



**HAL**  
open science

# Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs concernant la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les EHPAD, sur le territoire national

Adrienne Francopoulo

## ► To cite this version:

Adrienne Francopoulo. Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs concernant la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les EHPAD, sur le territoire national. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03127597

**HAL Id: dumas-03127597**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03127597v1>**

Submitted on 1 Feb 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 8

Thèse pour l'obtention du  
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Janvier 2021

Par Adrienne FRANCOPOULO

Née le 29 Mars 1989 à Paris

**Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs  
concernant la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19  
dans les EHPAD, sur le territoire national**

**Directeur de Thèse**

Monsieur le Docteur Pierre DUPORTÉ

**Rapporteur de Thèse**

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

**JURY**

M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Mme le Professeur Muriel RAINFRAY	Rapporteur
Mme le Professeur Claire ROUBAUD	Juge
Mme le Docteur Claudine SEMPER	Juge
M. le Docteur Pierre DUPORTÉ	Juge

## **REMERCIEMENTS**

*Aux membres du Jury,*

**A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,**

Professeur des Universités, Médecin généraliste libéral,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre implication et votre gentillesse pour tous les internes du DES de Médecine Générale. Veuillez recevoir mon profond respect.

**A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY,**

Professeur des universités et praticien hospitalier,

Pour votre disponibilité et votre aide dans la réalisation de ce travail, des questionnements des débuts jusqu'au rapport de thèse. Merci d'avoir accepté d'apporter votre expertise à ce travail. Veuillez recevoir mes plus respectueux remerciements.

**A Madame le Professeur Claire ROUBAUD,**

Professeur des universités et praticien hospitalier,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de ma profonde estime.

**Au Docteur Claudine SEMPER,**

Médecin coordonnateur d'EHPAD,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'apporter ton expérience en tant que médecin coordonnateur. Merci de ta bonne humeur et de ta disponibilité au quotidien pour les prises en charge des patients de l'EHPAD de Captieux.

**Au Docteur Pierre DUPORTÉ,**

Médecin généraliste libéral,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, et bien plus que ça ! Merci de partager ta vocation avec tant de passion, d'optimisme et de courage. Merci de ta confiance. Je sais que tes patients te manqueront et que tu leur manqueras beaucoup. Te succéder n'est pas chose simple, je ferai tout pour être à la hauteur et pour espérer être un jour un aussi bon médecin que toi. Soit assurée de mon respect et de ma gratitude.

*A ma famille,*

À ma mère, Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis. Merci de tout faire pour être la meilleure des mères pour nous. Et merci de ton soutien et de ton aide pour ce travail.

À mon père, Merci de m'avoir permis de faire ces études qui finissent enfin ! Merci pour ton éternel soutien et Merci également pour ton apport dans mon travail de thèse.

À Agathe, ma sœur que j'aime. Bravo ma belle pour ton courage. Je suis fière de ta voix, de voir la magnifique femme forte que tu es aujourd'hui.

A mon frère, dont je suis très fière aussi. Pour ton chemin parcouru, pour ta gentillesse et ta force. Courage pour tes études !

*A mes proches,*

À Mathias. Merci d'être l'homme merveilleux que tu es. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien, Je t'aime. Merci de m'avoir soutenue pendant ces longs mois et de nous rendre si forts.

À Alta, Anna, Alizé et Bethsabée, mes amies de toujours. À nos milliers de souvenirs et de rires, à nos voyages, nos déboires et au JI ! Merci d'être là pour moi. Je suis fière et heureuse d'avoir grandi à vos côtés et de voir les magnifiques femmes que vous êtes aujourd'hui. Je vous aime les pinces !

À Ohan, mon filleul. À ce merveilleux petit ange qui grandit dans un cocon d'amour. Hâte de vous voir déménager dans la région que je puisse plus souvent en profiter !

À mes amis de la meute, Audrey, Lulu, Harry, Pops, Jojo, Mathilde, Romain, Marion, Morgan, Ania... À tous ces moments et voyages partagés, à notre externat que vous avez embelli. On traversera toujours la France entière pour garder ces liens si forts comme il est si

bon de se retrouver. Une pensée aussi pour Rémi, fière que tu sois devenu papa et fière de toi tout court !

A Anne-Élise, Anne-Iris, Sibylle, Nina et Igor, ainsi que Léon et Ulysse !

Pour tous ces rires et cette douceur, l'internat n'aurait pas été le même sans vous. Ces liens d'amitiés sont forts et j'espère qu'on apprendra à plus se voir et moins travailler !

À la famille de VSL, Sophie, Charlotte, Hong-Niong, Sophia, Dimitar, Lala, Arnaud, Maxime... Ces 6 mois à Villeneuve-sur-Lot n'auraient pas été si drôles sans vous ! Merci pour tous ces kilos pris sur nos repas d'hiver.

À nos voisins d'exception, Eva et David, et à Greg, Fab, Caro, Julie, Noé et Guigui, Marine et Lucas, Laura, Rima... Pour tout cet amour partagé, ces soirées et ces danses endiablées.

