**

Un retour sur la gestion de crise permettra de comprendre, point par point, comment se sont progressivement mises en place, parfois à dimensions variables, les différentes mesures politiques visant à réduire la propagation du virus (I). Or, bien qu'affectant directement les personnes âgées, la prise en compte de leurs intérêts semble parfois avoir été oubliée par les pouvoirs publics. Ainsi, afin de limiter les effets néfastes du confinement sur les résidents, cette mise en quarantaine des établissements a nécessité une réorganisation interne efficace et sécurisante (II). Dès lors, bien que cette crise ne soit pas encore dernière nous, peut-être est-il déjà possible d'en tirer quelques enseignements et perspectives pour la prise en charge de la vieillesse en établissement (III).

² Bizzini L. (2007), L'Âgisme : une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence, *Gérontologie et société*, Vol.30/123(4), 263-278.

I- Retour sur une crise sanitaire et médico-sociale sans précédent : COVID-19, grand âge et mesures de confinement

L'épidémie de la COVID-19 a soulevé la problématique de la vulnérabilité particulière des personnes âgées face à un virus contagieux et mortel, notamment dans les EHPAD où la vie en collectivité constitue un facteur de risque. En réponse à cette problématique, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures de confinement qui ont évolué avec l'épidémie.

Pour comprendre les enjeux du confinement, en lien avec le grand âge, il convient donc de présenter et de contextualiser les décisions relatives au confinement des personnes âgées prises au cours de l'épidémie de la COVID-19 (1.1). Relevant de la gestion de crise, ces décisions sont intervenues dans un contexte de crise sanitaire, entre incertitude et urgence (1.2). Néanmoins, bien que nationales, les mesures de confinement ont été mises en œuvre de manière différenciée en fonction des territoires et des établissements (1.3).

1.1. Chronologie des mesures de confinement prises par les pouvoirs publics face à la survenue d'un risque sanitaire en EHPAD

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de la COVID-19, le 11 mars 2020, le gouvernement prend la décision de suspendre l'intégralité des visites de personnes extérieures à l'établissement en EHPAD et USLD. Si des exceptions sont autorisées, c'est néanmoins la première mesure officielle qui introduit la notion de confinement et elle cible précisément les personnes âgées résidant en EHPAD. En effet, dans les premiers temps de l'épidémie en France, le discours public et politique se concentre sur l'idée qu'il faut avant tout « *protéger les plus vulnérables, c'est la priorité absolue* »³.

Les mesures s'étendent par la suite à l'ensemble de la population, avec un confinement à domicile, la réduction des déplacements au strict nécessaire et l'interdiction de regroupement extérieur à partir du 17 mars 2020 et jusqu'au 11 mai 2020, à la suite de deux prolongements. Sans distinction selon le critère de l'âge, ces décisions visent à limiter la propagation du virus pour éviter une saturation du système de santé. Néanmoins, les personnes âgées font l'objet d'une attention particulière dans ce cadre, comme en témoigne la mission de lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement confiée le 23 mars 2020 par le Ministre en charge de la santé à Jérôme GUEDJ.

Afin de limiter le risque épidémique en établissement, le 28 mars 2020, Olivier VERAN demande « *aux établissements de type EHPAD de se préparer à aller vers un isolement individuel de chaque résident dans les chambres* »⁴. Le ministère diffuse des consignes écrites préconisant très fortement ce confinement en

³ Allocution du Président de la République, 12/03/2020

⁴ Allocution du Ministre en charge de la santé, 28/03/2020

chambre, y compris en l'absence de cas suspect de la COVID-19, même si la décision est laissée en dernière instance aux établissements.

Le traitement différencié des personnes âgées en matière de confinement se poursuit avec l'annonce de la prolongation du confinement lors de l'allocution télévisée du Président de la République du 13 avril 2020. En effet, s'il fixe une date prévisionnelle de fin de la mesure, le Président demande aux « *personnes les plus vulnérables* », parmi lesquelles les personnes âgées, de « *rester, même après le 11 mai, confinées, tout au moins dans un premier temps* »⁵.

Cependant, suite à la remise des recommandations de la Mission GUEDJ, le Président de la République revient sur ses propos par le biais d'un communiqué publié le 18 avril 2020, en indiquant qu'il ne souhaitait pas discriminer les personnes âgées dans le cadre du déconfinement. Deux jours plus tard, un protocole actualisé relatif au confinement dans les établissements médico-sociaux est publié. Il permet « *dans des conditions très encadrées, des visites des proches* » en EHPAD.

De fait, le 7 mai 2020, lorsque le Premier Ministre annonce les modalités de déconfinement, aucune mesure spécifique ne concerne les personnes âgées. Toutefois, le protocole de déconfinement des EHPAD publié le 10 mai 2020 présente un déconfinement progressif, avec un transfert aux ARS de la compétence d'envoi de directives aux établissements. Le déconfinement en EHPAD ne sera donc pas aussi visible qu'en population générale même si les EHPAD peuvent envisager un assouplissement progressif des mesures de protection en établissement et même si le CVS doit être destinataire du plan de reprise d'activité formalisé par la direction d'établissement.

Lorsque le Premier Ministre présente la phase deux du déconfinement le 28 mai 2020, il ne mentionne pas la situation particulière des personnes âgées en établissement mais, le 1er juin 2020, la reprise des visites en EHPAD à compter du 5 juin 2020 est annoncée, pour concilier impératif de sécurité sanitaire et « *respect du libre choix des personnes* »⁶.

Enfin, en termes de déconfinement, les annonces du Président d'après lesquelles « *les visites (seraient) à nouveau autorisées en EHPAD* » et « *nous allons donc pouvoir retrouver le plaisir d'être ensemble* »⁷ contrastent avec le protocole de la DGCS qui mentionne « *une phase supplémentaire de déconfinement sécurisé* »⁸ et un principe de retour à la normale progressif et planifié. Les mesures de déconfinement sont donc encore amenées à évoluer pour les EHPAD.

⁵ Allocution du Président de la République, 13/04/2020

⁶ Communiqué du Ministère des Solidarités et de la Santé, « Assouplissement supplémentaire des conditions de visite dans les établissements hébergeant des personnes âgées », 01/06/2020

⁷ Allocution du Président de la République, 14/06/2020

⁸ Protocole « Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », 16/06/2020

1.2. Les mesures de confinement au cœur d'une démarche de gestion de crise : entre risque, incertitude et urgence

Le sujet épidémique s'ouvre en France début janvier avec le début de la veille sanitaire au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales le 2 janvier 2020. Fin janvier, les premiers cas sont confirmés et le premier décès des suites de la COVID-19 survient le 14 février 2020 chez un patient de 80 ans. Trois moments incarnent plus particulièrement la croissance du risque lié à la COVID-19 et la gradation de la réponse à ce risque : le passage au stade 2 du plan de prévention et de gestion de la crise sanitaire le 29 février 2020, l'activation du plan bleu dans les EHPAD le 6 mars 2020 et le passage au stade 3 le 14 mars 2020.

Par ailleurs, au cours de l'épidémie de la COVID-19, l'âge a été identifié de manière précoce comme un facteur de risque de complications et de décès pour les patients atteints par le virus. En France, les premiers décès ont principalement concerné des personnes âgées. Une étude portant sur une cohorte de 191 patients de Wuhan en Chine, publiée dans *The Lancet*, établit d'ailleurs, dès le début du mois de mars, l'âge comme un des trois critères associés au risque de décès des patients hospitalisés infectés par la COVID-19⁹. De plus, dès le 14 mars 2020, dans un avis provisoire, le Haut Conseil de la Santé Publique entérine l'âge comme un facteur de risque en pointant une « *plus grande fréquence documentée des complications du COVID-19 chez les patients atteints de pathologies chroniques [...] ou de cancers, et chez les personnes âgées de plus de 70 ans* »¹⁰.

Au-delà d'un risque accru pour cette population, le renforcement des mesures de confinement pour les personnes âgées se fait dans un contexte où l'incertitude scientifique est forte. En effet, fin mars, la situation précise des EHPAD n'est pas connue et l'absence de données fiables crée une atmosphère de « flottement » quant à la gravité potentielle de la situation. Des données commencent à être récoltées uniquement le 28 mars 2020 avec l'activation par Santé Publique France d'une plateforme consacrée au recueil des données en établissements médico-sociaux, alimentée par les établissements eux-mêmes. Ce système de surveillance permet d'établir un bilan incomplet de 884 morts en EHPAD au 2 avril. En situation d'incertitude, le renforcement des mesures de confinement peut donc s'expliquer par la mise en œuvre du principe de précaution, face à un risque documenté¹¹. Dans les entretiens, l'incertitude est d'ailleurs très souvent évoquée pour justifier les décisions prises dans un premier temps : par Karine LEFEUVRE, par exemple, pour qui « *à partir du moment où c'est la première fois, où c'est inédit, il y a une sorte de flottement général* ». La question

⁹ ZHOU, Fei, YU, Ting, DU, Ronghui, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 2020

¹⁰ Haut Conseil de la Santé Publique, « Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères », 14/03/2020

¹¹ Voir Broussy L., 2020, La surmortalité en EHPAD : un terrible constat", *Le Mensuel des maisons de retraite*, n°231, 21-24

de l'incertitude est associée à celle de la balance bénéfices / risques, notamment évoquée en entretien par les représentants d'usagers et les associations, à l'instar de la présidente de la FNAPAEH et d'un représentant des usagers pour qui « *Les autorités ont fait le choix de la sécurité sanitaire mais est-ce adapté à l'EHPAD ? Un jour ou l'autre, il va bien falloir recommencer à vivre alors quel sera le rapport bénéfice risque ?* ».

Par ailleurs, au-delà du risque et de l'incertitude, l'absence de mesure alternative en urgence justifie les décisions de confinement. En effet, l'indisponibilité de masques et de tests de dépistage dans les premiers temps de l'épidémie est souvent remontée lors des entretiens. Ainsi, Sylvain DENIS, membre du Conseil de la CNSA, souligne que le premier sujet à traiter a été celui des équipements. Dans une démarche de gestion de crise, il a fallu d'abord limiter le risque et privilégier les mesures disponibles. La balance bénéfices / risques intervient dans cette décision, comme l'exprime Bernard ENNUYER : « *Oui, on peut attaquer le confinement comme privation de liberté, oui, ça a renforcé l'isolement. Qu'est-ce qu'il y avait comme autre possibilité de protéger les gens sans prendre ce genre de mesure ?* ». L'absence de mesure alternative efficace conduit à faire du confinement une solution plus bénéfique que risquée.

Toutefois, si les mesures de confinement et de déconfinement relèvent de la gestion de crise, il est intéressant de constater que leurs fondements évoluent au cours de la période épidémique. En effet, les premières mesures se fondent principalement sur des données scientifiques et sur l'avis du conseil scientifique. Elles suscitent par là-même un relatif consensus. Par exemple, parmi les entretiens, trois font état d'une interdiction des visites antérieures à l'annonce officielle (deux directeurs d'établissement et une aide-soignante). Cependant, progressivement, les décisions vont de moins en moins s'appuyer uniquement sur l'argument scientifique et de plus en plus sur des considérations politiques. Ainsi, le Professeur Jean-François DELFRAISSY, président du conseil scientifique COVID-19, déclare devant la commission des lois du Sénat le 15 avril 2020 que, pour « *les personnes au-dessus de 65 ou 70 ans* » (qui font partie des 18 millions de personnes les plus à risque de développer une forme grave), « *il faudra poursuivre le confinement (...) en attendant qu'on trouve peut-être un médicament préventif* ».

Or, lors du déconfinement, l'avis du conseil scientifique n'est pas suivi. Cette évolution s'explique par la prise d'importance, dans l'opinion publique, de questionnements et de revendications quant à la liberté des personnes âgées et aux risques engendrés par l'isolement, comme le laissent apparaître les témoignages des familles notamment. Ces questionnements émanent certes en partie d'institutions scientifiques. Ainsi, lors de la préconisation du confinement en chambre, le CCNE émet le 30 mars 2020 un avis en faveur d'une mesure « *limitée dans le temps, proportionnée et adéquates aux situations individuelles* ». Néanmoins, pour reprendre le concept d'arène, développé par BOSK et HILGARTNER¹², la mise à l'agenda du déconfinement est aussi

¹² Hilgartner, S., & Bosk, C. L. (1988). The rise and fall of social problems: A public arenas model. *American journal of Sociology*, 94(1), 53-78.

en partie portée dans l'arène médiatique, via une large diffusion de témoignages et récits sur les risques du confinement prolongé. En définitive, les mesures de confinement font rapidement débat en raison d'une évolution de l'équilibre bénéfices / risques perçus et ce débat, perçu par le pouvoir politique, contribue à faire évoluer le contenu des mesures elles-mêmes.

1.3. Le confinement : des consignes étatiques à une mise en œuvre de terrain très variable

Le confinement total induit une rupture brutale du lien entre les résidents et leurs familles. Il en va de même entre les résidents et les intervenants extérieurs alors que ces derniers génèrent un lien social indispensable pour les personnes âgées : bénévoles, pédicures, coiffeuses et nombre d'animateurs essentiels à la vie en institution. Bien souvent, la mesure de confinement a pu être bien accompagnée par les directions et leurs équipes : *« les familles posaient des questions, il n'y avait aucune animosité mais ils posaient des questions parce que c'était compliqué et se demandaient combien de temps ça allait durer »*¹³. Parfois, elle est mal ressentie et les équipes font face à une attitude de défiance provoquée par l'incompréhension. Dans certains cas, cette interdiction des visites est douloureusement vécue, en particulier dans le contexte de la fin de vie. Les pratiques sont alors extrêmement variables dans la gestion de ces situations. D'un département à l'autre, d'un EHPAD à l'autre, des familles se voient aménager un accès dérogatoire lors de circonstances particulières tandis que les règles sont plus strictement appliquées ailleurs. Ces situations douloureuses sont parfois médiatisées et suscitent une légitime émotion.

Ce traitement différentiel s'explique par le fait que les modalités de mise en œuvre des mesures de confinement sont laissées à la discrétion des directions d'EHPAD. Des pratiques de plus en plus diversifiées voient alors le jour au gré des organisations possibles et des configurations architecturales des établissements. Une directrice d'EHPAD en milieu hospitalier commente : *« on se structure en interne sur un parcours, on écrit plusieurs procédures. On se rend compte que le plan blanc ne tient pas la route dans ce genre de situation, donc il faut en tirer les conclusions et l'adapter »*.

Néanmoins, c'est avec les consignes ultimes d'un confinement dans leurs chambres que les aménagements sont les plus disparates. Ainsi, malgré les consignes données par les autorités de tutelle, nombre de directeurs appliquent des mesures dérogatoires, au cas par cas, comme dans les structures Alzheimer ou dans les situations de décompensation psychique. On observe, dans certains établissements, des initiatives singulières, comme ces expériences menées par une poignée d'EHPAD où les personnels se confinent avec les résidents. Ces décisions, prises par les directions avec leurs agents, traduisent une volonté de ne pas être des vecteurs introduisant le virus dans ces lieux. La vie s'organise alors en vase clos, créant des liens forts

¹³ Entretien du 28 mai 2020 avec une directrice d'établissement.

entre les professionnels et les résidents dans des rythmes de vie alors totalement chamboulés. La crise fait dès lors émerger un sentiment de solidarité dans les équipes. Une secrétaire a ainsi pu aider à la blanchisserie ou l'agent d'entretien est devenu animateur d'un atelier confiture. Cependant, ailleurs, nos entretiens font transparaître des réactions humaines de peur et de retrait pouvant avoir lieu, avec parfois un taux d'absentéisme des personnels élevé dans certaines structures.

De plus, des disparités importantes concernent les renforts en personnel, nombreux dans certains établissements, plus rares ailleurs. Leur manque engendre une répercussion sur le temps de présence auprès des résidents et le sentiment d'épuisement des équipes. Cet apport était particulièrement important dans cette période où l'absence des familles aidantes se fait sentir de manière prégnante dans le quotidien des soignants et des résidents. La problématique des effectifs en EHPAD laisse à nouveau un sentiment d'amertume qui transparait dans les entretiens avec certains soignants. L'absence de moyens supplémentaires nourrit le sentiment que les autorités ne semblent pas s'intéresser à la vieillesse. Les soignants se sentent insuffisamment considérés alors qu'ils se vivent parfois comme une seconde famille pour les résidents. A cela s'ajoute le ressenti des usagers et la crainte des familles que le confinement n'ait provoqué plus de dégâts que la COVID en elle-même.

Avec le déconfinement, les interrogations subsistent, la fin du confinement n'étant pas un retour à la normale dans les EHPAD. L'impatience et la perte de confiance des familles sont manifestes devant les contradictions des discours politiques. L'annonce *ex abrupto* de la reprise des visites, sans véritable concertation avec les acteurs du médico-social, n'annule pas le maintien de consignes strictes et de mesures barrières qui font dire à certaines familles qu'elles ont « *des visites au parloir* ». Le rythme du déconfinement est très variable selon les établissements, tant la mise en œuvre des consignes gouvernementales est parfois différemment possible selon les établissements. Une de nos interlocutrices parle ainsi d'une "épée de Damoclès" suspendue au-dessus des directeurs d'établissement, rendus intégralement responsables du succès du déconfinement dans leur EHPAD.

II- Les effets du confinement en EHPAD : de la réorganisation institutionnelle aux répercussions personnelles et professionnelles

2.1. Une nouvelle organisation des EHPAD face au confinement

Il est peu de dire que le confinement total a nécessité une réorganisation importante du fonctionnement des EHPAD. Le pilotage de ces réorganisations a été le fait des directions d'établissement dans un contexte d'incertitude et de foisonnement des informations plus ou moins consolidées. Les ARS ont été un vecteur de transmission d'informations. Une directrice d'EHPAD nous dit : « *Il y a eu 4 ou 5 conférences téléphoniques avec l'ARS sur des points spécifiques (SSR, Accueil COVID, masques etc....)* » et « *sur un week-end, j'ai reçu environ 75 mails de l'ARS et d'autres instances* ».

On perçoit dès lors que la difficulté fut de prioriser l'information utile et d'appliquer des protocoles validés et exploitables, car l'enjeu est de former les personnels à ces nouvelles pratiques et de réorganiser les activités internes en tenant compte des recommandations émises.