*Au personnel et aux résidents des EHPAD,*

*Et à Monique.*

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
TABLE DES MATIERES .....	5
TABLE DES ABREVIATIONS .....	7
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	8
1. INTRODUCTION.....	9
1.1 Contexte et point de départ de cette étude.....	9
1.2 Définitions et Aspects législatifs.....	10
1.2.1 Le modèle des EHPAD.....	10
1.2.2 Organisation des EHPAD.....	11
1.2.3 Une tarification de type « Kafkaïen » .....	12
1.2.4 Les scores AGGIR et PATHOS.....	13
1.2.5 Le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD.....	13
1.2.6 Le rôle de l'infirmier coordonnateur d'EHPAD.....	14
1.3 Recommandations pour les EHPAD concernant la pandémie Covid-19 .....	15
1.4 Des difficultés antérieures à la pandémie.....	15
1.5 Recherches actuelles au sujet des EHPAD.....	16
1.5.1 Thèses, recherches et mémoires au sujet des EHPAD.....	16
1.5.2 Études sur les répercussions de la Covid-19 sur les résidents des EHPAD.....	17
2. QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES MEDECINS COORDONNATEURS D'EHPAD	
2.1 . Présentation de l'étude.....	19
2.1.1 Point de départ de l'enquête.....	19
2.1.2 Question de recherche.....	21
2.1.3 Objectifs de cette étude.....	22
2.2 MATÉRIELS ET MÉTHODES .....	23
2.2.1 Caractéristiques de l'étude .....	23
2.2.2 Diffusion du questionnaire.....	24
2.2.3 Aspects réglementaires.....	26
2.2.4 Analyse des données.....	26
2.2.4.1 Cartographie des régions.....	26
2.2.4.2 Analyses statistiques.....	27
2.2.4.3 Analyse des questions à champ de réponse avec texte libre.....	27
3. RÉSULTATS .....	28
3.1 Caractéristiques des répondants à l'étude.....	28
3.2 L'accès aux matériels de protection individuelle.....	31
3.3 Organiser l'isolement des patients atteints de troubles du comportement à type de déambulation.....	36
3.4 Les cas de Covid : cas suspects, cas confirmés et décès.....	37
3.5 Dépistage à grande échelle.....	43
3.6 La reprise des visites des familles en EHPAD.....	46
3.7 Les principales difficultés rencontrées.....	46

3.8	Ressenti de discrimination et d'abandon des EHPAD.....	48
3.9	Les appuis efficaces.....	52
3.10	Axes d'amélioration.....	54
3.11	Besoins, avis et suggestions pour améliorer la gestion de la crise sanitaire en EHPAD.....	56
3.11.1	Analyse par logiciel d'analyse linguistique Tagmatica®.....	57
3.11.2	Analyse par logiciel d'analyse linguistique NVIVO®.....	58
3.11.3	Analyse des <i>verbatim</i> .....	61
4.	DISCUSSION .....	78
4.1	Analyse du travail et réflexion méthodologique.....	78
4.1.1	Choix du type d'étude et différents biais.....	78
4.1.2	Limites de cette étude.....	79
4.1.3	Points forts de cette étude.....	81
4.2	Analyse des résultats de l'étude.....	83
4.2.1	Donner les moyens aux EHPAD.....	83
4.2.1.1	Augmenter les dotations en personnel (soignant et non soignant) .....	83
4.2.1.2	Le manque d'accès au matériel de protection individuelle a été responsable de nombreux décès.....	86
4.2.1.3	Permettre l'organisation de l'isolement des patients déambulants.....	88
4.2.1.4	Permettre le dépistage du personnel et des résidents.....	90
4.2.1.5	Permettre l'organisation des visites des familles dans de bonnes conditions.....	91
4.2.2	Remettre en question le modèle des EHPAD.....	92
4.2.2.1	Lutter contre les discriminations et le sentiment d'abandon des EHPAD.....	92
4.2.2.2	Permettre au médecin coordonnateur d'exercer ses missions.....	94
4.2.2.3	Permettre un travail conjoint avec les gériatres hospitaliers.....	96
4.2.2.4	Repenser le modèle des EHPAD, inadapté aux besoins du terrain.....	97
4.2.3	Remettre en question le système institutionnel actuel.....	98
4.2.4	Tirer les leçons de cette crise.....	99
5.	CONCLUSION.....	101
	BIBLIOGRAPHIE .....	102
	ANNEXES .....	105
	ANNEXE 1 : Les 13 missions du médecins coordonnateurs	
	ANNEXE 2 : Recommandations pour les EHPAD concernant la pandémie de la Covid-19	
	ANNEXE 3 : Rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 14 mars 2018	
	ANNEXE 4 : Questionnaire de l'étude	
	ANNEXE 5 : Nombre d'EHPAD référencés par régions	
	ANNEXE 6 : Répartition des régions en zones rouges et non rouges	
	ANNEXE 7 : Visuel du site internet	
	SERMENT MEDICAL .....	117
	RESUME .....	118

## TABLE DES ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource  
APA : Allocation personnalisée d'autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : aide-soignant  
ASH : agent des services hospitaliers  
CCAS : Centre communal d'action sociale  
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
Covid-19 : Coronavirus disease 2019  
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires  
DGS : Direction générale de la santé  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EPI : Équipement de protection individuelle  
ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux  
ETP : équivalent temps plein  
GIR : Groupe Iso Ressource  
GMP : GIR Moyen Pondéré  
GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut conseil de la Santé Publique  
IDE : Infirmier diplômé d'État  
IDEC : Infirmier diplômé d'État Coordonnateur  
INSEE : Institut National de la Statistique des Études Économiques  
MT : Médecin Traitant  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
RT-PCR : Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SARS-Cov2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2  
SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie  
UP : Unité protégée  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Fig. 1 : Question 21, nuage de mots

Fig. 2 : Question 22, nuage de mots

Fig. 3 : Difficultés de recrutement dans les EHPAD, données DRESS 2015

Tab. 1 : Fonction exercée au sein de l'établissement

Tab. 2 : Nombre d'établissement(s) coordonné(s)

Tab. 3 : Nombre de résidents dans l'établissement

Tab. 4 : Mode de gestion de l'établissement

Tab. 5 : Région d'exercice

Tab. 6 : Répartition des régions en zones rouges ou non rouges

Tab. 7 : Situation géographique urbaine ou rurale

Tab. 8 : Expérience(s) antérieure(s) de gestion d'épidémies

Tab. 9 : Date d'accès aux masques de protection

Tab. 10 : Analyses statistiques de la date d'accès aux masques

Tab. 11 : Risque actuel de pénurie en EPI

Tab. 12 Analyse statistique des pénuries en EPI

Tab. 13 : Présence d'une unité protégée au sein de l'EHPAD

Tab. 14 : Isolement des patients déambulants au sein des Unités Protégées

Tab. 15 : Cas cliniquement suspects dans l'EHPAD

Tab. 16 : Analyses statistiques des cas suspects

Tab. 17 : Cas confirmés par PCR et/ou scanner

Tab. 18 : Analyses statistiques des cas confirmés

Tab. 19 : Cas de décès dus au Covid19 dans l'établissement

Tab. 20 : Analyses statistiques des cas de décès

Tab. 21 Réalisation d'un dépistage à grande échelle

Tab. 22 Analyse complémentaires concernant le dépistage à grande échelle

Tab. 23 : Organisation de la reprise des visites pour les familles des résidents

Tab. 24 : Principales difficultés rencontrées depuis le début de la crise sanitaire

Tab. 25 : Discrimination ressentie envers les résidents d'EHPAD

Tab. 26 : Ressenti d'un abandon des EHPAD

Tab. 27 : Analyses statistiques concernant l'abandon des EHPAD

Tab. 28 : Les appuis efficaces pour les EHPAD

Tab. 29 : Axes d'amélioration

Tab. 30 : Analyse linguistique des champs libres de réponses

Tab. 31 : Question 21 : Fréquence de mots.

Tab. 32 : Question 22 : Fréquence de mots.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Contexte et point de départ de cette étude

Mars 2020 restera, pour nous tous, un mois tristement historique du fait de la pandémie du SARS-Cov2 en France et dans le monde. Des hôpitaux, des services d'urgences et de réanimation saturés, aux pénuries en masques et matériels de protection, aux débats sur l'indication ou non de l'hydroxychloroquine etc. La pandémie de SARS-Cov2 sera à jamais marquante car elle imposa, pour une première fois mondialement et pour une première fois à cause d'une situation sanitaire, des interdictions de déplacements de la population. En réponse à la pandémie de Covid-19, le « Confinement » a été mis en place du 17 mars 2020 à 12h au 11 mai 2020 en France, soit 55 jours.

Le confinement national est décrit comme la mesure de « stade 3 » de la lutte contre la propagation de l'épidémie. Il implique la restriction des déplacements au strict nécessaire (soins, courses et maintien du travail en présentiel, si télétravail impossible), la fermeture effective de tous les lieux publics « non indispensables » à la vie du pays (dont les établissements scolaires), les sorties limitées en espace et en temps, la fermeture des frontières et le report du second tour des élections municipales.

Entre le 13 mars et le 20 avril 2020 les résidents en EHPAD, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, se sont vu interdire le droit de visite de leurs proches. De par leurs comorbidités, leurs fragilités et pour certains leur état de dépendance, les personnes âgées ont été les principales victimes de cette épidémie, tant pour les conséquences directes qu'indirectes. À l'échelle populationnelle, le taux de décès du Covid-19 est croissant en fonction de l'âge et du nombre de comorbidités. Dans les établissements hospitaliers, 7 décès associés à la Covid-19 sur 10 sont survenus chez des personnes âgées de 75 ans et plus. Les EHPAD ont été des foyers à risque sanitaire majeur : nul lieu ne regroupe autant de personnes âgées et fragiles en son sein, avec une telle promiscuité.

En EHPAD, la mortalité de la première vague épidémique a été importante avec 10 000 décès dans ces établissements sur les 28 000 décès dus au Covid-19 en France entre février 2020 et le 2 juin 2020. Au 23 juin 2020, 1 145 EHPAD et EMS ont signalé au moins un décès (1). L'INSEE indique sur la période du 1er mars au 30 avril 2020, une hausse plus marquée

du nombre de décès survenus en EHPAD/maison de retraite (+54%) par rapport à la même période en 2019, ainsi que, dans une moindre mesure, à domicile (+32%) et en établissements hospitaliers (+17%). Alors que les décès en établissements hospitaliers publics ont nettement diminué sur la période du confinement, les décès dans les EHPAD ont eux progressé de 91%.

Pendant toute cette période d'interdiction de visites, les liens relationnels entre les personnes résidentes en EHPAD et leurs proches ont été rudement mis à mal. Les visites des familles n'ont été que partiellement compensées par l'organisation d'animations, de rendez-vous téléphoniques et de vidéos. Les habituels soutiens, conversations, aides pour le quotidien, les déplacements, les aides pour l'alimentation et surtout les nombreuses activités, réunions de familles etc. ont été interdits du fait des mesures sanitaires en vigueur. Et ce, dans un contexte où elles étaient encore plus nécessaires, encore plus vitales. Cette rupture entre nos aînés et leurs familles a causé de multiples conséquences néfastes encore palpables aujourd'hui : syndromes dépressifs, syndromes de glissement et déclin cognitifs irréversibles. (2).