A ce sujet, on peut noter le regret exprimé par ces directeurs devant l'absence de protocoles ou tutoriels qui auraient permis d'informer et de former rapidement leurs personnels. Chacun y va de sa recherche personnelle sur les réseaux sociaux. Comme le raconte une directrice d'établissement, « *on s'est débrouillé en interne. J'ai vu une formation en ligne sur les gestes barrière, sur le COVID...une formation que j'ai trouvée pour les agents de sécurité d'un grand magasin* ». Les consignes de la tutelle sont parfois claires et aidantes mais aussi, par instants, perçues comme « *très contraignantes, un enfer à mettre en place, chronophages et difficiles à comprendre par les visiteurs* ».

L'hôpital le plus proche est parfois d'un secours ténu : « *je n'ai pas eu d'échanges avec les hôpitaux... J'ai reçu un coup de fil du centre hospitalier X pour préciser un numéro de téléphone pour des avis gériatriques sept jours sur sept. J'ai ressenti que ça voulait dire on est là, on vous appelle car on ne sait pas si on pourra prendre vos résidents. C'était au moment où la vague allait arriver. On n'était pas prioritaire* ». Tandis que dans certains autres territoires des équipes mobiles gériatriques hospitalières sont mises en place pour accompagner les EHPAD, former les agents et aider au dépistage des résidents et des professionnels en cas de suspicion d'infections par la COVID 19. Ainsi, le management du changement par les directions est essentiel dans ces établissements.

L'enjeu est d'emblée de communiquer avec les équipes et les familles pour, dans l'urgence, organiser la logistique et le travail hors de la présence des familles. Des réunions avec les personnels et la convocation des instances (conseil de vie sociale, comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail) sont nécessaires pour mettre en place ces nouvelles mesures. Un management de proximité empreint d'écoute et

d'échanges est nécessaire dans l'accompagnement des équipes pour une adaptation des organisations de travail. De même, l'information constante des familles est un enjeu pour garder un lien nécessaire et constructif. Une directrice d'EHPAD témoigne alors que « *la communication est très importante avec les familles. J'ai envoyé un bulletin d'information chaque semaine aux familles pour expliquer ce qui se mettait en place : le sas, les zones d'accueil et les mesures barrière* ».

En effet, les premières mesures accompagnant le confinement ont eu trait à la fermeture de l'EHPAD et à l'organisation des accueils et des flux à l'intérieur des structures. Les accès sont filtrés avec parfois un sas d'accueil mis en place à l'extérieur de l'EHPAD à proximité de sa zone d'entrée. Les familles sont invitées à remplir un registre et un questionnaire d'état de santé et parfois une prise de température est appliquée. Le nombre de personnes entrantes est contraint et le cheminement dans la structure nécessite un accompagnement par du personnel présent. En cas de doute pour les résidents, des tests sont effectués et envoyés à des laboratoires.

A l'intérieur, les repas en chambre remplacent la prise en commun des repas. Des zones de circulations sont créées pour assurer une distanciation physique entre les résidents. On observe alors l'arrêt des animations collectives et des moments de convivialité. Les offices religieux sont proscrits, les fêtes anniversaires, les visites des bénévoles, les manifestations musicales, les sorties en familles s'arrêtent. La vie collective en grand groupe ou par petits ateliers cède le pas aux accompagnements individuels.

Pour faire face à l'absentéisme ou pour augmenter le temps de présence dans les chambres, les temps de travail doivent être réorganisés. Les amplitudes horaires peuvent être augmentées en privilégiant le travail en 12h00. En créant des équipes dédiées par étage ou par secteurs, le cloisonnement et la maîtrise des circuits internes sont des éléments renforçant les mesures de distanciation. Les fiches de tâches sont modifiées et adaptées dans les rythmes de travail et dans les procédures à appliquer : tri du linge, désinfection des locaux, service des repas, habillage et déshabillage des soignants. Les employés utilisent de manière renforcée des équipements de protection individuels (EPI) : masques, surblouses, tabliers plastifiées, visières, charlottes.

Les stocks d'EPI sont plus ou moins variables selon les établissements mais chacun s'accorde sur une grande pénurie partagée en masques de protection. Certains établissements bénéficient de dons par des entreprises, leur municipalité, des particuliers ou des professionnels de santé. Parfois, les EHPAD mobilisent leur personnel ou les bénévoles dans la réalisation de masques en tissu dont l'efficacité est *a posteriori* sujette à caution et l'objet d'avis contradictoires des services d'hygiène. L'utilisation des solutions hydroalcooliques pour les professionnels et les résidents est aussi beaucoup plus conséquente.

Peu à peu, l'assimilation de ces mesures de distanciation physique et de protection vis-à-vis du risque infectieux permet de réintroduire quelques activités comme des promenades accompagnées dans le parc ou des activités supplémentaires au sein des institutions. Les activités des intervenants extérieurs sont adaptées aux recommandations avec de nouveaux protocoles de prise en charge pour les kinésithérapeutes, les socio-esthéticiennes, les coiffeuses.

Pour l'heure, la vie d'après n'est plus celle d'avant dans les EHPAD. Avec le déconfinement, les visites sont organisées, contrôlées, et s'effectuent avec le port d'un masque dans un salon réservé à cet usage. Le lavage des mains est requis, les visites sont limitées en nombre et en durée. Toutes ces expériences ne sont pas sans soulever des questions éthiques : a-t-on le droit d'interdire les visites en milieu de vie institutionnel alors que les personnes âgées à domicile pouvaient être visitées par leurs proches ? Le consentement et la liberté d'aller et venir sont-ils bannis ? La sécurité sanitaire doit-elle être placée au-dessus de tout ?

2.2. Les effets du confinement sur la santé mentale et physique des résidents d'EHPAD et ses répercussions pour les professionnels

Le confinement en EHPAD a pu avoir de nombreux effets délétères sur la santé des résidents, mais les mesures sanitaires ont aussi impacté les professionnels de ces établissements.

Le confinement des EHPAD est à l'origine de deux phénomènes chez les résidents : la réduction de lien social¹⁴ et la limitation des activités physiques. Il résulte de plusieurs témoignages de soignants¹⁵ que ces mesures ont eu des effets psychologiques et physiques sur la santé des résidents. En effet, il a pu être constaté dans certains établissements que les résidents souffraient « *d'apathie, de déprime, de perte d'appétit et de détresse psychologique se manifestant par de la dépression, de la dénutrition, d'une perte importante de mobilité*¹⁶ » ainsi que d'une peur exacerbée. Pour certains soignants, le confinement en chambre a fortement contribué au déclenchement d'un climat anxigène¹⁷ dans les EHPAD, aggravant ainsi la souffrance psychologique des résidents face à une absence quasi-totale de lien social. Il s'agissait du manque généré par l'absence des proches et des bénévoles. « *L'importance du contact physique* »¹⁸ a été d'ailleurs soulignée, un lien physique très fort entre résidents et soignants¹⁹ qui ne pouvait plus être maintenu.

¹⁴ *L'intégration inégale* Valentine Trépied 2014 « Pour les personnes âgées vivant au sein des établissements publics, l'isolement familial peut provoquer inévitablement de la souffrance »

¹⁵ Notamment l'article *Un mois en Ehpap face au coronavirus : "C'est l'expérience la plus riche de ma vie"* JDD 21 avril 2020 et le podcast de France Culture "*EHPAD : de la lutte contre le coronavirus vers la refonte du système ?*" (témoignage d'un médecin coordonnateur)

¹⁶ Rapport d'étape n°2 de Jérôme Guedj du 18 avril 2020

¹⁷ Entretien du 4 juin 2020 avec une neuropsychologue

¹⁸ Entretien du 22 juin 2020 avec une infirmière affectée en unité de vie protégée (UVP)

¹⁹ *Solitude en EHPAD* "Gérontologie et société" Valentine Trépied 2016 sur l'importance du lien entre résidents et soignants

La perte de mobilité induite par cette mesure de restriction semble par ailleurs avoir été néfaste pour les résidents dont la stimulation physique²⁰ quotidienne permet de retarder la perte d'autonomie. Les soignants ont pu observer, dans les cas les plus sévères, que certains résidents souffraient du syndrome de glissement (aggravement important de l'état psychique et somatique initial de la personne, à évolution particulièrement rapide). Pour les résidents atteints de maladies de type Alzheimer, l'incompatibilité entre les mesures de distanciation et leur pathologie a été d'autant plus importante. En effet, ces mesures sont à l'origine d'une majoration des symptômes psycho-comportementaux au cours des démences (SPCD)²¹. Certains résidents, ne comprenant pas toujours les consignes du personnel soignant, se sont montrés très agités et parfois même agressifs. La contention médicamenteuse²² a d'ailleurs été utilisée, sinon renforcé dans certains cas²³, posant ainsi la question du respect de la dignité humaine, tandis que dans d'autres établissements¹²⁴ les mesures ont été adaptées pour les personnes atteintes de pathologies similaires.

Les adaptations aux mesures de confinement n'ont pas été décidées uniquement pour les résidents atteints de maladie de type Alzheimer²⁵. Dans son avis du 30 mars 2020, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) préconisait : « *Le respect de la dignité humaine, qui inclut aussi le droit au maintien d'un lien social pour les personnes dépendantes, est un repère qui doit guider toute décision prise dans ce contexte (...)* ». Ainsi, pour les professionnels des EHPAD, un des principaux enjeux dans la gestion de cette crise²⁶ a été d'évaluer constamment les bénéfices et les risques du confinement en chambre²⁷.

Deux entretiens avec des professionnels d'un même EHPAD²⁸ ont cependant révélé que tous les établissements destinés aux personnes âgées dépendantes n'ont pas été touchés de la même manière par la crise de la COVID-19. En effet, certaines directions avaient anticipé fortement les potentiels risques liés au confinement en recrutant un nombre conséquent d'agents supplémentaires²⁹. Ces mesures ont permis aux professionnels d'être plus disponibles pour les résidents. Pour l'infirmière interrogée : « *c'est le renfort*

²⁰ Sur l'importance de la stimulation physique : Entretien du 22 juin 2020 avec une infirmière affectée en UVP

²¹ Saisine de la Cellule régionale de soutien éthique de l'ERENA par une psychologue clinicienne - du 07 avril 2020 *Confinement en chambre des résidents*

²² "COVID-19 : PAROLES DE SOIGNANTS ET D'ACCOMPAGNANTS" CFDT du 1er avril 2020

²³ Trépiéd, V. (2014). La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants: Étude de cas entre deux Ehpads, public et privé. *Retraite et société*, 67(1), 93-110.

²⁴ Entretien du 22 juin 2020 avec une IDE affecté dans une UVP : les résidents de cette unité n'ont pas été confinés en chambre face aux risques psychiques que cela représentait.

²⁵ "On est une famille" : l'émouvant témoignage d'un directeur d'Ehpad face au confinement, Europe 1 du 02 avril 2020 « *J'en fait tous les jours sinon ce n'est pas tenable, j'organise des repas à deux que j'appelle des repas d'amoureux, (...). Oui il faut en faire des écarts, c'est obligatoire, (...)* ».

Entretien du 4 juin 2020 avec une neuropsychologue « *Une minorité a présenté des troubles de type tristesse et anorexie. C'est pour ces résidents que l'équipe a organisé des dérogations exceptionnelles.* »

²⁶ Un mois en Ehpad face au coronavirus : "C'est l'expérience la plus riche de ma vie" JDD 21.04.20 : « *D'un côté, il y a le respect du confinement ; de l'autre, l'état moral de nos patients. Quel est le bon équilibre?* »

²⁷ Rapport d'étape n°1 de Jérôme Guedj du 21 mars 2020 « *Entre la volonté de protéger du virus et le souci d'éviter le glissement des résidents, au retentissement évident, tant psychologique que somatique (...), c'est en permanence un choix terrible pour les professionnels mobilisés.* »

²⁸ Entretien avec la cadre supérieure de santé de deux EHPAD dans l'Ain en date du 18 juin 2020 et entretien avec une infirmière affectée en UVP en date du 22 juin 2020

²⁹ Entretien avec une cadre supérieure de santé en EHPAD en date du 18.06.2020

d'effectifs qui a permis de dégager beaucoup plus de temps pour les résidents et surtout pour ceux qui étaient le plus affectés par l'absence de leur famille. ». Quant aux effets physiques du confinement, ils ont été moindres car de nombreuses activités étaient organisées pour les résidents.

Pour d'autres établissements, au contraire, la crise sanitaire a exacerbé les difficultés liées au manque chronique d'effectifs en EHPAD³⁰. Le CCNE, dans son avis n°200330, indique en effet que : « *La crise sanitaire actuelle est révélatrice du manque de moyens préexistants, notamment humains, dans ces établissements. La pénurie de personnels et des ressources indispensables aujourd'hui (...), dans un contexte d'isolement déjà installé, exacerbe les difficultés auxquelles les professionnels de santé doivent faire face dans l'urgence.* ». Il peut donc être fait état des impacts du manque d'effectifs sur la qualité des prises en charge³¹ dans un contexte où les besoins des résidents sont plus importants et le personnel est moins disponible.

Des effets sur la santé des professionnels des EHPAD ont aussi été constatés. Le témoignage d'un soignant dans le journal Le Point en date du 17 avril 2020 et celui de l'infirmière interviewée corroborent ce constat. Pour cette dernière, les principaux effets sont d'ordre psychologiques : « *Comment avez-vous vécu cette période ? Physiquement comme d'habitude, psychologiquement c'était dur car nous avons cette angoisse de ne pas faire rentrer le virus à l'intérieur surtout en UVP car il n'y a pas eu de confinement en chambre. Nous faisons ce travail pour prendre soin de ces personnes, nous tenons à nos résidents, nous, c'était notre angoisse de les contaminer.* »³².

Enfin, les conséquences de la crise sanitaire en EHPAD ont aussi été organisationnelles et managériales. Certains ont pu témoigner³³ d'un élan de solidarité entre les professionnels d'un établissement afin de pallier le manque d'effectifs. Il a pu d'ailleurs être observé une augmentation du nombre d'arrêts de travail en lien avec la COVID-19 (dont une variation dans la typologie des arrêts). Cette cohésion n'avait d'autre but que d'accompagner au mieux les personnes âgées fragiles.

Dans un entretien avec la cadre supérieure de santé de deux EHPAD³⁴, l'enjeu de la communication entre l'encadrement et leurs équipes mais aussi avec les familles a été soulevé. Celle-ci indique qu'il s'agissait d'« *organiser une communication dans l'urgence aux familles, organiser la logistique, organiser le travail sans les familles qui sont souvent présentes au moment des repas (...). L'importance de la présence des familles dans l'EHPAD a (d'ailleurs) été mise en exergue.* », mais aussi une communication constante afin de

³⁰ Une plateforme, renfortcovid, a été mise en place pour tenter de pallier le manque d'effectifs en EHPAD : <https://www.renfort-covid.fr/>

³¹ Sur le lien manque d'effectifs du fait du COVID-19 et qualité de la prise en soin : podcast de France Culture "La catastrophe du Covid-19 dans les Ehpad »

³² Entretien avec une infirmière affectée en UVP en date du 22 juin 2020

³³ Le Point "Ehpad: des secrétaires aux soignants, une "implication de tous" contre le coronavirus" 17 avril 2020

³⁴ Entretien en date du 18 juin 2020

mettre rapidement en place les mesures sanitaires, s'assurer de leur respect et une communication régulière pour rassurer les équipes. Pour la cadre, c'est un « *management par la bienveillance et l'accompagnement* » qui a été adopté. Des « *liens très forts se sont créés entre l'administration et les équipes pluridisciplinaires* ».

2.3. S'en sortir, sans sortir : les palliatifs de la perte du lien social

S'en sortir, sans sortir ? C'est finalement la question qui s'est posée pour l'ensemble de la population française à compter du 16 mars 2020. Pourtant, cette interrogation s'était déjà posée bien avant dans les EHPAD du fait de l'interdiction des visites aux personnes extérieures à partir du 11 mars³⁵. En effet, si, aujourd'hui, l'expression de « distanciation sociale » est remise en cause en ce que le confinement n'avait pas vocation à rompre les liens sociaux entre les individus, la notion de « distanciation physique » semble néanmoins insuffisante pour qualifier les conséquences du confinement en EHPAD.

En effet, dans un milieu fermé comme le sont ces établissements, lorsque le confinement est prononcé, il ne s'agit pas simplement d'une distanciation physique. Dès lors que l'on empêche les résidents de recevoir de la visite, notamment celle de leurs proches, alors on leur impose également une distanciation sociale. Au regard de l'importance de la présence de proches auprès des personnes âgées, de nouveaux moyens de rompre l'isolement des résidents ont dû rapidement être mis en place. De nouveaux modes de communication ont été ainsi développés de manière plus ou moins efficace, aussi bien au niveau local (1) qu'au niveau national (2).

2.3.1. Les outils de communication mis en place au niveau des établissements

Tout d'abord, les établissements ont initié les résidents des EHPAD aux nouvelles technologies. Qu'il s'agisse de Skype, Whatsapp, FaceTime, Zoom ou encore Messenger, ces outils, qui étaient autrefois plutôt réservés aux jeunes générations, ont été rendus accessibles aux personnes âgées. C'est ainsi que de nombreuses tablettes numériques ont été offertes aux établissements afin de faciliter ces échanges. En Essonne, le département a distribué plus de quatre cents tablettes aux établissements de son territoire. Parfois, les dons viennent d'associations comme Les Petits Frères des pauvres³⁶, par exemple.

La Résidence de la Croix Rouge Dantjou-Villaros, près de Perpignan, a même révélé avoir pu, grâce à ces outils numériques, rétablir le contact entre les résidents et des proches ne rendant jamais visite à la personne âgée du fait de l'éloignement du domicile³⁷.

³⁵ Conseil scientifique, note, 30 mars 2020, Les EHPAD : une réponse urgente, efficace et humaine

³⁶ <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/les-meilleures-initiatives-pour-faciliter-la-vie-des-personnes-agees-pendant-le-coronavirus.il>, [en ligne], [consulté le 15 mai 2020].

³⁷ <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/Covid-19-EHPAD-Dantjou-rester-en-connexion-avec-les-familles-2389>.

Toutefois, l'initiation des résidents aux outils numériques s'est également souvent traduite par une assistance à l'usage de la part du personnel soignant, alourdissant alors considérablement leur charge de travail. En outre, la formation des résidents pouvait s'avérer insuffisante dès lors que nombre de leurs enfants sont également d'un certain âge et non-coutumiers de ces dispositifs contemporains.

En plus des outils numériques, certains établissements ont mis en place des modalités de visites protégées, et ce bien avant le protocole de réouverture nationale des EHPAD engagé à compter du 2 juin. Pour ce faire, les directeurs d'établissement ont dû faire preuve de souplesse et innover afin de trouver l'équilibre entre protection des résidents et maintien d'un lien social.

En Indre-et-Loire, La Résidence DEBROU de Joué-lès-Tours a fait le choix d'exploiter l'ensemble des surfaces de l'établissement entièrement vitré afin de mettre en place dix-neuf points de rencontres. C'est ainsi que chaque semaine se sont succédées pas moins de cent visites sur rendez-vous à travers les parois transparentes, grâce à un téléphone. De telles dispositions ont permis de maintenir un lien sans pour autant prendre le risque de faire entrer le virus.

Enfin, la tenue d'un journal d'établissement avec des photos des résidents et des activités réalisées a également permis de maintenir un lien au-delà des dispositifs de communication mis en place à un niveau institutionnel.

2.3.2. Les outils de communication mis en place au niveau national

Des initiatives originales ont vu le jour, comme l'outil « 1 lettre, 1 sourire »³⁸, service gratuit permettant à n'importe qui d'envoyer une lettre de soutien à des résidents d'EHPAD ou résidence autonomie. Les établissements devaient s'inscrire afin de pouvoir recevoir des lettres. Ensuite, chaque internaute pouvait écrire une lettre via le site internet et l'envoyer. Les courriers étaient ensuite envoyés au hasard dans la France entière, et même en Belgique. Les auteurs étaient invités à contribuer à hauteur de cinquante centimes par lettre, mais sans obligation. Les destinataires n'avaient, quant à eux, aucun argent à déboursier. L'entreprise de cartes postales Fizzer, dans le même esprit, a rendu gratuite une carte postale par semaine afin d'envoyer des nouvelles à des proches, avec des cartes postales spécialement dessinées pour les personnes âgées.

Toujours dans cette même lignée, certaines municipalités, comme Breteuil (60) ou encore Saint-Hilaire-de-Riez (85), ont également invité les enfants de concitoyens à envoyer des lettres, dessins ou poèmes à leurs aînés afin de les aider à traverser cette période difficile.

³⁸ <http://1lettre1sourire.org>, consulté le 14 avril 2020.

2.3.3. Les limites aux outils de communication mis en place

Comme cela a pu être développé précédemment, le confinement n'est pas resté sans effet sur les résidents en EHPAD, et ce malgré toute l'énergie déployée pour rompre l'isolement social, notamment par des outils numériques. Le confinement a, par-là, révélé que le numérique n'était pas un remède miracle pour rompre l'isolement. Tout d'abord, il y a un manque d'équipements en établissements, ce qui est aussi vrai pour les personnes âgées à domicile dès lors que 43% des seniors ne disposent pas d'une connexion internet³⁹. A Bracieux, sur les bords de Loir, l'EHPAD La Bonne Eure a dû mobiliser les réseaux sociaux pour obtenir un don d'ordinateurs afin de permettre à plus de résidents de bénéficier de rencontres avec leurs proches à distance⁴⁰. Ensuite, la crise a permis de redécouvrir qu'« *il n'est qu'un seul luxe véritable, c'est celui des relations humaines* » pour reprendre les mots de Saint Exupéry⁴¹. La volonté même de rétablir un lien entre les résidents et leur famille illustre ce besoin vital du lien d'humain à humain, sans barrière.

Au même titre, les initiatives locales ou municipales ont permis à certains résidents de bénéficier d'une autre forme de lien social à distance. Néanmoins, ces interventions ne couvrent pas tous les établissements et restent des projets portés au gré des idées et initiatives individuelles. C'est aussi le cas des aménagements permettant des rencontres avec des proches à travers les baies vitrées des établissements : ces moyens de mise en relation, permettant de recréer du lien social, demeurent très dépendants de la configuration particulière de la structure. Ces autres outils de lutte contre l'isolement restent malgré tout conditionnés à une initiative particulière et parfois strictement individuelle, tel que l'envoi de cartes postales, ce qui ne permet pas de pouvoir les considérer comme un outil certain et fiable pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Des leviers d'incitation peuvent toutefois être développés afin de favoriser leur utilisation.

La crise sanitaire a mis en exergue que le confinement pouvait être plus mortel pour les résidents que le virus lui-même et qu'il fallait trouver un équilibre entre sécurité et lien social pour préserver l'élan vital des personnes âgées. Le numérique n'est donc apparu que comme une ressource importante parmi d'autres pour faire face aux enjeux du vieillissement. Le développement de la *silver*-économie et de nombreuses start-ups dans ce champ, associé aux caractéristiques des nouvelles générations qui entreront bientôt en EHPAD, montre que le numérique est d'abord une technologie et qu'il peut contribuer à pallier l'isolement ressenti par certains résidents, mais également à les aider à lutter contre les limites physiques qui les empêchent d'entrer en contact avec leurs proches⁴².

³⁹ A. Crouzet "Le Numérique, la solution pour lutter contre l'isolement des personnes âgées", Wyden, 07/12/2018.

⁴⁰ T. Hermans, "Confinement – Coronavirus : 3 Ehpad de Loir et cher reçoivent un don d'ordinateurs portables, venus des Etats-Unis", FranceInfo, 22/03/2020.

⁴¹ A. de Saint Exupéry, *Terre des Hommes*, Gallimard, 1939

⁴² A. Crouzet, *op. cit.*

III- Peut-on tirer des enseignements du confinement ?

3.1. Un confinement révélateur de la représentation sociale de la vieillesse

La crise sanitaire, de par sa gestion et le discours porté par les autorités françaises, a contribué à révéler le regard porté sur les personnes âgées au sein de la société française.

3.1.1. Des représentations : la vieillesse, une étape de vie fragile ; les personnes âgées, des personnes vulnérables...

La décision de confinement a été prise sur la base de la nécessité d'une protection sanitaire des personnes susceptibles d'être le plus touchées par le coronavirus, c'est-à-dire les personnes les plus vulnérables, en y intégrant explicitement le groupe des personnes âgées de plus de 65 ou 70 ans. « *La priorité de la Nation est de protéger ses aînés* » « *protéger les plus vulnérables, c'est la priorité absolue* » énonce le Président de la République les 6 et 12 mars 2020. Ainsi, la parole publique porte le message d'une représentation sociale des personnes âgées comme fragiles et vulnérables sur le seul critère de l'âge. Ceci est le reflet d'une vision négative de la vieillesse sous le prisme de la santé⁴³.

Pour le sociologue Bernard ENNUYER⁴⁴, la notion de vieillesse (les plus de 60 ans) aurait émergé en France au XVIII^{ème} siècle. Dans les politiques publiques, les anciens ont été discriminés comme indigents par la loi du 14 juillet 1905 car ils ne pouvaient plus travailler. En 1962, le rapport Laroque⁴⁵ « *Politique de la vieillesse* » constate que le vieillissement de la population grève de manière inéluctable les conditions d'existence de la collectivité française. C'est aussi ce que semble nous dire une directrice d'hôpital qui s'inquiète des conséquences de la crise : « *je crains...qu'on entende dire que les vieux sont des inutiles, qu'ils coûtent cher à la société, qu'il aurait mieux valu qu'ils meurent* ».

Cette approche exclusivement basée sur le critère de l'âge laisse penser que les personnes âgées forment un groupe homogène. Or « *on n'est pas pareil à 78 et 88 ans, tous les gens de 80 ans ne sont pas identiques, ils sont dans des états de santé et situations économiques très diverses* »⁴⁶. Il existe donc un décalage entre la représentation sociale et la réalité de cette tranche de population, dont la majeure partie vit un vieillissement normal non pathologique⁴⁷. Selon la DREES, seulement 10% des personnes âgées sont

⁴³ Stéphane Alvarez, *Représentations sociales du vieillissement : changer de regard*, La santé de l'homme. Janvier-février 2011.n°411, p.15-18

⁴⁴ Bernard Ennuyer, 2020, *La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société*, La revue des droits de l'homme. 17/2020.

⁴⁵ Bernard Ennuyer, 2020, *Un florilège des représentations modernes de l'âge et de la vieillesse*, SILO Agora des pensées critiques

⁴⁶ Massimo Nava, traduit par Catherine Colombani, 2020, *Comment la pandémie nous révèle l'importance du bien commun*, 12 mai 2020. [en ligne]. [consulté le 12 mai 2020] : <http://www.slate.fr/story/190425/covid-19-pandemie-importance-bien-commun>

⁴⁷ Stéphane Alvarez, *Représentations sociales du vieillissement : changer de regard*, La santé de l'homme. Janvier -février 2011. n°411, p.15-18

catégorisées dépendantes (rapport 2010) et une personne sur douze vit en institution après 75 ans (rapport 2016)⁴⁸. En outre, en institution, 86 % des personnes de 75 ans ou plus sont dépendantes contre 13 % à domicile. Il y a ainsi une stigmatisation de la vieillesse, car la frange dépendante de cette population sert de représentation à la totalité des personnes âgées.

Par ailleurs, cette catégorisation par l'âge d'un groupe homogène favorise les discriminations, et notamment l'âgisme⁴⁹. La présidente de la Fédération "Bien vieillir ensemble en Bretagne" déplore le 16 juin 2020 que « *L'âgisme est à l'œuvre...L'âgisme est terriblement castrateur car la personne âgée est un citoyen à part entière* ». Des universitaires parlent, eux, de condescendance et de mépris⁵⁰. Selon Karine LEFEUVRE, le rejet de la société vis-à-vis de la vieillesse peut s'expliquer ainsi : « *c'est la peur de sa propre représentation qu'on peut se faire* ». Pour d'autres, cet âgisme ambiant serait lié à certaines caractéristiques de notre société, qui, trop basée sur l'économie et le rendement, réduirait les personnes âgées au seul état de charge⁵¹.

3.1.2. Le vieillissement : de la notion de dépendance à la perte d'autonomie décisionnelle

La décision de confinement a mis en exergue une autre représentation sociale de la vieillesse en France, celle d'une perte d'autonomie décisionnelle. S'il est sans doute louable de protéger la population, il n'en demeure pas moins que les mesures prises sont révélatrices d'une certaine infantilisation, d'une privation des personnes âgées de leur autonomie de décision. Les gériatres ou les politiques publiques utilisent souvent le terme de « dépendance » ou de « perte d'autonomie » pour désigner une incapacité à vivre seul⁵². Apparaît alors une confusion entre deux types d'autonomie, celle consistant en la capacité d'exécuter des actes de la vie quotidienne, et l'autonomie décisionnelle permettant de faire des choix. Cela entretient alors un glissement vers une perception des personnes âgées comme nécessairement privées de toute forme d'autonomie, et donc de certains de leurs droits et libertés. A titre d'exemple, cette représentation transparaît dans les propos d'un directeur d'hôpital : « *Comme un enfant, une personne âgée est vulnérable* ». Ainsi, la notion de dignité de la personne s'en trouve elle-même touchée. La présidente de la FNAPAEF s'insurge : « *Dans la gestion de la*

⁴⁸ Lucie Calvet, Nadège Pradines (DREES), *État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*, Études et Résultats, Décembre 2016. n°988

⁴⁹ Âgisme : attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées

⁵⁰ Collectif d'universitaires canadiens et de quelques francophones européens, article partagé par l'observatoire de l'âgisme, 18 février 2020 <http://www.agisme.fr/spip.php?article104> « *on pourrait qualifier de mépris à l'égard des aînés, le fait que les autorités françaises, notamment, n'ont pas comptabilisé le nombre de décès résultant de la COVID-19 dans les maisons de retraite* », « *l'objectif protecteur de ces restrictions s'est parfois traduit par une communication publique condescendante décrivant les aînés comme étant tous des membres "vulnérables" de la société* »

⁵¹ FNAPAEF : « *Le confinement a été décidé sans même qu'on consulte les familles et les usagers, via les CVS sur les mesures à prendre, les conséquences que ça allait avoir. Les PA sont comme des enfants, il faut décider pour elles, et c'est inacceptable.* », 22 juin 2020

⁵² Bernard Ennuyer, 2013, *Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse*, Le sociographe. 2013. Hors-série 6, p.139-157; [définition kantienne de l'Autonomie= La dignité de la personne consiste en la capacité à faire des choix moraux par soi-même sans qu'ils soient imposés par l'extérieur]

crise...les personnes âgées...on les a infantilisées, niées dans leur capacité à prendre des décisions, à être responsables ! ».

De nombreux débats ont surgi sur la toile. Des réactions d'indignation se sont élevées sur la façon dont on parlait des « vieilles et des vieux »⁵³ en parlant d'eux à la troisième personne comme s'ils n'écoutaient pas ou étaient trop séniles pour comprendre. D'autres voient dans ce discours un changement de paradigme⁵⁴ en ce temps de coronavirus : la santé ne serait plus pensable comme bien individuel mais comme bien collectif, chaque comportement individuel conditionnant la santé des autres.

Selon Marie-Françoise FUCHS de l'association Old'up, « *Être vieux ne signe pas la fin de notre capacité à être citoyens responsables...85% des « seniors » ne sont pas « dépendants » ou atteints de pathologies graves* » et sa présidente s'insurge « *Nous ne sommes pas des sous-adultes* », « *de nombreuses personnes de plus de 60 ans ne se sont pas reconnues dans le portrait dressé le plus souvent entre experts : vulnérables, isolées, déphasées* ».

Par ailleurs, la FNAPAEF déplore l'absence de concertation dans la gestion de la crise sanitaire, observant l'absence de consultation des familles et des usagers via les CVS sur les mesures à prendre et leurs conséquences.

Cette crise aura-t-elle des incidences sur la représentation sociale de la vieillesse ? Selon un représentant des familles cela sera difficile, demandera du temps et dépendra des personnes concernées. Pour Karine LEFEUVRE, vice-présidente du CCNE, l'évolution passera par un changement de vision de la part des familles mais aussi de soi.

3.2. Un confinement qui interroge le fonctionnement et la nature des EHPAD

Les critiques envers les EHPAD n'ont pas attendu le confinement pour se faire jour, et le modèle français de ces établissements qui étaient encore, jusqu'à la loi PSD (prestation spécifique dépendance) n° 97-60 du 24 janvier 1997, des maisons de retraite, est largement remis en cause depuis déjà plusieurs années. La crise sanitaire a cependant braqué un projecteur sur les arguments de ceux qui critiquent le fonctionnement actuel des EHPAD, et pourrait donner lieu à certains ajustements.

⁵³ Titiou Lecoq, *On parle très mal des vieilles et des vieux, c'est même le gros malaise*, 24 avril 2020. [en ligne]. [consulté le 12 mai 2020] : <http://www.slate.fr/story/189960/covid-19-parler-vieillesse-personnes-agees-autres-individus-humanite-langage>

⁵⁴ Massimo Nava, traduit par Catherine Colombani, 2020, *Comment la pandémie nous révèle l'importance du bien commun*, 12 mai 2020. [en ligne]. [consulté le 12 mai 2020] : <http://www.slate.fr/story/190425/covid-19-pandemie-importance-bien-commun>

3.2.1. Vers une remise en cause de la relégation des EHPAD ?

En premier lieu, la représentation des EHPAD dans notre société va largement de pair avec celle de la vieillesse ; comme l'on cherche à occulter la vieillesse, l'on cherche à la reléguer et, pour certains, les EHPAD sont le symbole de cet éloignement physique des personnes âgées. Les EHPAD sont largement ruraux⁵⁵ et relativement isolés des centres de la vie sociale. Une collectivité en remplace alors une autre, et c'est la convivialité entre résidents qui se substitue à la sociabilité de la vie "du dehors". Si le confinement a exacerbé cet isolement de l'extérieur en entraînant la fermeture des portes des EHPAD⁵⁶, il a aussi remis en cause cette collectivité intérieure, particulièrement dans les cas où les résidents ont été confinés en chambre, et a ainsi contraint à s'interroger sur la question du lien social dans les établissements.

Nombreux sont, en effet, ceux qui, de longue date, ont décrié l'isolement des EHPAD et la coupure que ceux-ci opèrent, dès l'instant où le résident est admis, avec sa "vie d'avant"⁵⁷. Alors que, bien souvent, celui-ci entre à l'EHPAD après des mois voire des années de maintien à domicile soutenues par un aidant, la fracture est profonde à l'entrée dans l'établissement : le personnel soignant prend alors le relais, et l'aidant est dépossédé de son rôle. De la même façon, la participation des familles aux CVS, instances chargées de porter l'expression des résidents et de leurs proches dans les EHPAD, est encore difficile : rares sont celles qui acceptent de s'y investir, et leur utilité est encore inégalement appréciée par les directions d'établissement.

Ainsi, l'isolement, à la fois géographique et social, des EHPAD ne date pas du confinement, mais celui-ci l'aura peut-être mis en lumière. Pourtant, des initiatives ont tenté de le limiter et de rapprocher les EHPAD de la société ; c'est le cas de la promotion des EHPAD ouverts sur la cité⁵⁸, permettant l'accès du voisinage à l'EHPAD pour bénéficier de certains services de l'établissement (café, salon de coiffure...) et des échanges inter-générationnels par la création de lien entre l'EHPAD et les écoles. Certains acteurs⁵⁹ appellent également de leurs vœux la possibilité d'une transition moins brutale entre le domicile et l'EHPAD avec le développement des séjours temporaires, ainsi que le maintien d'un lien fort avec l'aidant malgré l'entrée en établissement. Une ancienne directrice d'hôpital évoque par exemple l'hébergement de nuit, qui consiste en un temps partagé entre le domicile (en journée) et l'EHPAD (le soir et la nuit).

L'expérience du confinement, qui a conduit l'isolement des EHPAD à son paroxysme, pourrait ainsi accélérer la mise en place de telles initiatives.

⁵⁵ Le taux d'équipement s'élève à 178 pour 1000 habitants de plus de 75 ans dans les zones rurales, contre 79 pour 1000 dans les zones urbaines. Source : La Revue de gériatrie, tome 40, 9 novembre 2015.

⁵⁶ Notons aussi que la comptabilisation des décès en EHPAD a tardé à être réalisée, et est toujours restée distincte de celle des décès en milieu hospitalier. Le premier décès d'une mineure, le 27 mars 2020, a en revanche suscité une émotion considérable.

⁵⁷ Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, vol. 30 / 121(2), 251-264.

⁵⁸ Exemple du "Village des Aubépains" en Seine-Maritime : <https://www.fondationhopitaux.fr/vivre-ensemble-un-village-pour-inclure-les-aines-hospitalises-au-sein-de-la-cite/>

⁵⁹ C'est le cas de l'ancienne Ministre Michèle Delaunay le 15 mai 2020 sur France Culture ("*La crise sanitaire peut-elle faire évoluer la place des personnes âgées dans la société ?*")

Néanmoins, c'est sans doute avant tout la question des moyens et du positionnement des EHPAD dans la prise en charge de la grande vieillesse qui doit être interrogée.