## 1.2. Définitions et Aspects législatifs

### 1.2.1. Le modèle des EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des établissements ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées dépendantes. Ce statut créé par le Décret du 26/04/1999 et consolidé par la loi du 2 janvier 2002 correspond à des maisons de retraite « médicalisées ». Il tend à s'imposer progressivement et aujourd'hui les trois quarts des maisons de retraite ont adopté le statut d'EHPAD en France. (3)

Plus de 10% des personnes âgées entre 75 et 84 ans, et plus de 25% des plus de 85 ans vivent en EHPAD (Cour des Comptes, 2005). Le 31 décembre 2018, on comptait **7 495** EHPAD en France, ils représentent environ 750 000 lits d'hébergements. (4)

Les EHPAD assurent :

- une surveillance médicale, des soins assurés en continu par des infirmiers et des aides-soignants,

- une aide à la vie quotidienne 24h/24,
- l'hébergement en chambre, la restauration, la blanchisserie,
- et des activités de loisirs.

Les conditions d'accueil en EHPAD sont : être dépendant, être âgé de plus de 60 ans et avoir son dossier accepté après étude par la commission d'admission de l'établissement.

L'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85,8 ans. 54,5% des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2), 32,9% dépendants (GIR 3 et 4) et 12,6% non dépendants (GIR 5 et 6). Les résidents présentaient en moyenne 8,0 pathologies sur la base EHPAD 2012. Les pathologies démentielles sont présentes à 51,8%, les états dépressifs à 39,2% et les troubles du comportement à 43,2%. On estime à 36,8% les patients présentant une déambulation. (5)

### **1.2.2. Organisation des EHPAD**

Les EHPAD peuvent être publics, associatifs ou gérés par une entreprise privée. Les établissements publics représentent 43% des structures médicalisées et sont les plus grands avec une moyenne de 93 lits. Les établissements publics peuvent être soit rattachés à un établissement public de santé, soit rattachés au CCAS, soit être public autonome. Les EHPAD privés à but non lucratif et associatifs représentent 31% et ont une moyenne de 73 lits par établissement. Les EHPAD privés commerciaux constituent 26% des structures en France, avec 70 lits en moyenne. Ils sont surreprésentés en Ile-de-France. (CNSA, 2013)

Le personnel des EHPAD se compose d'une équipe soignante et du personnel non soignant. La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire. Il contribue à la qualité de la prise en charge des résidents en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé. Le suivi médical est assuré par le médecin traitant de la personne, qui peut être soit salarié de la structure soit extérieur à la structure.

Les membres salariés de l'équipe soignante sont : 1 médecin coordonnateur (souvent à temps partiel) en binôme avec un IDE coordonnateur (IDEC) ou un cadre de santé. Ils coordonnent ensemble les infirmiers, les aides-soignants, les agents de soins (ASH), et dans certains cas : les aides médico-psychologiques (AMS), un(e) psychologue, un(e) diététicien, un(e) psychomotricien, un(e) ergothérapeute, un(e) assistant de soins en gérontologie etc.

Les membres salariés non soignants de l'établissement sont représentés par le personnel de direction, les secrétaires, le personnel chargé de l'intendance, le personnel de l'hôtellerie, et en fonction des établissements : des animateurs, des bénévoles etc.

### **1.2.3. Une tarification de type « Kafkaïen »**

Le financement des EHPAD repose depuis leur création sur une tarification distinguant trois catégories de dépenses : (6)

– les dépenses de soins, financées par l'assurance maladie et dont les dotations globales sont fixées par les agences régionales de santé (ARS) ; le tarif soins englobe les dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel soignant.

– les dépenses de dépendance, financées, par les départements via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le tarif dépendance recouvre les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est évalué à partir de la grille AGGIR pour l'ensemble des résidents (GIR moyen pondéré).

– les dépenses d'hébergement qui restent à la charge des résidents. Une partie de ces frais peut être prise en charge par l'aide sociale départementale (ASL) ou l'aide pour le logement (APL) lorsque le résident est éligible à ces aides. Le tarif hébergement couvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est identique pour tous les résidents d'un même établissement. (4, 7)

En 2018, le prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle en EHPAD, calculé à partir des données des 6 668 EHPAD ayant transmis leurs prix, s'élève à 1 977 euros par mois. (CNSA Octobre 2019). Une participation financière est demandée au résident pour l'hébergement. Ce reste à charge peut être compensée par le département en fonction des critères d'éligibilité à l'aide sociale.

#### **1.2.4. Scores AGGIR et PATHOS**

La grille « AGGIR » (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) permet la mesure de la dépendance. Elle est utilisée pour estimer le niveau de perte d'autonomie de chaque résident en EHPAD en définissant six « groupes iso-ressources » : GIR 1 à 6, en fonction du degré de dépendance (GIR 1 : dépendance totale du fait de fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées   GIR 6 : personne autonome). Le GIR moyen pondéré (GMP) permet de mesurer, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance et ainsi d'attribuer aux établissements la dotation « dépendance », financée par l'APA, via les conseils départementaux.