3.2.2. Le positionnement délicat des EHPAD, entre sanitaire et médico-social

Au-delà de leur isolement, le grand public a fait le constat, durant la crise sanitaire, du manque de moyens alloués aux EHPAD, cette situation étant dénoncée depuis longtemps par les établissements eux-mêmes. La plupart de nos interlocuteurs nous ont fait part de ces faiblesses, qu'il s'agisse d'un manque de personnel ou de matériel, particulièrement de masques et de tenues de protection. En réalité, ce déficit ne semble pas relever uniquement de la situation de crise qu'ont vécue les établissements, mais du positionnement précaire des EHPAD, entre secteurs sanitaire et médico-social.

Il convient ici de s'interroger sur la distinction entre les EHPAD et les USLD. Les premiers, structures médico-sociales, sont nécessairement médicalisées mais disposent néanmoins de moyens médicaux moins importants que les secondes, structures sanitaires adossées à un établissement de santé et ayant vocation à accueillir des résidents très fortement dépendants, et nécessitant une surveillance médicale accrue. La distinction semble relativement claire, et pourtant...

Dans un rapport⁶⁰, l'IGAS précise que, à la suite d'une réforme de 2006, les USLD ont vu 41 000 de leurs lits convertis en place d'EHPAD, pour n'en conserver que 32 000. Le resserrement des missions des USLD, désormais amenées à n'accueillir que des personnes atteintes de pathologies particulièrement sérieuses et bien identifiées, a transféré aux EHPAD la charge de nombreux résidents fortement dépendants qui autrefois relevaient des USLD. C'est ainsi que le niveau de dépendance moyen des résidents des EHPAD a augmenté, sans pour autant que les moyens suivent la même trajectoire.

La médicalisation des EHPAD est en effet relativement faible et les liens avec les hôpitaux ne sont pas toujours très étroits. Pendant la crise sanitaire, certains établissements de santé se seraient ainsi montrés peu enclins à accueillir des résidents d'EHPAD, alors même que les moyens de ces derniers ne permettaient pas une prise en charge adaptée. De la même façon, cette évolution des USLD et des EHPAD fait peser sur les personnels des EHPAD une charge de travail accrue, qui a encore augmenté pendant le confinement ; si certains établissements ont reçu des renforts, cela n'a pas été le cas partout.

Dès lors, des associations représentatives des personnes âgées et résidents d'EHPAD, dont la FNAPAEF, appellent de leurs vœux un accroissement de la médicalisation des EHPAD ; en somme,

⁶⁰ Rapport 2015-105R, Mars 2016, *Les Unités de soins de longue durée (USLD)*

les établissements devraient se "sanitariser" pour faire face à l'augmentation de la dépendance des résidents, qui y entrent de plus en plus âgés. Les EHPAD devraient alors bénéficier de bâtiments plus adaptés, d'une organisation en petites unités, de plateaux techniques plus développés et surtout, d'un lien privilégié avec l'hôpital, particulièrement les hôpitaux de proximité qui seraient amenés à se déplacer dans les EHPAD, et non l'inverse. En somme, il s'agit là de renouer le lien quelque peu distendu entre le sanitaire et le médico-social.

Cependant, l'EHPAD ne doit pas être que sanitaire, bien au contraire. Pour tenter d'en finir avec la conception délétère de la vieillesse et des EHPAD à l'œuvre dans la société, les résidents en EHPAD devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement social accru, bien supérieur à celui qui existe actuellement. Pour reprendre les mots de Madame Joelle LE GALL, présidente de la fédération "Bien vieillir ensemble en Bretagne", "*toute personne devrait avoir un volet social jusqu'à la fin de sa vie, c'est ça être un citoyen*".

La crise sanitaire, au-delà des EHPAD, pourrait également ouvrir des perspectives pour la prise en charge globale de la vieillesse.

3.3. Un effet de la crise : une fenêtre d'opportunité pour la loi "Autonomie grand âge"

Le rapport Libault "*Grand âge et autonomie*", issu d'une concertation lancée le 1er octobre 2018 par la ministre de la santé, Agnès BUZYN, est remis le 28 mars 2019. Dans le discours qu'elle prononce à l'occasion de la remise de ce rapport, Madame BUZYN énonce une "*urgence*" à agir qui se traduit par la volonté affirmée d' "*entrer dans un temps de préparation très concret et rythmé.*" Le calendrier est annoncé : "*une grande loi, (que) nous voulons (la) présenter en conseil des ministres à l'automne*".

Dès lors, en fin d'année 2019, les acteurs du secteur tels que le SYNERPA ou la FHF s'inquiètent de l'absence de traduction législative des préconisations énoncées dans le rapport Libault, complété en octobre 2019 par le plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge issu de la mission confiée à Myriam EL KHOMRI.

Lors de la présentation de ses vœux à la presse, Madame BUZYN indique que « *Le projet de loi « grand âge et autonomie » sera (donc) présenté à l'été, après une phase de concertation avec le secteur et les collectivités territoriales.* ». Toutefois, début 2020, il persiste un doute sur le calendrier de l'examen du texte du Parlement en raison d'un nombre de textes très important à lui soumettre, en lien avec les crises sociales successives (gilets jaunes, retraites, hôpital). A l'instar d'autres sujets (exemple : la loi bioéthique), celui de la prise en charge de la dépendance n'apparaît plus comme une priorité. La fin d'année 2020, voire le début

d'année 2021, est ainsi privilégiée même si, lors du changement de ministre de la santé, Olivier VERAN rappelle l'objectif d'une présentation du projet de loi en conseil des ministres avant l'été.

Dès lors, on peut observer que le sujet de la prise en charge de la perte d'autonomie, qui n'avait certes pas été écarté par l'exécutif mais décalé de près d'une année, bénéficie d'un regain d'intérêt à l'occasion de la crise sanitaire. La vulnérabilité des personnes âgées face aux conséquences de l'épidémie semble avoir créé une nouvelle "fenêtre d'opportunité" pour l'examen de ce texte dont le processus d'adoption est accéléré. En effet, le projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie a été examiné en conseil des ministres dès le 27 mai 2020 et fera l'objet d'une procédure accélérée pour son examen au Parlement. Il a d'ailleurs été adopté par l'Assemblée nationale le 15 juin 2020.

En outre, au-delà de ce calendrier anticipé d'examen, la crise semble avoir balayé les doutes portant sur la création d'un cinquième risque (ou une cinquième branche) de Sécurité Sociale. En effet, l'article 4 du projet de loi prévoit que, *“au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport afin de préparer la définition des modalités de structuration financière d'un risque ou d'une branche relative aux prestations contre la perte d'autonomie, qui suppose d'isoler des recettes et des dépenses propres faisant l'objet d'un pilotage financier spécifique au sein de la loi de financement de la sécurité sociale.”*

Cette accélération de l'agenda parlementaire, à l'occasion de la crise sanitaire, d'une réforme qui a été évoquée durant les trois derniers mandats présidentiels, accrédite l'idée selon laquelle les politiques traitent les problèmes parce qu'ils sont devenus importants, pas parce qu'ils sont importants. Selon Patrick HASSENTEUFEL⁶¹, *“pour comprendre la publicisation d'un problème et sa mise à l'agenda, il est nécessaire d'identifier les dynamiques facilitant sa prise en charge par les autorités publiques qui, le plus souvent, se combinent”*. Assurément, en l'espèce, le sujet a bénéficié de ce que l'auteur dénomme *“la mobilisation”*. En effet, les acteurs du secteur médico-social (associations de familles, fédérations professionnelles, ex-décideurs publics) ont, par leurs déclarations dans les médias, pu remobiliser les acteurs politiques sur un sujet qui, en outre, faisait l'objet d'un certain consensus en 2019. En effet, à cette date, étaient réunies les conditions que décrit Vincent DUBOIS⁶² pour que ce sujet public devienne un sujet politique : le statut des acteurs (en l'occurrence Premier Ministre et Ministre de la santé) et les termes choisis pour évoquer le sujet (prévention de la perte d'autonomie et non prise en charge de la dépendance).

⁶¹ P. Hassenteufel, les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics, informations sociales n° 157, p50

⁶² Dubois. V., Cohen A., Lacroix (B.), Riutort Ph. dir. L'action publique. Nouveau manuel de science politique, La Découverte, p. 311-325, 2009.

John KINDGON a, pour sa part, théorisé le contexte spécifique de la mise sur agenda, distinguant trois types de flux indépendants qui déterminent l'agenda des politiques publiques ; la mise à l'agenda s'opérant *“lorsqu'un problème est reconnu, qu'une solution est développée et disponible au sein de la communauté des politiques publiques, qu'un changement politique en fait le moment adéquat pour un changement de politique et que les contraintes potentielles ne sont pas trop fortes”*. On pourrait considérer que la crise de la COVID-19 correspond à ce *“moment singulier”*, comme le désigne Patrick HASSENTEUFEL, où intervient la conjonction des trois flux. En effet, le sujet de la perte d'autonomie (tout comme d'ailleurs celui de la revalorisation des carrières hospitalières abordé dans le cadre du Ségur de la santé) a fait l'objet d'une mise en visibilité par les différents acteurs précédemment mentionnés. Il bénéficie d'un regard bienveillant de la société qui a été touchée par la vulnérabilité particulière des personnes âgées dont le nombre de décès dans les EHPAD a été un indicateur et c'est un sujet pour lequel les solutions avaient déjà été identifiées dans les rapports sus-évoqués. Il reste enfin la question des contraintes potentielles, qui dans le cas d'espèce sont notamment celles du financement.

En effet, interrogé sur ce qui pourrait constituer une conséquence positive de la crise sanitaire à savoir *“une fenêtre d'opportunités politiques”* pour ce cinquième risque, Monsieur Sylvain DENIS, membre du Conseil d'administration de la CNSA, est beaucoup plus réservé puisque selon lui la création d'un cinquième risque bute depuis de nombreuses années sur un même sujet : le financement. Monsieur Bernard ENNUYER ne dit pas autre chose lorsqu'il relève le décalage considérable entre les sommes évoquées au cours du débat parlementaire (2 milliards d'euros) et les besoins estimés dans le rapport Libault (entre 6 et 10 milliards d'euros) et *“que les experts ont partagés”*. Or, la crise économique, qui fait suite à la crise sanitaire, va, elle, agir négativement sur la résolution de cet aspect. Tout comme le transfert à la CADES de l'ensemble de la dette sociale liée à la COVID-19 inscrit aux projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie, alors que la disponibilité de la CADES à compter de 2024 constituait, selon le rapport Libault, une piste de financement d'une réforme de la prévention de la perte d'autonomie et du grand âge.

Conclusion

C'est donc déjà confrontés à des difficultés largement médiatisées et décriées, liées à leur manque récurrent de moyens et aux accusations de maltraitance institutionnelle, que les EHPAD ont dû faire face à la situation si particulière du confinement.

Décidé rapidement face à la propagation du coronavirus, le confinement, décrété dans une période de forte incertitude, aura contraint les EHPAD à bouleverser leur fonctionnement pour protéger la santé tant physique que psychique des résidents.

Avec une grande diversité, les établissements ont tenté de s'adapter à cette mise en quarantaine et d'en limiter les effets néfastes pour les résidents. Le maintien d'un lien social a été l'un des objectifs prioritaires alors que les visites étaient interdites, entraînant des réorganisations parfois majeures dans les établissements. Modification des horaires de travail, appel aux renforts, développement du numérique à l'EHPAD sont autant d'adaptations mises en place pour tenter d'atténuer les conséquences du confinement. Celles-ci se sont pourtant bel et bien fait sentir : pour les résidents dont certains ont pu faire face à une détresse psychologique, à une détérioration de leurs capacités physiques ou à un syndrome de glissement ; mais aussi pour les personnels, confrontés à un accroissement de la charge de travail, et, parfois, à la peur de ce nouveau virus.

Alors, face à cette situation inédite, des interrogations se sont fait jour, questionnant largement la place et la représentation des personnes âgées dans la société, mais également, plus spécifiquement, la nature et le fonctionnement des EHPAD. Au beau milieu des accusations d'âgisme et d'invisibilisation de la vieillesse, du manque d'attractivité des EHPAD pour les résidents comme pour les personnels, l'analyse du confinement en établissement pourrait constituer l'aube d'un renouveau de la prise en charge de la vieillesse en EHPAD. Les initiatives sont nombreuses, les propositions foisonnantes ; l'agenda politique arbitrera.

Bibliographie

Littérature générale

Beauvoir, S. (de), (1970). La vieillesse. Gallimard, 608 pages

Saint Exupéry, A. (de), (1939). Terre des Hommes, Gallimard, 224 pages

Littérature scientifique

Alvarez, S. (2011). Représentations sociales du vieillissement : changer de regard. La santé de l'homme, Janvier -février 2011. n°411, 15-18

Aquino, J-P. (2007). Le vieillissement : d'un modèle déféctologique à un modèle ontogénique. Gérontologie et société, n°123, 13-29

Barbisch D., Koenig K.L., Fuh-Yuan Shih F. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola, in Disaster Medicine and Public Health Preparedness, Mars 2015, <https://www.urban-response.org/system/files/content/resource/files/main/barbisch---shih-is-there-a-case-for-quarantine.pdf>

Brooks S. K, Webster R. K, Smith L.E, Woodland L., Wessely S., Greenberg N., James Rubin G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, in The Lancet, 26 février 2020, [en ligne]. consulté le 15 mai 2020, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>

Collectif d'universitaires canadiens et de quelques francophones européens (2020). L'observatoire de l'âgisme, 18 avril 2020. <http://www.agisme.fr/spip.php?article104>

Ennuyer, B. (2020). La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société. La revue des droits de l'homme, n°17/2020

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. Le sociographe, Hors-série 6, 139-157

Ennuyer, B. (2020). Un florilège des représentations modernes de l'âge et de la vieillesse, SILO Agora des pensées critiques

Hassenteufel, P. Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics, informations sociales n°157, p50

Hilgartner, S., & Bosk, C. L. (1988). The rise and fall of social problems: A public arenas model. American journal of Sociology, 94(1), 53-78.

Marchand, M. Regards sur la vieillesse, Le journal des psychologues, 2018

Trépiéd, V. (2014). In L'intégration inégale : force, fragilité et rupture des liens sociaux, PUF, 528 pages

Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD, Gérontologie et société, 2016

Zhou F., Yu T., Du R., et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet, 2020

Littérature grise et rapports d'étude

Académie nationale de médecine, communiqué, 27 mars 2020, Épidémie COVID-19 dans les EHPAD : permettre aux médecins et aux soignants d'exercer leur mission en accord avec leur devoir d'humanité. Disponible sur internet : <http://www.academie-medecine.fr/epidemie-covid-19-dans-les-ehpad-permettre-aux-medecins-et-aux-soignants-dexercer-leur-mission-en-accord-avec-leur-devoir-dhumanite/>

Académie nationale de médecine, recommandations, 24 avril 2020, Prendre soin des adultes âgés avec troubles cognitifs en période de confinement. Disponible sur internet : <http://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-nationale-de-medecine-prendre-soin-des-adultes-ages-avec-troubles-cognitifs-en-periode-de-confinement/>

Calvet, L et Pradines, N. (DREES), État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, Études et Résultats, Décembre 2016. n°988

Cellule régionale de soutien éthique de l'ERENA (Espace régional de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine), saisine du 06 avril 20

CCNE, Avis n°128, 15 février 2018, Enjeux éthiques du vieillissement, Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? Disponible sur internet : www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf

CCNE, 30 mars 2020, Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD. Disponible sur internet : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_reforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf

CCNE, Réponse à la saisine du Conseil scientifique COVID-19 du 4 mai 2020, 20 mai 2020, Enjeux éthiques lors du dé-confinement : responsabilité, solidarité et confiance. Disponible sur internet : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne>

CNCDH, avis, prorogation de l'état d'urgence sanitaire et libertés, 26/05/2020. Disponible sur internet : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/avis_2020_-_8_-_avis_prorogation_eus_et_libertes_publicques.pdf

CNSA, COVID-19 : des initiatives pour maintenir le lien social et rassurer les personnes âgées, 10 avril 2020, [en ligne]. [consulté le 15 mai 2020], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/covid-19-des-initiatives-pour-maintenir-le-lien-social-et-rassurer-les-personnes-agees>

Conseil scientifique, note, 30 mars 2020, Les EHPAD : une réponse urgente, efficace et humaine. Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_30_mars_2020_note_ehpad_cs_30_mars_2020.pdf

Conseil scientifique Fédération 3977 contre les maltraitances, Commission Âge droits Liberté (SFGGG), Fédération internationale des Associations de Personnes Âgées (FIAPA), Association Francophone pour les Droits de l'Homme, (Coordination du texte R. Moulias), Âges et confinements : alertes, 20 avril 2020, [en ligne]. consulté le 15 mai 2020, <https://www.fiapa.net/ages-et-confinements-alertes/>

HCSP, avis provisoire, recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères », 14 mars 2020. Disponible sur internet : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>

HCSP, avis, avis relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques, 31 mars 2020. Disponible sur internet : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>

Lefèvre, G. COVID-19 : paroles de soignants et d'accompagnants, CFDT 01 avril 2020. Disponible sur internet : https://www.cfdt.fr/portail/actualites/crise-du-covid-19/covid-19-paroles-de-soignants-et-d-accompagnants-srv1_1107165

Ministère des Solidarités et de la Santé, Communiqué, « Assouplissement supplémentaire des conditions de visite dans les établissements hébergeant des personnes âgées », 01 juin 2020. Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200601_-_cp_-_assouplissement_supplementaire_de_visite_ehpad.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé, Protocole, Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, 16 juin 2020. Disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-retour-normale-etablissements-hebergement-pa-covid-19.pdf>

Rapport d'étape n°1 et principales recommandations de la mission confiée par Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé à Jérôme Guedj le 23 mars 2020, Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement. Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_no1_j._guedj_-_05042020.pdf

Rapport d'étape n°2 remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé par Jérôme Guedj, le 18 avril 2020, Recommandations destinées à permettre à nouveau les visites de familles et de bénévoles dans les EHPAD : concilier nécessaire protection des résidents et rétablissement du lien avec les proches. [en ligne] : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_etape_no2_j._guedj_-_18.04.2020.pdf_-_reponse_a_la_saisine_cs_enjeux_ethiques_lors_du_de-confinement_-_20_mai_2020.pdf

Media

Acar, A-L. COVID-19 : EHPAD Dantjou, rester en connexion avec les familles, 7 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/Covid-19-EHPAD-Dantjou-rester-en-connexion-avec-les-familles-2389>

AFP, EHPAD: des secrétaires aux soignants, une "implication de tous" contre le coronavirus, Le Point 17 avril 2020, [en ligne], consulté le 7 mai 2020, https://www.lepoint.fr/societe/ehpad-des-secretaires-aux-soignants-une-implication-de-tous-contre-le-coronavirus-17-04-2020-2371872_23.php

Aubenas F. En Ehpads, la vie et la mort au jour le jour, Le Monde, 01 avril 2020, consulté le 5 mai 2020

Belaïch, C. Vieillesse : “Notre société donne à une partie de sa population le sentiment d’être un poids”, Libération, 2018, [en ligne], consulté le 6 mai 2020 : [vieillesse-notre-societe-donne-a-une-partie-de-sa-population-le-sentiment-d-etre-un-poids_1649541](https://www.liberation.fr/france/vieillesse-notre-societe-donne-a-une-partie-de-sa-population-le-sentiment-d-etre-un-poids-1649541) consulté le 6 mai 2020

Chapon, P.M. Le confinement des seniors, une fausse bonne idée, 15 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-le-confinement-des-seniors-une-fausse-bonne-idee-1195102>

La Croix Rouge, *Famileo : une famille soudée, des aînés connectés*, 10 octobre 2018, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Innovation-Sociale/Projets/Nouvelles-technologies/Famileo-une-famille-soudee-des-aines-connectes>

La Croix Rouge, *COVID-19 : Maintenir le lien social avec les familles et lutter contre l’isolement*, 7 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/COVID-19-maintenir-le-lien-social-avec-les-familles-et-lutter-contre-l-isolement-2390>

Debelleix, E. COVID-19 en Ehpads: à Beauvais, le confinement des salariés en question(s), 12 mai 2020, [en ligne], consulté le 12 mai 2020, <https://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ1Q9V1KG>

Crouzet, A., *Le Numérique, la solution pour lutter contre l’isolement des personnes âgées*, Wydden, 07 décembre 2018, [en ligne], consulté le 12 mai 2020, <https://wydden.com/silver-economy-le-numerique-la-solution-pour-lutter-contre-l-isolement-des-personnes-agees/>

Hochet B., *Déconfinement : dans les EHPAD, éviter le glissement des résidents vers la mort*, France Bleu Maine, 1 juin 2020, [en ligne], consulté le 3 juin 2020, <https://www.francebleu.fr/infos/societe/sarthe-les-maisons-de-retraites-et-les-ehpad-oublies-du-deconfinement-1591022883>

Deleplace E., *Une poignée d'EHPAD se sont engagés dans le confinement total, personnel compris*, 27 mars 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020 https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200327-gestion-des-risques-une-poignee-d-ehpad-se?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200327-gestion-des-risques-une-poignee-d-ehpad-se&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged

Dusseaux, A.C. Un mois en EHPAD face au coronavirus : "C'est l'expérience la plus riche de ma vie", le JDD 21 avril 2020, [en ligne], consulté le 6 mai 2020, <https://www.lejdd.fr/Societe/un-mois-en-ehpad-face-au-coronavirus-cest-lexperience-la-plus-riche-de-ma-vie-3963300>

Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), Crise COVID et isolement des personnes âgées, podcast proposé le 29 avril 2020 <https://en3s.fr/2020/04/29/rdvactu-crise-covid-et-isolement-social-des-personnes-agees/>

Goux, S., Coronavirus : troisième semaine de confinement total pour le personnel et les résidents de l'Ehpad de Mansle, 7 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/charente/angouleme/coronavirus-troisieme-semaine-confinement-total-personnel-residents-ehpad-mansle-1812994.html>

Hennezel, M. (de). L'épidémie de COVID-19 porte à son paroxysme le déni de mort, Le Monde, 04 mai 2020, [en ligne], consulté le 6 mai 2020, https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/04/marie-de-hennezel-l-epidemie-de-covid-19-porte-a-son-paroxysme-le-deni-de-mort_6038548_3232.html

Hermans, T. Confinement – Coronavirus : Trois EPHAD de Loir et cher reçoivent un don d'ordinateurs portables, venus des Etats-Unis, France Info, 22 mars 2020, [en ligne], consulté le 6 mai 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/centre-val-de-loire/loir-cher/confinement-coronavirus-trois-ehpad-du-loir-cher-recoivent-don-ordinateurs-portables-venus-etats-unis-1804394.html>

L'invité des matins, 2020, émission de radio animée par Guillaume Erner, diffusée le 17 avril 2020, France Culture, EHPAD : de la lutte contre le coronavirus vers la refonte du système ?

L'invité des matins, 2020, émission de radio animée par Guillaume Erner, diffusée le 15 mai 2020, France Culture, La crise sanitaire peut-elle faire évoluer la place des personnes âgées dans la société ?

Lecoq, T. On parle très mal des vieilles et des vieux, c'est même le gros malaise, 24 avril 2020. [en ligne], consulté le 12 mai 2020 : <http://www.slate.fr/story/189960/covid-19-parler-veillesse-personnes-agees-autres-individus-humanite-langage>

Lefebvre des Noettes, V. Confinement des personnes âgées : attention au syndrome de glissement, 27 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://theconversation.com/confinement-des-personnes-agees-attention-au-syndrome-de-glissement-136934>

Les pieds sur terre, 2020, émission de radio animée par Sonia Kronlund, diffusée le 13 mai 2020, France Culture, La catastrophe du COVID-19 dans les EHPAD

Mesnage, P. (Vidéo) Joué-lès-Tours. A Debrou, des retrouvailles sous haute protection, 27 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/commune/joue-les-tours/video-joue-les-tours-a-debrou-des-retrouvailles-sous-haute-protection>

MonaLisa, COVID-19 "1 lettre, 1 sourire : Service gratuit d'envoi de lettres de soutien aux résidents des EHPAD et des résidences autonomes", 14 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020,

<https://www.monalisa-asso.fr/actualites/item/covid-19-1-lettre-1-sourire-service-gratuit-d-envoie-de-lettres-de-soutien-aux-residents-des-ehpad-et-des-residences-autonomies>

Morna, H. "On est une famille" : l'émouvant témoignage d'un directeur d'EHPAD face au confinement, Europe 1, 2 avril 2020, [en ligne], consulté le 6 mai 2020, <https://www.europe1.fr/societe/temoignage-on-est-plus-une-equipe-on-est-une-famille-lemouvant-quotidien-des-ehpad-3959370>

Nava, M.(Colombani.C pour la traduction), Comment la pandémie nous révèle l'importance du bien commun, 12 mai 2020, [en ligne], consulté le 12 mai 2020 : <http://www.slate.fr/story/190425/covid-19-pandemie-importance-bien-commun>

Petits frères des pauvres, Les meilleures initiatives pour faciliter la vie des personnes âgées pendant le coronavirus, 8 avril 2020, [en ligne], consulté le 15 mai 2020, <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/les-meilleures-initiatives-pour-faciliter-la-vie-des-personnes-agees-pendant-le-coronavirus>

Roport, P. Depuis 600 ans, "la quarantaine n'est absolument pas une solution", 04 mars 2020, [en ligne], consulté le 12 mai 2020 <https://www.franceculture.fr/histoire/depuis-600-ans-la-quarantaine-nest-absolument-pas-une-solution>

Sitographie

1 lettre, 1 sourire [en ligne], Association Tous au Web, consulté le 14 avril 2020, <http://1lettre1sourire.org> .

Liste des annexes

Annexe I : Liste des Interviewés

Annexe II : Grille d'entretien des directeurs d'établissement

Annexe III : Grille d'entretien des soignants

Annexe IV : Grille d'entretien des associations d'usagers

Annexe V : Grille d'entretien du monde de la recherche

Annexe VI : Chronologie et analyse des mesures de confinement et déconfinement en EHPAD

Annexe VII : Focus sur le confinement total

Annexe I : Liste des interviewés

Structure	Thème	Contact	RDV	Elève interviewer
CCNE	Perception de la vieillesse et respect des droits fondamentaux des résidents	Karine Lefevre, vice-présidente du CCNE, professeur de droit de la protection des personnes	9 juin 2020	Claire Bru et Hélène Lehericey
Fédération "Bien vieillir ensemble en Bretagne"	Perception de la vieillesse et conséquences de la crise sanitaire sur la politique en matière de prévention de l'autonomie	Joëlle Le Gall, Présidente	16 juin 2020	Claire Bru et Hélène Lehericey
ARS Normandie (renfort bénévole)	Déclinaison des décisions nationales en matière de (dé)confinement	DH retraitée	11 juin 2020	Lorène Jacoud et Hélène Lehericey
CNSA	Processus de prise des décisions nationales en matière de (dé)confinement	Sylvain Denis, membre du conseil d'administration, représentant des usagers	15 juin 2020	Lorène Jacoud et Hélène Lehericey
CNDEPAH et CH de proximité comprenant des lits d'EHPAD	Expérience du confinement et du déconfinement en EHPAD et en hôpital de proximité & lien entre les établissements et l'ARS / instances nationales	Ancienne directrice de la CNDEPAH et Directrice d'un CH de proximité (lits d'EHPAD)	24 juin 2020	Lorène Jacoud
Laboratoire "Ethique, Politique et Santé" de Paris Descartes	Représentations de la vieillesse et conséquences de la crise sanitaire	Bernard Ennuyer, sociologue de la vieillesse, du vieillissement et du handicap	15 juin 2020	Gwendoline Famel et Lorène Jacoud
FNAPAEF	Représentations de la vieillesse, effets du confinement et perspectives d'avenir	Françoise Cholvy, membre du Conseil d'administration Claudette Brialix, Présidente	8 juin 2020 22 juin 2020	Claire Bru
CHU du sud de la France	Expérience du confinement	Représentant des familles	5 juin 2020	Christelle Vian

CH Région Grand Est	Expérience du confinement	Neuropsychiatre	4 juin 2020	Christelle Vian
Centre hospitalier X	Les effets du confinement en EHPAD	Infirmière diplômée d'Etat affectée en UVP	22 juin 2020	Jean-Charles Agosta
Centre hospitalier X	Les effets du confinement en EHPAD	Cadre supérieure de santé responsable d'EHPAD	18 juin 2020	Jean-Charles Agosta
Centre hospitalier X	Les effets du confinement en EHPAD	Infirmière diplômée d'Etat affectée en EHPAD	18 juin 2020	Jean-Charles Agosta
Centre hospitalier X	Les effets du confinement en EHPAD	Aide-soignante affectée en EHPAD	18 juin 2020	Jean-Charles Agosta
EHPAD (Vendée)	Expérience du confinement	Directeur d'EHPAD	28 mai 2020	Francis Bulteau

Annexe II : Grille d'entretien des directeurs d'établissement

1. Que vous rappelez-vous des premiers jours où vous avez entendu parler de l'épidémie ?
2. Quand avez-vous pris conscience de la gravité de l'épidémie ?
3. Quelles sont les autorités qui vous ont contacté ?
4. Avec quelles autorités avez-vous été en contact tout au long de l'épidémie ? Dans quel but ?
5. Lien particulier avec l'ARS ?
6. Quelles ont été les principales mesures prises dans votre EHPAD pour éviter la contagion de la COVID-19 ?
7. Quelle marge de manœuvre aviez-vous sur les consignes qui vous étaient données ?
8. Que se passe-t-il si une personne âgée est infectée par la COVID-19 ? Avez-vous eu des personnes âgées atteintes de la COVID-19 qui n'ont pas été emmenées à l'hôpital ? Si oui, pourquoi ?
9. Des mesures ont-elles été mises en place pour que les proches puissent d'une manière ou d'une autre accompagner les résidents pendant la maladie ou lorsque celle-ci s'est aggravée ? Comment le lien social des résidents a-t-il été maintenu ?
10. Avez-vous eu beaucoup d'absentéisme dans votre personnel ?
11. Il y a eu des expériences de confinement total dans certains établissements, est-ce une option et qu'en pensez-vous ?
12. Est-ce que cette crise a changé le regard que l'on porte sur les EHPAD selon vous ?
13. Pensez-vous que cette pandémie peut ouvrir une fenêtre d'opportunité pour des réformes significatives dans le domaine de la prise en charge de la vieillesse en France ?

Annexe III : Grille d'entretien des soignants

Que vous rappelez-vous des premiers jours où vous avez entendu parler de l'épidémie ? (Nous recherchons une impression générale).

Quand avez-vous pris conscience de la gravité de l'épidémie (nous recherchons une première réaction pour voir si cette personne a pris l'initiative, ou si quelqu'un l'a avertie de ce qui se passait).

1. Effets du confinement chez les résidents

1.1. Quelles ont été les principales mesures prises dans cet EHPAD pour éviter la contagion COVID-19 ? (Pourriez-vous décrire ces mesures en détail ? Calendrier : avant qu'il y ait des cas dans votre EHPAD, une fois le premier cas détecté, car l'épidémie était déjà à mi-chemin, vers la fin ?)

1.2. Le confinement en chambre a-t-il eu des effets (psychologiques et physiques) sur la santé des résidents ?

1.3. Aviez-vous l'impression de protéger les personnes âgées ? D'être protégée ?

1.4. Comment avez-vous concilié protection contre le virus et risque de syndrome de glissement des résidents ?

1.5. Avez-vous adapté les mesures de confinement au cas par cas ?

1.6. Avez-vous été confrontés à des difficultés quant au respect des mesures de confinement chez les résidents atteints de maladies de type Alzheimer ? Quelles mesures ont été mises en œuvre afin de pallier ces difficultés ?

1.7. Comment avez-vous conservé le lien avec les résidents ? Comment avez-vous vécu cette période ?

1.8. Des mesures ont-elles été mises en place pour que les proches puissent d'une manière ou d'une autre accompagner les résidents pendant la maladie ou lorsque celle-ci s'est aggravée

1.9. Quelles furent les réactions des résidents, de leurs proches et des personnels ?

2. Effets managériaux/organisationnels du confinement

2.1. Les mesures mises en place étaient-elles contraignantes pour vous ? Arriviez-vous à les respecter ?

2.2. Selon vous, ces mesures étaient-elles adaptées à la situation ? Quels ont été les effets de ces mesures d'un point de vue organisationnel ?

2.3. Le confinement a-t-il révélé de nouvelles problématiques liées au manque d'effectifs (chronique) dans les EHPAD ?

2.4. Pensez-vous que le confinement en chambre a eu des conséquences sur la qualité des prises en charges ?

2.5. Avez-vous constaté un élan de solidarité entre les agents afin de faire face à cette crise ?

2.6. Comment a évolué la situation depuis le déconfinement ? Avez-vous observé des modifications au sein du fonctionnement et de l'organisation de l'EHPAD ? Auprès des résidents ? Des professionnels ?

Annexe IV : Grille d'entretien des associations d'usagers

1. La représentation de la vieillesse et des EHPAD dans la société et les politiques publiques

- Pouvez-vous nous parler de la représentation de la vieillesse dans la société ?
 - âgisme ?
 - occultation de la vieillesse ?
 - déresponsabilisation, manque de prise en compte de la volonté ? Quid de la question du consentement en EHPAD de manière générale (à comparer avec la situation pendant le confinement)
 - Les notions de “vieillesse réussie” et de “valorisation des parcours de vie” des PA vous semble-t-il être pris en compte dans notre société, dans les EHPAD ?
- Qu'est-ce que le fonctionnement habituel des EHPAD révèle selon vous de cette conception de la vieillesse ?
- La prise en compte de la question de la vieillesse en établissement est-elle selon vous suffisante dans la société et par les autorités ?

2. Le confinement

- Quel est le premier mot qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au confinement dans les EHPAD ?
- Votre position sur le confinement dans les EHPAD :
 - Conséquences physiques, psychiques ?
 - Effets sur le lien social ? L'isolement ?
 - Que révèle-t-il selon vous de la conception sociale de la vieillesse ?
 - Et de la conception des EHPAD ?
 - La nature et le fonctionnement des EHPAD ont-ils selon vous pu aggraver les conséquences du confinement ?
 - A-t-il parfois pu s'assimiler à de la maltraitance ?
- Votre avis sur les « palliatifs » mis en place, les démarches et actions à perpétuer, la place des nouvelles technologies dans les EHPAD ?
- Votre fédération a-t-elle été consultée, et de quelle manière (au niveau local, national ?), sur les décisions prises en matière de confinement et de levée de confinement ? De façon suffisante ? Estimez-vous avoir été suffisamment entendus ?
- Comment les résidents et leurs familles ont-ils été tenus informés des mesures prises par la direction ? Des modalités d'écoute de leur parole ont-elles été à votre connaissance mises en place ?
- De quelle manière avez-vous remonté les alertes sur les effets du confinement ?

3. Les conséquences du confinement

- Votre avis sur le déconfinement des EHPAD ?
- Quelles pourraient être, si elles existent, les conséquences positives du confinement sur la prise en charge de la vieillesse en EHPAD ? Le confinement pourrait-il déboucher selon vous sur une prise de conscience et sur une amélioration de cette prise en charge ?
- Quid du 5e risque : que pensez-vous de cette idée assez ancienne ?
- Y'a-t-il des choses qui vous semblent importantes que nous n'avons pas abordées ?

Annexe V : Grille d'entretien du monde de la recherche

1. Pouvez-vous nous parler de la représentation de la vieillesse dans notre société ? en France ? ailleurs ?
 - L'âgisme ?
 - N'a-t-on pas une occultation de la vieillesse ? Une société prônant le jeunesse, un cloisonnement des périodes de la vie (E, A, PA) ? un rejet et une peur de la mort (notamment en EHPAD) ?
 - La parole des seniors et leurs droits sont-ils respectés ?
Déréresponsabilisation, manque de prise en compte de la volonté, consentement en EHPAD de manière générale ?
2. Epidémie de la COVID-19 : que vous rappelez-vous des premiers jours où vous avez entendu parler de l'épidémie ? (Nous recherchons une impression générale)
3. Mesures de confinement / déconfinement : Quelles sont les grandes mesures de confinement et déconfinement prises au cours de cette épidémie qui vous ont marqué(e), notamment pour les personnes âgées ?
4. Comment analysez-vous ces mesures ? Quelles sont les considérations qui ont poussé les décideurs à prendre ces mesures à votre sens (politiques, scientifiques, opinion publique etc.) ?
5. « La décision du choix du confinement en EHPAD pour faire face à la crise » : que révèle-t-elle, selon vous, de la conception sociale de la vieillesse ?
Cette représentation a-t-elle selon vous influencé les prises de décision de confinement et d'isolement dans les EHPAD ?
6. Les mesures de confinement ont suscité des débats relatifs aux personnes âgées, notamment en EHPAD :
 - Assimilation parfois à de la maltraitance ?
 - Evocation de conséquences physiques (cognitives, déplacement) et / ou psychiques (syndrome de glissement) pour les résidents coupés de lien social et notamment de leur proches
 - Choix des personnes (nous avons vécu la guerre) et choix des familles (ex. récupérer leurs proches pour le confinement)
 - décès de personnes, et impossibilité pour les proches d'aller les voir
 - Qu'en pensez-vous ?
7. Quid des aspects juridiques (question du consentement) ? Limite entre droit / choix individuel et protection sanitaire collective (santé publique) dans les EHPAD ?
8. Pensez-vous que cette expérience du confinement vécue à la fois dans les EHPAD et par l'ensemble de la population puisse déboucher sur une évolution de ces représentations sociales de la vieillesse et de la grande vieillesse ?
9. Quelles pourraient être selon vous les évolutions concernant les personnes âgées ?