L'outil « PATHOS » est un logiciel évaluant les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies du sujet  g , sur la base des pathologies les plus fréquentes en gériatrie et les projets de soins. Cette évaluation se matérialise par un niveau de Pathos Moyen Pondéré (PMP). Plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important. Est ensuite réalisée l'équation tarifaire du volet soins en calculant le GMPS : Gir Moyen Pondéré Soins, qui intègre à la fois le GMP et le PMP, sur lequel se base le montant de la dotation « soins » attribuée à l'établissement par l'Assurance maladie, via les ARS (8)

#### **1.2.5. Le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD**

Le poste de médecin coordonnateur a été crée par décret le 26 avril 1999. Puis, l'obligation pour les EHPAD de s'adjoindre d'un médecin coordonnateur est renforcée par la loi du 02 Janvier 2002. Les modalités de la formation du médecin-coordonnateur ont été définies dans le décret du 27 mai 2005 (Décret n  2005-560 du 27 mai 2005) : ils doivent être titulaires d'un DESC de Gériatrie ou d'une capacité de gériatrie ou d'un DU ou DIU de médecin coordonnateur ou d'une attestation de formation continue. Ils peuvent également être gériatres de formation depuis la reconnaissance de la gériatrie comme spécialité médicale en 2004. Dans l'immense majorité des cas, ce sont des médecins généralistes installés.

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont pour objectif principal la qualité de la prise en charge des résidents et l'harmonisation des différents intervenants dans le projet de vie et le projet de soins des personnes âgées (Décret n  2005-560, 27 mai 2005). Comme sa

fonction l'indique son rôle est la coordination : il coordonne les soins et les soignants. Ses missions sont distinctes de celles du soin même si, selon son contrat, il peut aussi avoir la fonction de médecin traitant des résidents.

Depuis le décret du 11 avril 2007, il existe une obligation de durée plancher de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement pour les EHPAD dont le GMP est supérieur à 800 : l'ETP minimal du médecin est fixé en fonction du nombre de résidents. Sa réactualisation le 2 septembre 2011 donne les obligations minimales suivantes : 0,25 ETP pour les établissements de moins de 44 résidents, 0,40 ETP pour 45 à 59 résidents, 0,5 ETP pour 60 à 99 places, 0,6 ETP pour les établissements de 100 à 199 places et 0,8 ETP pour les établissements de plus de 200 résidents (9). Les médecins coordonnateurs ont donc rarement un exercice exclusif dans un seul EHPAD, ils peuvent coordonner plusieurs établissements ou bien avoir un exercice mixte libéral ou hospitalier.

Les 13 missions du médecin coordonnateur sont définies dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Certaines de ces missions sont : l'identification et la gestion des risques sanitaires exceptionnels avec la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention et la prise en charge de ces risques ; la collaboration à la mise en place de réseaux gérontologiques coordonnés ou encore, en cas de situation médicale urgente, la réalisation des prescriptions médicales si le médecin traitant n'est pas sur place. Elles sont présentées en Annexe n°1. (10)

En 2009, ces missions sont largement débattues au sein d'un rapport remis à Nora Berra, secrétaire d'état chargée des aînés. Le temps ETP est estimé insuffisant pour remplir ces missions et l'absence de formation en santé publique du médecin coordonnateur conduit à l'absence de moyen pour mener à bien son rôle dans la prévention et la gestion des risques sanitaires, nous y reviendrons ultérieurement.

### **1.2.6. Le rôle de l'infirmier coordinateur d'EHPAD**

L'infirmier diplômé d'état coordinateur (IDEC) se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social. Véritable manager d'équipe, il est responsable, en collaboration avec le médecin coordonnateur, de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de

soins dans leur globalité (5).

Leur nombre ne cesse d'augmenter au sein des EHPAD mais paradoxalement, ils ne sont tenus par aucune obligation de formation complémentaire et n'ont aucun référentiel métier précis (Loi n°75-535 du 30 juin 1975 et Décret du 26 avril 1999). Les missions de l'IDEC sont (11) :

- avec la direction : la gestion financière (budget de soins, matériel), les plannings et le recrutement du personnel
- avec le médecin-co : la continuité, la sécurité, la qualité et la coordination des soins
- la mise en œuvre du projet individualisé de soins, des protocoles de soins, la tenue des dossiers paramédicaux
- l'encadrement et le soutien des soignants, des formations, la veille au respect de l'hygiène
- les relations avec les familles
- la prise en charge nutritionnelle des résidents etc.

### **1.3. Recommandations pour les EHPAD concernant la pandémie Covid-19**

Les recommandations concernant les EHPAD pendant cette crise sanitaire ont été très nombreuses et très médiatisées, nous ne reviendrons pas en détail sur leur contenu. Les principales recommandations nationales publiées depuis le début de la pandémie jusqu'à l'automne 2020 concernant les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont été ajoutées en Annexe n°2. Elles sont émises par le Ministère des Solidarités et de la Santé, par le Conseil Scientifique ainsi que par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP).

### **1.4. Des difficultés antérieures à la pandémie**

En 2018, un rapport d'information a été ordonné par la Commission des Affaires sociales sur la situation des EHPAD en France. Les députées Mme Monique Iborra et Mme Caroline Fiat ont publié leur rapport d'information à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018. C'est le premier rapport qui traite spécifiquement de la situation des EHPAD depuis leur création en 1999. L'objectif de cette mission était : « d'appréhender les défis de ce

secteur en souffrance, qui nécessite non seulement une prise de conscience des législateurs, mais aussi des décisions rapides à court et à moyen terme ». (6)

Un résumé plus détaillé de ce rapport est disponible en Annexe n°3. Les 4 principales conclusions de ce rapport sont les suivantes :

- Les résidents des EHPAD sont de plus en plus dépendants et les structures n'ont pas les moyens de faire face à l'évolution du profil de cette population

- Il existe des sous-effectifs considérables en personnel au sein de ces établissements, ce qui engendre des conditions de travail dégradées et une « maltraitance institutionnelle »

- La réforme de la tarification de 2015 a accru la complexité du financement des établissements et conduit à des inégalités territoriales

- Le reste à charge pour les résidents est particulièrement conséquent, tandis que certains départements se désengagent financièrement.