Les notions de “vieillesse réussie” et de “valorisation des parcours de vie” des PA vous semble-t-il être pris en compte dans notre société, dans les EHPAD ?

10. Le projet de loi Grand âge prévu en 2019 a été reporté à 2020. Certains sujets sont évoqués depuis des années sans avancée majeure comme le 5ème risque. Pensez-vous que cette pandémie peut ouvrir une fenêtre d’opportunité pour des réformes significatives dans le domaine de la prise en charge de la vieillesse en France (parallèle avec 2003) ?

11. Y’a-t-il des choses qui vous semblent importantes que nous n’avons pas abordées ?

Annexe VI : Chronologie et analyse des mesures de confinement et déconfinement en EHPAD

Étape 1 : suspension des visites dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (11 mars 2020)

I/ Contenu de la mesure : visites suspendues en EHPAD et en USLD et fortement déconseillées en résidence autonomie.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de la COVID-19, le 11 mars 2020, le gouvernement prend la décision de suspendre « *l'intégralité des visites de personnes extérieures à l'établissement* » en EHPAD et USLD. Pour les résidences autonomie, les visites sont fortement déconseillées. Cette décision est présentée comme une « *mesure exceptionnelle, rendue nécessaire par une situation sanitaire exceptionnelle* », qui sera levée dès que la situation sanitaire le permettra.

Cette mesure de restriction des visites laisse toutefois la place à des exceptions, qui pourront être décidées pour « *des cas déterminés par le directeur d'établissement, sur la base des préconisations locales délivrées par l'agence régionale de santé et la préfecture* ». Par ailleurs, le gouvernement précise que, dans le cadre de l'interdiction de visites, les établissements devront mettre en place un ensemble de mesures pour permettre aux proches des résidents d'être informés et de maintenir un lien avec le résident. Ces mesures de maintien de l'information et du lien entre les résidents et leurs proches ne sont pas détaillées mais il est cependant intéressant de noter que cette préoccupation de l'isolement des personnes âgées apparaît dès les premières restrictions les concernant.

Au-delà des établissements d'hébergement pour personnes âgées, cette mesure s'inscrit dans une volonté plus globale de confiner les personnes âgées. En effet, dans son allocution du 12/03/2020, le Président de la République demande aux personnes vulnérables, parmi lesquelles « *toutes les personnes âgées de plus de 70 ans* » de « *rester autant que possible à leur domicile* » et de « *limiter leurs contacts au maximum* ». C'est le critère de l'âge qui est alors mis en avant.

Ces restrictions font suite à de précédentes mesures visant à enrayer le développement de l'épidémie de la COVID-19 en France et son impact sur les personnes âgées notamment. Ainsi, le 6 mars 2020, le chef de l'Etat, en visite dans un EHPAD parisien, avait appelé à limiter les visites aux résidents au strict nécessaire, à mettre en place les mesures barrières et à développer une organisation permettant d'isoler les patients COVID positifs. A cette même date, le Ministre de la Santé avait annoncé le déclenchement des plans bleu en

établissements médico-sociaux, avec une forte incitation à restreindre les visites, en dehors des cas exceptionnels.

2/ Justification de la mesure : priorité à la protection des personnes âgées, une population considérée comme vulnérable

Au cours de l'épidémie de la COVID-19, l'âge a été identifié de manière précoce comme un facteur de risque de complications et de décès pour les patients atteints par le virus. Les premiers décès en France ont principalement concerné des personnes âgées, comme en atteste le titre de cette dépêche APMNews du 2 mars 2020 qui relate le troisième décès d'un patient positif à la COVID-19 en France, une patiente de 89 ans : « *Troisième décès lié au en France, chez une personne âgée* ». Dès le 14 mars 2020, dans un avis provisoire⁶³, le Haut Conseil de la Santé Publique entérine l'âge comme un facteur de risque en pointant une « *plus grande fréquence documentée des complications de la COVID-19 chez les patients atteints de pathologies chroniques [...] ou de cancers, et chez les personnes âgées de plus de 70 ans* ».

Dans les premiers temps de l'épidémie en France, le discours public et politique se concentre sur l'idée qu'il faut avant tout « *protéger les plus vulnérables, c'est la priorité absolue* », comme l'énonce le Président de la République dans son allocution du 12 mars 2020. Si la priorité est de protéger les plus fragiles, elle devient donc celle de protéger les plus âgés, dans un contexte où l'âge est présenté par les discours politiques et scientifiques comme un facteur de risque. Le 11 mars 2020, lors de l'annonce de la suspension des visites, le Ministre en charge de la santé rappelle à cette fin que « *les deux tiers des patients en réanimation sont âgés de plus de 60 ans. Lorsqu'on monte encore en âge, c'est là que nous avons les plus gros taux de mortalité et d'hospitalisation en réanimation* ». Ainsi, ces discours justifient que l'action de lutte contre la COVID-19 cible dans un premier temps les personnes âgées. « *La priorité de la Nation est de protéger ses aînés* » pour reprendre les mots du Président de la République le 6 mars 2020.

Au-delà de la protection des personnes âgées, la restriction des visites se justifie aussi par la dimension de vie en collectivité qui caractérise les établissements d'hébergement pour personnes âgées. La vie en collectivité est en effet un facteur de risque de propagation rapide du virus, ce qui est d'autant plus problématique que la population de résidents est considérée comme vulnérable. Avant même l'interdiction de visite, certains syndicats réclament ainsi des directives gouvernementales précises pour le secteur médico-social et notamment le grand âge, à l'instar de Florence ARNAIZ-MAUME, déléguée générale du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa), qui déclare : « *Notre enjeu : que le coronavirus n'entre pas en Ehpad !* ». Elle justifie cette nécessité d'action ciblée sur ce secteur par le

⁶³ HCSP, Avis provisoire – recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du Covid-19 chez les patients à risque de formes sévères, disponible en ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>

fait que les personnes âgées représentent une majorité des personnes décédées, mais aussi par le besoin d'éviter un afflux massif de personnes âgées aux urgences afin de ne pas emboliser le système de santé.

3/ Réactions suscitées : une décision relativement consensuelle, accompagnée d'une vigilance sur les risques d'isolement

Dans son avis précité du 14 mars 2020, le HCSP énonce que « *la personne âgée en EHPAD est particulièrement à risque de forme grave de COVID-19 du fait de son âge, des comorbidités souvent multiples à l'origine de sa dépendance* » et de la vie en collectivité. Parmi les mesures de prévention proposées, on retrouve des mesures de distanciation sociale qui doivent être rigoureusement mises en place pour la durée de l'épidémie : « *restriction ou arrêt des visites extérieures, arrêt des activités collectives, renforcement des mesures d'hygiène* ». La suspension des visites est donc préconisée par le HCSP, trois jours après l'annonce officielle de cette mesure.

Néanmoins, le soutien exprimé envers la restriction des visites n'empêche pas l'apparition de points de vigilance. Ainsi, dans une contribution du 13 mars 2020 à la lutte contre la COVID-19, « Enjeux éthiques face à une pandémie »⁶⁴, le CCNE reconnaît que « *les messages de prévention et de précaution concernant les visites dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes visent à protéger des personnes particulièrement vulnérables* » mais indique toutefois que ceux-ci « *ne dispensent pas de trouver des solutions innovantes permettant d'éviter la rupture du lien intergénérationnel sur de trop longues périodes* ». Ce faisant, le CCNE entérine la justification sanitaire des restrictions de visites mais pointe la nécessité éthique de l'accompagner de mesures de lutte contre l'isolement des personnes âgées et de maintien d'un lien social, et plus spécifiquement d'un lien entre différentes générations et pas uniquement entre personnes âgées.

Il est à noter que, dans la presse spécialisée, la mesure du 11 mars 2020 de suspension des visites en établissements d'hébergement pour personnes âgées n'a pas fait polémique et a plutôt suscité un consensus, certainement du fait de l'incertitude quant à l'évolution de l'épidémie et de la reconnaissance de l'âge comme un facteur de risque. Cette décision a toutefois initié les réflexions quant aux mesures de lutte contre l'isolement des personnes âgées et pour le maintien du lien social des résidents.

⁶⁴ CCNE, COVID 19 : enjeux éthiques face à une pandémie, document disponible en ligne : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf

Etape 2 : le confinement pour l'ensemble de la population (16 mars 2020)

1/ Contenu de la mesure : confinement à domicile, réduction des déplacements au strict nécessaire et interdiction de regroupements extérieurs du 17 mars au 11 mai

Face à la croissance du nombre de patients infectés par la COVID-19 et afin de ralentir la propagation du virus et d'éviter une saturation des services de soin, au premier rang desquels les services de réanimation, une mesure de confinement est établie pour l'ensemble de la population française, à compter du 17 mars 2020 à 12h. Le terme de confinement n'est pas employé par le Président de la République dans son allocution qui évoque plutôt le maintien des trajets nécessaires uniquement « *pour aller faire ses courses, pour se soigner, pour aller travailler quand le travail à distance n'est pas possible, et [...] pour faire un peu d'activité physique mais sans retrouver des amis ou des proches* ». Ces mesures de confinement concernent l'ensemble de la population française, sans distinction d'âge. Le confinement est prolongé deux fois : dans un premier temps jusqu'au 15 avril, puis dans un second temps jusqu'au 11 mai.

2/ Justification de la mesure : limiter la propagation du virus et éviter une saturation du système de santé

La décision de confinement annoncée par le chef de l'Etat s'appuie de manière revendiquée sur les préconisations du conseil scientifique. Ce dernier a rendu trois avis, le 12 mars, le 14 mars et le 16 mars. D'après le Professeur DELFRAISSY, président du conseil scientifique, trois éléments ont conduit à cette préconisation : le caractère fortement évolutif de la crise sanitaire, l'accélération du temps de doublement du nombre de cas et les formes graves de la maladie. Ces-dernières représentent 8 à 10% des cas et touchent « *préférentiellement les personnes âgées avec une multipathologie ou avec un handicap* », avec un taux de mortalité associé plus élevé que le taux global. Dans cette perspective, le conseil scientifique recommande des mesures de confinement pour éviter l'arrivée massive de formes graves et la saturation du système de santé et notamment des services de réanimation. En effet, au 16 mars 2020 à 15h, d'après les chiffres de Santé Publique France, on dénombrait déjà 6 633 cas d'infections et 148 décès.

3/ Réactions suscitées : une vigilance particulière sur les effets du confinement sur les personnes âgées

Les mesures de confinement de la population dans son ensemble ont suscité de nombreuses réactions. Néanmoins, si ces mesures ont été générales, sans critère d'âge, il est intéressant de constater qu'elles ont suscité des réactions ciblées sur le grand âge et sur leur effet sur les personnes âgées plus spécifiquement.

Ainsi, dès le 23 mars 2020, le Ministre en charge de la santé confie à Jérôme GUEDJ une mission de lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement. La lettre de mission demande « *d'identifier les leviers qui sont aujourd'hui à la main des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de la société civile pour combattre l'isolement des personnes fragiles – c'est-à-dire, nos aînés et les personnes en situation de handicap - pour le temps de crise mais aussi pour la période qui suivra* ».

Les mesures de confinement ne discriminent pas en fonction de l'âge, mais dès leur mise en place l'âge est perçu comme un facteur de risque d'effets délétères du confinement. Les personnes âgées sont considérées comme particulièrement vulnérables aux effets négatifs du confinement et aux effets indirects de la crise de la COVID-19. Elles sont en tous cas au centre d'un point de vigilance spécifique, incarné par cette mission.

Etape 3 : préconisation de l'isolement des résidents en chambre en EHPAD (28 mars 2020)

I/ Contenu de la mesure : préconisation d'une évolution vers l'isolement individuel des résidents en EHPAD via le confinement en chambre

Le 28 mars 2020, le Ministre en charge de la santé demande « *aux établissements de type EHPAD de se préparer à aller vers un isolement individuel de chaque résident dans les chambres* », en s'appuyant sur des pratiques déjà en cours dans certains établissements. Les consignes écrites du ministère recommandent très fortement ce confinement en chambre, y compris en l'absence de cas suspect de COVID-19.

Plus précisément, il est demandé aux directeurs d'établissement de se concerter avec le personnel soignant quant à l'état de santé des résidents et aux risques pour décider « *d'une limitation des déplacements des résidents au sein de l'établissement allant de l'interdiction des activités collectives et des prises de repas collectives à une limitation de l'accès aux espaces communs y compris les ascenseurs, jusqu'à un confinement individuel en chambre* ». C'est bien l'évolution progressive vers le confinement en chambre qui est préconisée, mais la décision est toutefois laissée à la discrétion des établissements.

Les directives du Ministère vont au-delà de cette seule préconisation et recommande des mesures de lutte contre les effets délétères de l'isolement. Ainsi, en cas de confinement individuel en chambre, il est demandé que des mesures adaptées soient mises en place pour « *éviter au maximum les effets indésirables de l'isolement, y compris pour les résidents atteints de troubles du comportement* ». « *Une surveillance régulière de l'état des résidents doit ainsi être organisée, au moyen d'un passage régulier des professionnels de l'établissement dans chaque chambre individuelle.* »

2/ Justification de la mesure : protection renforcée des personnes âgées vulnérables, dans un contexte d'incertitude

Ces mesures de renforcement du confinement des personnes âgées en établissement s'appuient sur les mêmes justifications de vulnérabilité accrue de cette population, du fait de l'âge et de la vie en collectivité comme facteurs de risque de propagation du virus et de probabilité de développer une forme grave de la maladie. Ainsi le Ministre en charge de la santé précise lors de son annonce que « *nous devons aller plus loin pour protéger ces personnes âgées particulièrement fragiles et prendre des décisions encore plus difficiles* ».

Cette décision politique s'appuie dans le discours sur des arguments scientifiques : les « *dernières données épidémiologiques* » et les conclusions rendues le 30 mars 2020 par le conseil scientifique. Dans une note⁶⁵, ce dernier indique en effet qu'en « *l'absence de mesures spécifiques, les contaminations externes entraînent des conséquences majeures en termes de pourcentage de pensionnaires contaminés* » et que « *le confinement est à ce stade la stratégie de protection la plus efficace* ». Il précise que « *selon les situations locales et au regard de la situation par rapport aux contaminations et aux degrés divers selon les établissements et les situations régionales, des stratégies de confinement collectif ou individuel peuvent être considérées, en tout état de cause de manière proportionnée et limitée dans le temps* ». Ce faisant, il pointe l'intérêt sanitaire du confinement renforcé des personnes âgées en établissement, mais aussi la nécessité de limiter et d'adapter ces mesures.

Il convient ici de rappeler que ce renforcement de l'isolement des personnes âgées se fait dans un contexte où l'incertitude est forte. En effet, l'âge est connu comme un facteur de risque prédominant, avec près de 80% des patients décédés âgés de 75 ans et plus au 19 mars 2020 dans une étude du profil des 6 000 premiers cas recensés de la COVID-19 en France⁶⁶. Néanmoins, fin mars, la situation précise des EHPAD n'est pas connue et l'absence de données fiables crée de l'incertitude quant à la gravité potentielle de la situation. Des données commencent à être récoltées uniquement le 28 mars 2020 avec l'activation par Santé Publique France d'une plateforme consacrée au recueil des données en établissements médico-sociaux, accessible via le portail national des signalements et enrichie par les établissements eux-mêmes. Ce système de surveillance permet d'établir un chiffre incomplet de 884 morts en EHPAD au 02 avril. En situation d'incertitude, le renforcement des mesures de confinement peut donc s'expliquer par le principe de précaution.

⁶⁵ Conseil scientifique, 30 mars 2020, note : Les EHPAD, une réponse urgente, efficace et humaine, document disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_30_mars_2020- note_ehpad_cs_30_mars_2020.pdf

⁶⁶ APM News, Le profil des 6000 premiers cas recensés de Covid-19 en France, 19 mars 2020
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020

3/ Réactions suscitées : apparition des premiers désaccords marqués quant au rapport bénéfices / risques des mesures de confinement à destination des personnes âgées

Contrairement aux premières mesures, la préconisation du confinement en chambre suscite des débats plus marqués sur le rapport bénéfices / risques.

Ainsi, le Rapport d'étape n°1 de la mission GUEDJ du 5 avril 2020, parmi ses propositions, intègre la numéro 20 : *“Respecter le nécessaire confinement en chambre tout en permettant des aménagements au cas par cas”*. Le rapport souligne que l'interdiction des visites et le confinement en chambre sont deux mesures *“extrêmement douloureuses mais rendues nécessaires pour limiter la propagation d'une épidémie particulièrement mortifère pour les résidents des EHPAD”*.

Le Conseil scientifique, dans sa note du 30 mars 2020, « Les EHPAD, une réponse urgente, efficace et humaine », s'accorde aussi sur l'efficacité des stratégies de confinement, en indiquant que *« selon les situations locales et au regard de la situation par rapport aux contaminations et aux degrés divers selon les établissements et les situations régionales, des stratégies de confinement collectif ou individuel peuvent être considérées, en tout état de cause de manière proportionnée et limitée dans le temps »*. Il pointe toutefois les limites du confinement en chambre en soulignant qu'il nécessite *“un personnel et un matériel adaptés, et représente une charge de travail supplémentaire dans des établissements dont le personnel est déjà exposé et en tension”*. Ainsi apparaissent les causes potentielles des risques du confinement en chambre.

Ces risques sont notamment mis en lumière par l'avis du CCNE sur la question du renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD du 30 mars 2020, qui est le plus largement repris dans les médias. Dans cet avis, le CCNE signifie que l'urgence sanitaire peut justifier de telles mesures de confinement, mais pas au mépris du *“respect de la dignité humaine, qui inclut aussi le droit au maintien d'un lien social pour les personnes dépendantes”*. Le CCNE appelle à une mesure *“nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles”, “explicitée aux résidents, aux familles et aux proches-aidants, et soumise à contrôle”*.

La mesure du confinement en chambre semble fissurer le consensus relatif au confinement et voit la question des risques associés au confinement et le sujet éthique prendre une place importante dans le débat.

Étape 4 : l'annonce d'une date prévisionnelle du déconfinement au 11 mai 2020 (13 avril 2020)

1/ Contenu de la mesure : une perspective de levée de confinement de l'ensemble de la population, à l'exception des "personnes les plus vulnérables"

Une nouvelle étape dans le traitement différencié des personnes âgées intervient le 13 avril 2020. Ce jour-ci, dans une allocution télévision, le Président de la République annonce la prolongation du confinement de la population. Pour autant, dans cette même déclaration, le Président fixe une date prévisionnelle de fin de cette mesure en mentionnant à plusieurs reprises la date du 11 mai 2020 comme constituant un objectif en matière de reprise partielle de l'activité économique et de réouverture des écoles.

Il n'en demeure pas moins, qu'une nouvelle fois, à cette date du 13 avril 2020, le discours présidentiel envisage la situation des personnes âgées de manière différente de celle de la population générale. Les personnes âgées, comme celles en situation de handicap sévère ou atteintes de maladie chronique, sont considérées comme les "*personnes les plus vulnérables*" à qui il est, en conséquence, demandé de "*rester, même après le 11 mai, confinées, tout au moins dans un premier temps*".

Le même jour, la présidente de la commission européenne va encore plus loin dans l'appréciation de la situation des personnes âgées face au risque de contamination en déclarant, au cours d'un entretien avec la presse, que selon elle : "*les contacts des personnes âgées avec leur environnement devraient rester limités au moins jusqu'à la fin de l'année*"⁶⁷.

Élément de comparaison internationale :

*En Colombie, les personnes âgées de plus de 70 ans et celles qui présentent des comorbidités les fragilisant face à la COVID-19 devront rester confinées après la fin du confinement prévue le 31 mai. A noter également que, durant le confinement, les autorisations de sortie pour des activités de plein air varie selon l'âge pour le reste de la population (de 30min par jour pendant 3 jours à 2h quotidiennes).*⁶⁸

2/ Justification de la mesure : âge et vulnérabilité

A la lecture de la déclaration présidentielle, la justification d'un prolongement de la décision de confinement concernant les personnes âgées repose une nouvelle fois sur leur particulière vulnérabilité face à l'épidémie.

⁶⁷ Entretien accordé au journal Bild am Sonntag, 14 avril 2020

⁶⁸ Le Monde, live Coronavirus, 28 mai 2020

Pourtant, le 5 avril 2020, l'Académie nationale de médecine, dans un communiqué intitulé “COVID-19 : sortie du confinement”⁶⁹, recommandait une sortie du confinement région par région “*et non par classe d’âge*”.

La déclaration du Président de la République reçoit en outre un appui scientifique dans les jours suivants puisque le 15 avril 2020, le Professeur Jean-François DELFRAISSY, président du conseil scientifique COVID-19, déclare devant la commission des lois du Sénat que, pour « *les personnes au-dessus de 65 ou 70 ans* » (qui font partie des “*18 millions de personnes les plus à risque de développer une forme grave*” [de COVID]), “*il faudra poursuivre le confinement (...) en attendant qu’on trouve peut-être un médicament préventif*”.

Le président du comité scientifique retient pour sa part un seuil d’âge sans autre critère d’antécédent ou de prédisposition, qui revient à associer les 65 ans et plus aux personnes âgées, à des personnes vulnérables par définition.

En regard, l’Académie nationale de médecine publie un nouveau communiqué le 18 avril 2020⁷⁰ intitulé précisément “Agisme et tensions intergénérationnelles en période de COVID-19”. Elle y expose en premier lieu les statistiques portant sur l’âge moyen des personnes infectées et y relève notamment que “*un tiers des malades ont plus de 65 ans, 25% entre 65 et 74 ans et 8% plus de 75 ans. Mais c’est dans cette dernière tranche d’âge que s’observent 74% des décès, reflets des comorbidités et de l’état de dépendance*”. L’Académie nationale de médecine ajoute toutefois que “*les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène*” et en conclut que “*si un rationnement des moyens thérapeutiques s’impose, le choix doit se baser sur des critères physiologiques, cliniques et fonctionnels*”. L’Académie recommande également “*d’accorder une attention particulière aux adultes âgés les plus vulnérables et fonctionnellement atteints résidant en institutions*”.

Cet avis de l’Académie nationale de médecine est particulièrement intéressant en ce qu’il rappelle deux éléments essentiels : le seul critère de l’âge est insuffisant pour justifier des mesures spécifiques et d’autre part, les personnes en institution bénéficient de droits qu’il convient de respecter, y compris dans les circonstances exceptionnelles que constituent la crise sanitaire.

3/ Réactions suscitées : entre critique d’une mesure jugée âgiste et demande de réouverture des établissements

Dans la suite de l’allocution du Président de la République, le sociologue Serge GUERIN, spécialiste du grand âge, a dénoncé « *un apartheid générationnel* ». « *Ces pauvres personnes âgées, il faut les protéger*

⁶⁹ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/20.4.5-Covid-19-Sortie-du-confinement.pdf>

⁷⁰ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/Âgisme-et-tensions-intergénérationnelles-en-période-de-Covid-19.pdf>

contre elles-mêmes ! », a quant à lui ironisé Pascal CHAMPVERT, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA), qui a dénoncé des « *relents âgistes* ».

Les 14 et 15 avril 2020, les fédérations demandent la réouverture progressive des établissements aux familles et le 16 avril 2020, à l'occasion d'une rencontre avec les fédérations médico-sociales, le Premier Ministre, accompagné du Ministre de la santé, prend acte que la prolongation du confinement pour les personnes âgées va devoir s'accompagner de modalités aménagées, ouvrant la voie à un assouplissement des mesures de confinement.

Etape 5 : assouplissement des mesures de confinement (18/04/2020 et 20/04/2020)

1/ Contenu de la mesure : une reprise des visites des familles dans les EHPAD

Le 18 avril 2020, Jérôme GUEDJ, missionné sur le sujet de la lutte contre l'isolement des personnes vulnérables, remet ses recommandations au Ministre de la Santé. Celles-ci ont été établies avec la participation du Conseil national professionnel de gériatrie, des fédérations professionnelles et de professionnels de terrain. Les auteurs recommandent, au-delà des cas prévus jusqu'ici (fin de vie, situations de danger pour le résident), que le retour pérenne des familles (et de bénévoles) puisse être organisé et en détaille les modalités.

Dans la suite de ce rapport, Président de la République et Ministre de la Santé annoncent un assouplissement des mesures de confinement en EHPAD. C'est donc à un revirement des décisions énoncées à peine quelques jours plus tôt que le pouvoir exécutif procède. Ainsi, le 18 avril 2020, soit moins d'une semaine après avoir mentionné une prolongation du confinement pour les personnes âgées notamment, la Présidence de la république publie un communiqué qui énonce que « *le Président de la république ne souhaitait pas de discrimination* » des personnes âgées dans le cadre du déconfinement et « *en appellera à la responsabilité individuelle* ».

Dans la suite de ce communiqué, la décision intervient officiellement le 20 avril 2020 sous la forme d'une annonce du Ministre de la Santé selon laquelle "*les consignes nationales relatives au confinement dans les établissements médico-sociaux sont assouplies pour permettre, dans des conditions très encadrées, des visites des proches*".

Pour accompagner la mise en œuvre de cette décision, le ministère de la santé publie un protocole national précisant les conditions de sécurité dans lesquelles le confinement des résidents peut être assoupli. La décision du Ministre nécessite une déclinaison locale du protocole qui relèvera de la responsabilité du directeur de structure.

2/ Justification : un rapport bénéfices/risques du confinement pas établi

Même si les auteurs du rapport Guedj énoncent que le *“confinement en chambre ne signifie pas pour les résidents l’interdiction absolue de sortie ou la fin de toute interaction sociale”*, il n’en demeure pas moins que, dans un certain nombre de structures, les mesures annoncées par les membres de l’exécutif se sont traduites par une quasi-interdiction de sortie, des repas pris isolément, l’absence d’activités de groupe et la limitation des interactions sociales (modulo les rapports résidents/personnel et l’usage des NTIC).

Or, de plus en plus de membres de la communauté médicale interrogent les bienfaits de cette mesure générale.

En effet, ce qui a été dans un premier temps perçu comme une mesure de protection d’une population considérée comme particulièrement vulnérable dans cette situation sanitaire est de plus en plus contesté. Dans une déclaration du 26 avril 2020, le Professeur Olivier GUERIN de la Société Française de gériatrie et de gérontologie, relève ainsi que *“l’isolement pour minimiser le danger lié au coronavirus entraîne lui-même des risques particuliers pour les personnes âgées. On a pas (sic) la capacité scientifique de déterminer la balance bénéfices/risques du confinement”*.

3/ Réactions suscitées : entre espoir et déception

Dès lors, l’annonce de la reprise des visites dans le cadre d’un protocole et *“sous la responsabilité”* des directeurs d’établissement est accueillie favorablement par les familles. Une partie d’entre elles prennent rapidement contact avec les structures qui accueillent leur proche pour connaître les modalités de leur visite.

Cet espoir de revoir rapidement leur proche âgé est cependant contrarié sur différents aspects : alors que le Ministre de la Santé a annoncé une reprise des visites *“dès lundi”*, il apparaît rapidement que les mesures de protection à mettre en place pour assurer les gestes barrières ne vont pas pouvoir être déployées dans un délai si court. En outre, le protocole de déroulement des visites implique des horaires et créneaux restreints, ce qui conduit à ne pas pouvoir satisfaire l’ensemble des résidents et des familles dans les tous premiers jours. Dans plusieurs structures, les visites ne sont ainsi autorisées qu’à raison d’un créneau de 30 ou 45 minutes tous les quinze jours.

Les médecins coordonnateurs se montrent, pour leur part, prudents en incitant les directeurs d’établissement à n’autoriser les visites que si les conditions matérielles permettant le respect de la distanciation physique et les gestes barrières sont réunies.

Étape 6 : l'explicitation des principes du déconfinement : pas de mesure spécifique concernant les plus âgés (7 mai 2020)

1/ Contenu de la mesure : pas de poursuite du confinement pour les plus vulnérables

La déclaration du Premier Ministre en date du 7 mai 2020 au cours de laquelle celui-ci annonce les modalités de déconfinement ne comporte pas d'information spécifique concernant les personnes âgées.

Au cours des débats parlementaires organisés dans les semaines précédentes sur la stratégie nationale du plan de déconfinement, Edouard PHILIPPE avait pourtant mentionné spécifiquement cette population. Ainsi, lors de sa déclaration avant débat et vote à l'Assemblée Nationale, il indique à propos de *“nos aînés”*, *“nous leur demanderons de continuer à se protéger. Ils devront respecter des règles similaires à la période de confinement, en se protégeant, en limitant leurs contacts, donc leurs sorties”*.

Cependant, cette absence de mesure spécifique concernant les plus âgés était prévisible dès lors que dès le 6 mai 2020, la DGCS abordait lors d'un point presse la publication (intervenue le 10 mai 2020) d'un protocole de déconfinement des EHPAD. Ce protocole expose une démarche de déconfinement progressif et renvoie aux ARS la fixation de directives à destination des établissements. Le déconfinement en EHPAD ne sera donc pas aussi visible qu'en population générale.

Les EHPAD pourront ainsi envisager un assouplissement progressif des mesures de protection en établissement : la reprise sur site des visites médicales et paramédicales, les activités collectives en petit groupe, la prise des repas en petit groupe, une action de soutien psychologique pour les résidents et les aidants. A ce stade, les sorties temporaires et collectives restent suspendues sauf exceptions décidées par le directeur d'établissement, en lien avec l'équipe soignante et le médecin coordonnateur. Le CVS doit être destinataire du plan de reprise d'activité formalisé par la direction d'établissement.

2/ Justification de la mesure : l'exécutif “tourne le dos à la science”

Il est intéressant de relever l'évolution de l'exécutif quant à la place de la science dans la justification de ses décisions. Annulation du second tour des élections municipales, mesures de distanciation sociale puis de confinement sont justifiées par les alertes des scientifiques ou les recommandations des agences sanitaires. Formellement, cet appui de la science pour justifier les décisions prises se traduit même par une conférence de presse au cours de laquelle Edouard PHILIPPE et Olivier VERAN laissent s'exprimer le président du conseil scientifique.

Comme évoqué précédemment, le président du comité scientifique recommande que les personnes de plus de 65 ou 70 ans restent confinées après le 11 mai.

De la même manière, une étude de modélisation par des chercheurs français et américains mise en ligne le 5 mai 2020 sur la plateforme de prépublication Medrxiv indique qu'une deuxième vague ne serait évitée qu'avec des mesures post-confinement strictes et prolongées : *“le seul scénario post-confinement permettant une nouvelle saturation des lits de réanimation consiste (...) (au) maintien du confinement des personnes vulnérables jusqu'à la fin estimée de l'épidémie (fin février 2021) soit pendant 38 semaines”*.

Une autre étude, publiée sur la même plateforme le 11 mai 2020, souligne quant à elle le *“poids écrasant”* de l'âge parmi les facteurs de risque de décéder de la COVID-19 avec un risque multiplié par 12,6 chez les plus de 80 ans par rapport aux 50-60 ans.

Cependant, en matière de déconfinement, le gouvernement ne reprend finalement pas à son compte les préconisations de scientifiques. Sans doute la pression des familles devenait-elle trop forte et, en outre, la communauté scientifique pouvait apparaître divisée quant au rapport bénéfices/risques d'une prolongation des mesures de confinement (cf. développements précédents).

3/ Réactions suscitées : focus sur l'intensité et les conséquences des mesures préventives du confinement plus que sur la très grande progressivité des mesures d'assouplissement.

La levée du confinement de la population générale semble avoir occulté les décisions adoptées antérieurement pour les personnes âgées et les résidents en EHPAD. Alors que ceux-ci restent encore très largement repliés sur eux-mêmes, la presse spécialisée ne semble pas faire écho à la lenteur du processus de déconfinement.

Il semblerait que les réactions et l'analyse portent bien plus sur l'intensité et les conséquences des mesures préventives de confinement (avant la population générale) que sur la très grande progressivité des mesures d'assouplissement. Pourtant, pour un certain nombre de résidents, le quotidien reste largement inchangé (visite d'un proche une fois tous les 15 jours, pas ou peu d'activité collective, pas de sortie individuelle et encore moins collective) en dehors des repas qui ne sont plus pris en chambre lorsque cette mesure avait été adoptée.

Sur saisine du comité scientifique, le CCNE se prononce cependant dans un avis spécifique dédié aux enjeux du “dé-confinement”. Dans cet avis⁷¹, le CCNE souligne que *“La période du confinement a révélé combien la relation à l'autre et le maintien du lien social relevaient d'un besoin vital, a fortiori pour les personnes vulnérables isolées à domicile ou en établissement médico-social comme les EHPAD”* et s'interroge sur la justification des mesures restrictives mises en place à compter du 19 avril 2020 concernant

⁷¹ CCNE, Avis sur saisine du comité scientifique, Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance, document disponible en ligne : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_-_reponse_a_la_saisine_cs_enjeux_ethiques_lors_du_de-confinement_-_20_mai_2020.pdf

les visites des proches. Le CCNE énonce dans un paragraphe intitulé “liberté et droit de visite dans les ESMS” que “*la bienveillance et la crainte de la maladie ne sauraient exclure la prise en compte des bénéfiques/risques des mesures d’isolement sur la santé et l’équilibre de personnes qui sont dans la dernière partie de leur vie et qui souhaitent préserver une vie personnelle.*” Et de conclure que “*l’expérience du confinement en EHPAD (...) a démontré combien le maintien du lien social est un besoin vital, pilier fondamental de l’accompagnement et du soin indépendamment de tout état d’urgence sanitaire ; la leçon que l’on peut sur ce point déjà tirer du confinement est que seule la mesure et l’adéquation doivent guider les décisions des directeurs et des professionnels de santé, et que l’espace de liberté et la visite – encadrée - des proches doivent être à tout prix préservés.*”

Etape 7 : la phase 2 du déconfinement : aucun changement pour les EHPAD ? (28 mai et 1er juin 2020)

1/ Contenu de la mesure : un assouplissement des mesures de confinement

La phase 2 du déconfinement dont les modalités ont été présentées par Edouard PHILIPPE lors de sa conférence de presse du 28 mai 2020 “*sur la deuxième étape du déconfinement*” ne comprend pas d’évolution des modalités concernant les EHPAD. Le Premier Ministre évoque dans sa conférence de presse “*les personnes vulnérables*”, sans mentionner la situation particulière des personnes âgées hébergées en établissements.

Pourtant, alors que la porte-parole du gouvernement évoquait un assouplissement des mesures de confinement mais “*pas à court terme*”, le ministère de santé dans un communiqué diffusé le 1er juin, indiquait qu’il donnait son “go” à un assouplissement des visites en Ehpads, à compter du 5 juin, ajoutant que la reprise des interventions médicales et paramédicales et des animations collectives était également possible. Tout en appelant à “*la plus grande vigilance*”, il assurait notamment que le temps était venu de concilier impératif de sécurité sanitaire et “*respect du libre choix des personnes désirant voir leurs proches*”.

2/ Justification de la mesure : une très grande prudence vis-à-vis des personnes vulnérables

Au cours de sa déclaration précédant la conférence de presse, le Premier Ministre affirme qu’avec cette phase 2 du déconfinement : “*La liberté, enfin, va redevenir la règle et l’interdiction, l’exception*”. Qu’en déduire alors qu’il n’est pas question d’évolution dans les EHPAD ? Que la liberté ne les concerne pas ? Comment ceci est dès lors justifié ?

Une piste est fournie le lendemain des propos du Premier Ministre lorsque, dans une interview à BFM TV, Sibeth NDIAYE, porte-parole du gouvernement, affirme : “*On doit conserver des précautions et les*

directeurs d'établissements ont déjà très largement assoupli les conditions pour accéder aux Ehpad". C'est de nouveau la plus grande vulnérabilité des personnes âgées au virus et à ses conséquences en matière de santé qui est mise en avant pour justifier le statut quo dans les EHPAD.