## **1.5. Recherches actuelles au sujet des EHPAD**

### **1.5.1. Thèses, recherches et mémoires au sujet des EHPAD**

Il existe pour le moment assez peu de recherches et de thèses réalisées en France sur le thème des EHPAD, possiblement du fait de leur création récente (1999) et du métier encore peu connu de médecin coordonnateur.

La grande majorité des thèses au sujet des EHPAD porte sur les 4 grands thèmes suivants : l'évaluation des prescriptions médicamenteuses chez les résidents en EHPAD, les soins palliatifs en EHPAD (directives anticipées, équipes mobiles...), la télémédecine et l'apport des téléconsultations pour les patients d'EHPAD et enfin le recours aux urgences et aux hospitalisations (parcours de soins, recherche des facteurs d'hospitalisation potentiellement évitables). Il existe très peu d'études traitant des problématiques qui se posent directement au sein des établissements. Ce sont d'ailleurs le plus souvent les intervenants extérieurs qui sont interrogés au sujet des EHPAD : médecins traitants, intervenants des équipes mobiles de soins palliatifs, urgentistes etc.

En 2010, une thèse portant sur « l'Implication des Médecins Libéraux en EHPAD » a été menée par Dr Isabelle Veuillotte par le biais d'une enquête auprès de 120 médecins généralistes exerçant en Côte d'Or, dont 11 % des répondants étaient des médecins coordonnateurs d'EHPAD (12). Les remarques des médecins libéraux témoignaient parfois d'un manque de connaissance au sujet du rôle des médecins coordonnateurs. La méconnaissance de cette profession par les médecins généralistes a également été étudiée par le biais d'une thèse de médecine générale en 2008 portant sur le rôle et la vocation des médecins coordonnateurs (13). Dans un mémoire de DU de Médecin coordinateur, le sujet de la relation entre les médecins traitants et les médecins coordonnateurs est abordé. Les réponses sont très variées, allant du conflit entre les professionnels, à la prise de décision conjointe en passant par l'absence totale de relation (14).

### **1.5.2. Études sur les répercussions de la Covid19 sur les résidents des EHPAD**

Concernant les conséquences de la situation sanitaire sur les personnes âgées en situation de dépendance, nos recherches ont tout d'abord mené à cette première étude :

L'observatoire Covid-19 Éthique et Société a réalisé une enquête nationale sur la prise en charge, dans le contexte épidémique, des personnes de grand âge atteintes de maladies neuro-évolutives vivant en EHPAD ou à domicile. Les résultats ont été publiés le 26 mars 2020 (15). Un questionnaire avait été mis en ligne du 13 au 20 mars 2020 et 163 réponses avaient été obtenues. Les répondants à cette enquête étaient en majorité des professionnels soignants : psychologues (26 %), médecins (18%), infirmiers et cadres de santé (10%), suivis des directeurs d'établissements (12%), des aidants familiaux (6%) et des bénévoles (4%). La moitié des professionnels répondants travaillent en EHPAD ou en USLD.

L'objectif principal de cette enquête était d'identifier les principales difficultés vécues par les répondants en leur demandant de classer par ordre d'importance une vingtaine de difficultés proposées, avec possibilité d'en mentionner d'autres à l'aide d'une question ouverte. Les points de difficultés majeures décrits par les répondants ont été : la dégradation de la dynamique sociale induite par l'interdiction des visites dans les EHPAD, les situations d'isolement suite à l'interdiction des visites (EHPAD et domicile), la disponibilité de matériels (masques, solutions hydro-alcooliques), les difficultés de compréhension de la

situation par les personnes ayant des troubles cognitifs, les difficultés d'accès au dépistage, la soutenabilité d'une surcharge de travail sur une durée indéterminée ou encore le déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'état. Les conclusions de cette étude ont inspiré la question n°15 de notre questionnaire, portant sur les principales difficultés auxquelles les médecins coordonnateurs ont dû faire face depuis le début de l'épidémie. Les principales initiatives proposées par les conclusions de cette étude ont été : l'information et la formation des professionnels, la compensation par multiples moyens de l'interdiction des visites ainsi que la démarche de concertation et d'échange d'expériences entre professionnels (15).

Concernant les autres études publiées sur le sujet, lors de la création de notre questionnaire et sujet de recherche, une grande enquête Flash Covid 19 avait été lancée le 17 mars 2020 par les principaux représentants de la médecine générale (Collège de la médecine générale, collège national des généralistes enseignants, et Société française de médecine générale) pour évaluer l'adaptation des soins primaires à l'arrivée de la pandémie (16). D'autre part, une étude nationale venait d'être mise en ligne dans le but d'étudier l'impact psychologique de la COVID19 sur les soignants et aidants sur le terrain pendant la crise sanitaire, par l'équipe de recherche en psychologie de l'Université Toulouse II/CERPPS (17). À notre connaissance, lors de la diffusion du questionnaire, aucune autre étude sur le sujet des répercussions de la Covid-19 en EHPAD n'avait été menée.