Ceci est confirmé par le Ministre de la santé alors même qu'il annonce pour sa part le 1er juin un assouplissement des modalités de visite dans les établissements. Son communiqué débute en effet par le rappel que *"Les personnes âgées, tout particulièrement lorsque leur état de santé est fragilisé, sont les plus à risques de développer une forme grave de COVID-19".* Mais, le communiqué poursuit par le fait que l'impératif de vigilance à l'égard de ces personnes *"doit être concilié avec le respect du libre-choix des personnes désirant voir leurs proches".* Le communiqué se poursuit par l'annonce des mesures d'assouplissement concernant les visites des proches des résidents et conclut en indiquant que *"Les nouvelles recommandations nationales s'appliqueront à compter du 5 juin 2020, notamment en préparation des fêtes familiales à venir comme la fête des mères ou la fête des pères."*

Pas encore mises en œuvre, les mesures annoncées sont déjà assouplies par un ajustement du protocole en date du 4 juin et adressé aux fédérations, associations du secteur et conseils départementaux. Les modifications portent sur quatre aspects : il est recommandé d'ouvrir les visites à tous les résidents et pas seulement à ceux qui en font la demande, le nombre de visiteurs au rez-de-chaussée et à l'extérieur de l'établissement peut être supérieur à deux, les visites en chambre ne concernent plus seulement les résidents dont l'état de santé le nécessite (sous réserve toutefois que la direction, en lien avec l'équipe soignante, le permette) et il est mis fin à la présence continue d'un professionnel aux côtés des proches.

3/ Réactions suscitées : alerte sur la situation des EHPAD et le droit à la liberté et à la dignité des résidents

Réagissant, le 29 mai, via un communiqué, aux annonces du premier ministre, la Fondation de l'Armée du salut, a jugé que les EHPAD étaient *"les grands oubliés"* de cette phase deux du déconfinement. *"Les personnes âgées ne vont pas mourir du Covid-19 mais de solitude et de l'oubli de notre société pour leurs aînés"*, tempête la fondation, gestionnaire d'une dizaine d'EHPAD sur le territoire.

En Assemblée Plénière du 26 mai 2020, la CNCDH adopte un avis "Prorogation de l'état d'urgence sanitaire et libertés" contenant un point spécifique relatif aux atteintes aux libertés publiques et aux droits sociaux. La CNCDH relève ainsi que *"sans nier les graves conséquences sanitaires de la pandémie de la COVID-19, les restrictions apportées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire et de sa prorogation sont d'une ampleur jamais égalée, tant par leur généralisation à l'ensemble des droits et libertés que par leur étendue. Celles apportées à la liberté individuelle par les mesures initiales de confinement perdurent désormais pour les personnes contaminées ou suspectées de l'être. S'y ajoutent des atteintes à la dignité des personnes qui, dans les Ehpad, les hôpitaux ou dans les établissements psychiatriques, demeurent privées de*

*l'accompagnement d'une partie de leurs proches*⁷². La rupture des liens expose les personnes particulièrement vulnérables, souvent en perte de repères et ne comprenant pas la situation de crise sanitaire, à un risque de majoration de leurs troubles, voire pour les personnes âgées, à « un syndrome de glissement ». En conclusion, la CNCDH recommande de mettre un terme aux mesures d'isolement social qui entraînent de très graves conséquences pour les personnes âgées en institution et de favoriser le retour à la normale.

Il convient de relever que la décision du ministre de santé, qui s'est traduit par l'adoption d'un nouveau protocole présentant la conduite à tenir sur les modalités d'application du confinement pour les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, fait explicitement référence au respect du libre choix des résidents c'est à dire à l'un des droits fondamentaux desquels la CNCDH veille au respect.

Cependant, les conditions de visite apparaissent encore trop restrictives ou du moins en décalage par rapport aux annonces du Ministre. C'est notamment ce que souligne la Fédération nationale des associations et des amis de personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef) dans une lettre ouverte au président de la République du 5 juin 2020 dans laquelle elle utilise le mot "prisonniers" à propos des résidents des EHPAD. La fédération insiste sur le décalage profond entre l'annonce du ministre de la santé et "les conditions réelles de ces visites" et demande au président de la République de "rappeler à tous les responsables que la liberté attachée à tous les citoyens de ce pays doit leur permettre de jouir de la présence de leurs proches, en vis-à-vis, sans restriction ou prétexte organisationnel."

Même métaphore de l'enfermement utilisée par l'association France Alzheimer qui déplore dans sa note d'actualité du 2 juin que "L'EHPAD est devenu une prison". L'association juge encourageante l'annonce du ministre de la santé d'un nouvel assouplissement des visites en EHPAD après le "silence assourdissant" sur ce sujet dans la déclaration du 28 mai. Cependant, France Alzheimer regrette que le gouvernement ne donne pas de consignes claires aux directeurs d'établissement, craignant dès lors "que, dans ces conditions, les dirigeants des établissements n'osent organiser des visites, de peur des conséquences qu'ils seraient seuls à supporter, quand bien même les familles exprimeraient leur volonté de retrouver leur proche. C'est d'ailleurs déjà le cas aujourd'hui, alors que les visites sont possibles depuis le 20 avril."

Madame LEGALL, Présidente de Fédération "Bien vieillir ensemble en Bretagne" relève d'ailleurs que "Le protocole sur l'assouplissement soulignait la responsabilité des directeurs. Donc au lieu de le protéger, on a vu des directeurs qui ne veulent toujours pas laisser entrer des visiteurs."

⁷² Souligné par nos soins

Etape 8 : la phase 3 du déconfinement : “une étape supplémentaire dans le déconfinement” des EHPAD **(14 juin 2020)**

1/ Contenu de la mesure : un déconfinement encore progressif

Lors de son allocution du 14 juin 2020 visant à *“tourner la page du premier acte”* de la crise sanitaire, le Président de la République a indiqué que *“les visites (seraient) à nouveau autorisées en EHPAD”*, soulignant que *“nous allons donc pouvoir retrouver le plaisir d’être ensemble”*.

Toutefois, les précisions venant du ministère de la santé le 16 juin 2020 tendent à considérer qu’il ne s’agit pas là d’une décision de déconfinement mais, comme l’indique le protocole édicté par la DGCS et intitulé *“retour à la normale dans les EHPAD et USLD”* uniquement d’une *“phase supplémentaire de déconfinement sécurisé”*.

Car, en réalité, la reprise des visites et des sorties individuelles et collective ne concerne que les EHPAD ne déclarant plus de cas possibles ou confirmés de la COVID-19. Les autres structures engageront leur retour à la normale *“dès que cette condition sera remplie”*. Et, si le protocole révisé publié par la DGCS indique que le *“principe général est désormais celui d’un retour à la normale”*, il souligne également que *“eu égard à la fragilité du public accueilli, plusieurs mesures de protection doivent continuer à s’appliquer”*.

En outre, sur le fond, il appartient aux directions d’établissement de *“préciser les étapes d’une reprise rapide des visites, comme avant la crise”*, tout comme celle des sorties collectives et individuelles et le plan de retour à la normale exigé des directions vise à *“atteindre progressivement l’arrêt de la procédure du confinement préventif en chambre”*. De surcroît, le protocole de la DGCS précise bien que les directions *“disposent en cas de nouvel épisode épidémique local ou national de la possibilité de remettre en place des mesures de protection renforcées”*.

2/ Justification de la mesure : la vulnérabilité du public accueilli

Le protocole édicté par la DGCS pour décliner l’annonce présidentielle souligne qu’il s’appuie sur *“une concertation avec les acteurs de terrain et les représentants des géiatres”*.

Si la décision de n’inclure dans cette phase que les structures ne déclarant plus de cas possibles ou confirmés de la COVID-19 ne fait l’objet d’aucune justification, le maintien de mesures de protection renforcées (respect strict des gestes barrières, fonctionnement d’une cellule COVID-19, conservation d’une chambre individuelle “sas”, dépistage) est lui justifié par la fragilité du public accueilli.

3/ Réactions suscitées : dénonciation de l'écart entre l'annonce et les possibilités réelles sur le terrain.

La fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa) a critiqué les *"communications contradictoires du gouvernement"*, dénonçant l'écart entre la phrase d'Emmanuel Macron et le fait que *"la réouverture totale des visites"* ne s'applique en fait pas à tous les EHPAD.

"Ballotés et méprisés, les professionnels se retrouvent, encore une fois, confrontés à des injonctions paradoxales, entre des pouvoirs publics incapables de porter un message clair d'un côté, et de l'autre des familles à l'impatience légitime de retrouver une relation normale avec leurs parents", fustige encore la Fnaqpa.

L'absence de consigne générale pour l'ensemble des établissements concernés est ainsi pointée comme une limite du dispositif de déconfinement progressif qui, comme l'étape précédente, suscite la crainte d'une application fortement différenciée d'un établissement à un autre, selon l'évaluation des risques qu'aura établie le directeur de l'établissement à l'appui de ses décisions.

Annexe VII : Focus sur le confinement total

Le choix du confinement total

Dans quelques EHPAD, les personnels ont fait le choix de se confiner complètement avec les résidents pour éviter le risque d'intrusion de la COVID-19 dans leurs établissements. Cette modalité de protection à l'égard de l'épidémie a bien souvent été prise pour protéger les personnes âgées dont l'exposition au coronavirus devenait de plus en plus évidente au fur et à mesure de l'avancée de la pandémie.

Toutefois, ces choix d'équipe, vu comme des stratégies d'adaptation au risque infectieux, ont été mis en œuvre de manières diverses dans les établissements. Dès lors, nous nous proposons de dresser un bref panorama de ces expériences vécues par les agents et les résidents en cherchant à souligner les motivations qui ont guidé ces choix. Nous poursuivrons en décrivant les modalités d'organisation et de mise en œuvre du confinement total dans ces EHPAD. Pour finir, nous questionnerons ces expériences et tenterons d'en extraire les enseignements principaux.

En premier lieu, si le confinement total semble avoir été le fait d'une "*poignée d'EHPAD*"⁷³ pour reprendre les termes d'HOSPIMEDIA dans un article publié le 27 mars 2020, il n'en demeure pas moins que ces expériences singulières ont eu un fort retentissement médiatique.

Ainsi, le journal de 20h00 sur TF1 présenté par Gilles BOULEAU le 26 mars 2020 arborait pour titre : "*Coronavirus édition spéciale : CHARENTE Les personnels d'un EHPAD se confinent pour sauver les résidents*". De même le quotidien *La Charente Libre* titrait ce même jour : "*Coronavirus : à l'EHPAD de Mansle, le personnel choisit le confinement total pour protéger ses pensionnaires*". Cette exposition initiale d'EHPAD a semble-t-il mis en avant ensuite plusieurs établissements ayant emprunté cette voie comme modalité de gestion de la crise de la COVID-19 et comme adaptation à la directive nationale de confinement des EHPAD décidée par les autorités sanitaires. Les médias se font dès lors l'écho d'expériences multiples comme à Corbas dans le Rhône, à Mesnil-Guillaume dans le Calvados, à Bouère en Mayenne ou bien encore à Châteauneuf sur Randon en Lozère. La liste n'est pas exhaustive mais elle rend compte à chaque fois d'une volonté prégnante de protéger "*les personnes âgées vulnérables*"⁷⁴.

Cette volonté de protéger les résidents des EHPAD est à l'œuvre dès le 06 mars 2020 avec le déclenchement du Plan Bleu par les autorités de tutelle. Avec la progression de l'épidémie, de nouvelles mesures sont prises à l'échelon national par le ministre de la santé qui "*a appelé le 28 mars 2020 les EHPAD et les résidences autonomie à se diriger vers un isolement des résidents dans leur chambre et/ou leur*

⁷³ Hospimedia du 27/03/20 : "*Gestion des risques : Une poignée d'Ehpad se sont engagés dans le confinement total, personnel compris*" <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200327-gestion-des-risques-une-poignee-d-ehpad-se>

⁷⁴ Reportage France Bleue Loire Lozère du 28 mars 2020

appartement”⁷⁵. Cette perspective questionne les équipes : *”Maintenir pendant plusieurs semaines des résidents en chambre où ils ne pourront plus aller que du lit au fauteuil, c’est prendre le risque d’en voir un certain nombre perdre l’usage de la marche”*⁷⁶. Mais, l’inquiétude se répand que ce soit à l’échelon national ou dans les EHPAD face à une situation qui progresse et qui voit se multiplier les foyers de contamination.

Il apparaît alors que si la fermeture des EHPAD est bien une mesure barrière posée pour protéger les résidents, les agents deviennent eux-mêmes, par leurs allers et venues, une source potentielle de contamination au sein des établissements : *“on avait tous très peur de les contaminer...on sait très bien ce qui peut arriver si on ramène le COVID dans l’EHPAD”*⁷⁷. Un débat s’engage dans ces établissements et comme le formule un directeur : *“cela faisait plusieurs jours que l’idée trottait dans la tête des salariés”*⁷⁸. Une réflexion s’engage sur le meilleur comportement à adopter et sur la meilleure façon de protéger les résidents. Ces débats soutenus de valeurs portent la marque d’une réflexion éthique qui vise à apprécier une situation, à interroger le sens des mesures à mettre en place et le bien-fondé d’actions dans ce qu’elles peuvent avoir de bénéfique pour autrui.

Ces discussions sont alimentées par une peur insidieuse et une préoccupation à se protéger aussi du risque : *“on se protège, nous, les résidents, et aussi nos enfants”*⁷⁹. C’est alors que l’idée du confinement total s’impose à ces équipes.

Le confinement total, une fois décidé, est mis en œuvre dans ces établissements sur la base du volontariat. Ainsi, à Mansle, il concerne 18 volontaires : aides-soignants, agents d’entretien, cuisiniers, responsable administratif et directeur qui se confinent dans l’EHPAD avec les résidents et organisent leur vie en conséquence sur une durée estimée de deux à trois semaines dans sa phase initiale. Les autres salariés ne rompent pas les liens et assurent la logistique et l’approvisionnement de l’établissement. Des pièces sont investies pour créer des dortoirs. Chacun amène sa couette, son oreiller et quelques habits. Une ergothérapeute témoigne : *“j’ai aussi pris quelques jeux de société”*. Et la vie s’organise mais sur un autre mode car *“ les plannings sont chamboulés. On change de rythme. Il n’y a plus cette frénésie des horaires...on se concentre sur les résidents ”*⁸⁰. A Corbas, ce sont 28 salariés volontaires qui sont confinés à partir du 18 mars avec 108 résidents. Là aussi, le rythme de vie change : *”On vit au rythme des résidents. Finalement, les prises en charge sont très fluides. On n’a même moins de problèmes avec nos résidents désorientés car il n’y a plus de turnover au niveau du personnel”*. Ces expériences professionnelles et de vie se trouvent valorisées et valorisantes. Elles sont décrites comme riches par les équipes et appréciées par les résidents objets de quelques interviews

⁷⁵ Rapport GUEJ du 05 avril 2020

⁷⁶ Op Cit. Hospimédia du 27/03/20

⁷⁷ Op Cit. France Info du 25/03/2020

⁷⁸ Interview à France Info du directeur de l’EHPAD Bergeron-Grenier de Mansle le 25 mars 2020; site https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/on-s-enferme-pour-les-sauver-les-salaries-d-un-ehpad-se-confinent-avec-les-residents-pour-eviter-la-propagation-du-coronavirus_3883883.html

⁷⁹ Interview d’une aide-soignante, article du XXX revue Marie-Claire

⁸⁰ Op Cit. France Info

menées en ces lieux. Ce sont des expériences fortes avec des dynamiques de groupe singulières et qui seront à analyser en particulier avec les familles, les résidents et les collaborateurs qui n'ont pas fait ce choix ; celui de se couper de leurs familles et de se consacrer pendant une période donnée à leur travail et aux personnes âgées dans une proximité servie par la crise.

Thème n°21 - Animé par : Arnaud CAMPEON (Sociologue, Enseignant-chercheur, Département SHS, EHESP) et Karine CHAUVIN (Sociologue, Chargée d'enseignement pour SHS, EHESP)

Crise sanitaire et grand âge : dans quelle mesure le confinement dans les EHPAD interroge-t-il la prise en charge de la vieillesse en établissement ?

Jean-Charles AGOSTA (AAH), Claire BRU (DH), Francis BULTEAU (DS), Gwendoline FAMEL (IES), Lorène JACOUD (DH), Faustine JOLY (D3S), Hélène LEHERICEY (DH), Louis-Marie DE SOYE (D3S), Christelle VIAN (DS)

Résumé :

Les résidents en EHPAD ont été les premiers français confinés, en raison de la particulière vulnérabilité des personnes âgées au virus de la COVID-19. Ce confinement a eu de nombreuses répercussions sur les résidents, sur les équipes des établissements et sur les proches des résidents.

Une chronologie détaillée de la gestion de la crise permet de constater que les différentes mesures politiques visant à réduire la propagation du virus ont été très spécifiques à l'égard des personnes âgées et parfois variables dans leur application d'un territoire à l'autre.

Tandis qu'à l'échelle nationale la prise en compte des besoins des résidents en EHPAD a pu sembler à certains moments être laissée de côté par les pouvoirs publics, ce sont en réalité les différentes réorganisations locales de fonctionnement qui ont su, de manière efficace et innovante, concilier les mesures pour garantir la sécurité des résidents et leurs besoins d'interaction sociale important pour garder leur élan de vie.

Toutefois, malgré cette réorganisation en profondeur et l'élan de solidarité suscité par cette crise exceptionnelle, le confinement a pu avoir un impact sur la santé mentale et physique des résidents et sur les conditions de travail des professionnels (perte de mobilité, angoisses de faire entrer le virus dans l'établissement, manque de moyens humains).

Aujourd'hui, à l'heure du déconfinement progressif, le temps est venu de tirer des enseignements du confinement pour mieux reconstruire la prise en charge des personnes âgées. Il convient de mettre fin à toute forme d'âgisme, de refaire des EHPAD des lieux d'interaction sociale et de trouver des solutions pour permettre un financement pérenne de la prise en charge du grand âge.

MOTS CLES : CONFINEMENT, PERSONNES ÂGÉES, EHPAD, LIEN SOCIAL, COVID-19, REORGANISATION, PRISE EN CHARGE, RECONSTRUCTION, VIEILLESSE, ISOLEMENT, EPIDEMIE, PANDEMIE, MAISON DE RETRAITE, AGISME, AUTORITES GOUVERNEMENTALES

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