## **2. QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DES MEDECINS COORDONNATEURS D'EHPAD**

### **2.1. Présentation de l'étude**

#### **2.1.1. Point de départ de l'enquête**

Médecins généralistes libéraux, mes collègues et moi-même avons pris, dès le début de la crise sanitaire fin février 2020, les précautions d'hygiène nécessaires et nous avons continué nos visites auprès des patients au sein des 3 EHPAD dans lesquels nous assurons le suivi des résidents. Nous n'avons pas eu de difficultés pour nous procurer des masques chirurgicaux, de même que de la solution hydro-alcoolique, des masques FFP2, des gants...

Durant nos visites en EHPAD, nous avons alors été témoins de nombreuses situations complexes qui mettaient parfois en grande difficulté le personnel, soignant et non soignant. La période de la première vague épidémique de la Covid19 en France a été source d'angoisse et de situations dangereuses dans certains établissements. C'était le cas de cet EHPAD dans lequel la recommandation en vigueur pour le personnel soignant était de ne PAS porter de masque (masques chirurgicaux entreposés dans une pièce fermée à clefs) tant qu'aucun cas de SARS-Cov2 n'avait été confirmé par un test PCR positif (y compris si résident symptomatique). Puis de nouveau une situation anxiogène dans cet établissement à gestion hospitalière lorsqu'il a été impossible de la part du laboratoire du CH du groupe hospitalier territorial de réaliser les tests de l'ensemble du personnel et des résidents avant plusieurs semaines malgré plusieurs cas confirmés et malgré les annonces faites par notre ministre de la Santé le 10/04/2020.

Certaines infirmières de ce même EHPAD nous ont demandé, à mes collègues et moi-même, de suppléer au refus des visites par certains médecins traitants de résidents, qui ne se déplaçaient pas sur l'établissement du fait de l'épidémie, y compris lorsque des raisons médicales exigeaient une visite urgente (suspicion de Covid19 ou autre cause). Le ressenti de solitude des soignants a parfois été immense.

Les prises en charge ont été difficiles, de la gestion du premier cas de Covid-19 en EHPAD à la discrimination envers les patients qui arrivaient depuis les EHPAD aux Urgences-Covid du CH dans lequel j'effectuais des astreintes opérationnelles en renfort, considérés

d'emblée comme dépendants voire grabataires alors qu'ils ne l'étaient pas forcément. Des médias et leurs chiffres morbides quotidiens qui ciblaient en particulier les populations âgées et fragiles au manque de logique et de bon sens de certaines recommandations. Enfin, au manque de moyens humains, matériels et financiers du secteur médico-social qui ne suffisent malheureusement pas toujours à protéger les personnes qui y résident en temps et en heure. L'ensemble de ces problématiques nous ont amené à questionner les professionnels du terrain sur les impacts de cette crise dans leurs établissements.

Au téléphone avec mon ancienne co-interne, en charge d'un service post-urgence gériatrique transformé en unité Covid, elle me confie : « les EHPAD sont démunis ; ils n'ont pas les équipements donc ils freinent à ce que nous fassions rentrer leurs résidents, stabilisés mais infectés par la Covid, chez eux en établissements. Seulement, nous avons des patients plein les couloirs des urgences qui nécessitent une hospitalisation, nous n'avons pas le choix ». Je me souviens aussi de cette demande d'un directeur d'EHPAD de savoir si je pourrais remplacer la médecin-coordinatrice de l'établissement dans le cas où celle-ci tombe malade de la Covid-19 et doive être en arrêt maladie.

De ce virus dont on découvre certaines facettes encore chaque jour, aux « masques qui arriveront demain » selon une médecin-conseil de l'ARS à qui nous avons téléphoné le 10 mars 2020 et qui nous a précisé avec étonnement « mais que se passe-t-il aujourd'hui, tout le monde nous téléphone pour nous poser la même question ? ».

Les institutions, dont les ARS, ont imposé aux EHPAD - tout comme aux hôpitaux - des réunions, des comptages quotidiens des cas et ont transmis un afflux pluriquotidien de recommandations parfois contradictoires. Tandis que le « traçage des cas », les approvisionnements en masques et autres équipements de protection n'ont pas toujours été effectifs. Pour ce qu'il s'agissait du « traçage » des patients positifs, malgré l'urgence, il n'y avait aucune opérabilité le soir ou le weekend... Mais les virus, les soins et les prises en charges ne s'arrêtent pas après 17h.

Le retour d'expérience des médecins coordonnateurs sur la première vague du Covid en France doit être fait aujourd'hui pour ouvrir sur les perspectives actuelles et futures : quels sont les besoins des EHPAD à ce jour et quelles sont leurs propositions pour l'amélioration de

la gestion de crise, dans le contexte où la pandémie et son risque de 2<sup>ème</sup> vague restent imprévisibles ?

### **2.1.2. Question de recherche**

Notre étude est née des situations et des questionnements vécus lors de la première vague, nourrie des informations et échanges des confrères de toute la France. Les situations décrites par les personnels des EHPAD, soignants et non soignants, nous ont menés à ces interrogations :

Les difficultés d'accès aux masques ont-elles été les mêmes partout en France ? Le retard à l'accès aux masques et aux EPI est-il lié à davantage de cas de contaminations et de décès à la Covid-19 ? Comment s'est organisé l'isolement des patients déments déambulants qui ne peuvent comprendre et respecter les mesures barrières, qui ne peuvent se plier aux consignes de rester dans leur chambre ? Et donc comment éviter la propagation du virus dans les unités de patients déambulants pour les protéger tout en respectant leur bien-être et leur besoin d'activité et de soins ?

Y a-t-il eu des facteurs intrinsèques aux EHPAD qui augmentent le risque d'y rencontrer des cas suspects/confirmés ou des décès dus à la Covid-19 (situation géographique, mode de gestion de l'établissement, expérience d'une épidémie antérieure) ? Les restrictions d'accès aux tests de dépistage par PCR ont-elles été présentes partout ? Quels ont été les résultats de ces tests à grande échelle dans les EHPAD ?

Quelles étaient les principales difficultés pour le personnel des EHPAD ? Venaient-elles de facteurs humains, matériels, budgétaires ou des tutelles administratives ? Des discriminations lors de l'appel du 15 ou de l'adressage aux urgences ont-elles été ressenties ? Et la situation de crise sanitaire actuelle fait-elle ressentir aux médecins et infirmiers coordonnateurs un sentiment d'abandon des EHPAD ?

Quels ont été les appuis efficaces aux EHPAD dans cette situation de crise ? Enfin, quels sont les axes d'améliorations que les répondants souhaiteraient proposer à l'issue de cette 1<sup>ère</sup> vague épidémique ? La particularité de cette étude réside dans l'apport de 2 questions avec

champ de texte libre, qui permettent aux répondants de s'exprimer sur leurs besoins actuels et futurs pour la prise en charge des résidents, et sur leurs avis ou suggestions qui pourraient améliorer la gestion de la crise sanitaire en EHPAD.

Toutes ces questions nous ont amenée à interroger directement les premiers concernés, les coordonnateurs des soins en EHPAD, médecins et infirmiers, partant du principe que les axes d'amélioration ainsi que les retours d'expériences doivent venir du terrain.

### **2.1.3. Objectifs de cette étude**

L'objectif principal de cette étude a été de recueillir le point de vue des médecins et IDE coordonnateurs d'EHPAD sur les différents aspects de la gestion de crise sanitaire dans ces établissements lors de la première vague de Covid-19 en France. Nous souhaitons leur donner la parole et publier leurs avis afin d'exposer de façon exhaustive les problématiques, les besoins, les moyens à investir pour améliorer la prise en charge des résidents des EHPAD. Nous avons interrogé les médecins et infirmiers coordonnateurs, peu souvent mis à contribution dans les études et les thèses, recueilli leurs avis et publié les résultats de l'enquête sur un site internet, principalement à destination des répondants pour qu'ils puissent avoir accès aux avis et retours d'expériences de leurs confrères et collègues. Pour finir, nous souhaitons aussi transmettre à nos tutelles les principales conclusions de cette enquête.

Le choix de ne pas se limiter à un département ou une région a été fait pour pouvoir connaître les différents points de vue et d'intégrer également celui des médecins des EHPAD particulièrement touchés par l'épidémie de Covid-19, ce qui n'était pas le cas de notre lieu d'exercice. Avant la diffusion du questionnaire, nous avons comme principale référence l'étude de l'observatoire Covid-19 Éthique et Société qui avait obtenu 163 réponses. Nous avons pris pour objectif de recueillir au moins 150 réponses pour pouvoir réaliser des statistiques d'une puissance satisfaisante.

La première partie du questionnaire recueille les caractéristiques du répondant ainsi que de l'EHPAD représenté (nombre de résidents, mode de gestion, expérience antérieure de gestion d'épidémie...). Est ensuite abordée la question des pénuries matérielles : date d'accès aux masques dans l'établissement et pénurie(s) en EPI lors de la période de diffusion du

questionnaire. En seconde partie, nous avons abordé les problématiques de gestion de l'isolement des patients atteints de troubles du comportement à type de déambulation, qui fait l'objet de difficultés très importantes décrites par les répondants. Nous nous sommes ensuite intéressée à l'existence de cas suspects, confirmés ou de décès liés à la Covid-19 dans l'établissement, pour rechercher l'influence de certains facteurs sur l'existence ou non de cas. Une quatrième partie concernait la faisabilité du dépistage à grande échelle des résidents et du personnel, ainsi que la reprise des visites des familles.

Ensuite, nous avons demandé aux soignants de citer leurs principales difficultés vécues, leurs principaux appuis efficaces puis de choisir certains axes d'amélioration proposés. Nous avons évalué leurs ressentis de discrimination et d'abandon pendant la gestion de crise sanitaire. Enfin, à l'aide de 2 questions à champs libres nous avons proposé aux répondants d'exprimer leurs besoins actuels ainsi que leurs avis ou suggestions pouvant améliorer la gestion de cette crise sanitaire dans les EHPAD.

## **2.2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.2.1. Caractéristiques de l'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, réalisée à l'échelle nationale. Le mode de recueil de données était rétrospectif et a été réalisé par le biais d'un questionnaire diffusé entre le lundi 11 mai et le vendredi 22 mai 2020 inclus. Il s'agissait d'une enquête anonyme et indépendante (pas de conflit d'intérêt, pas de lien avec un syndicat ou un parti politique). Les résultats sont également publiés sur un site internet et ont été transmis dans le cadre de la consultation nationale du Ségur de la Santé. Il est prévu de soumettre les résultats de cette enquête à une publication, ainsi que dans une lettre à l'attention du Ministre des Solidarités et de la Santé.

La question de recherche principale de cette étude était : « Quels sont les besoins et les axes d'amélioration à envisager pour garantir une meilleure gestion de la crise sanitaire, du point de vue des médecins et IDE coordonnateurs d'EHPAD ? ».

Notre questionnaire était constitué de 23 questions, construites pour que le temps nécessaire pour y répondre soit le plus court possible (environ 5 minutes) afin d'augmenter le taux de réponses. Il contenait 21 questions avec des choix de réponses à cocher (choix unique,

choix multiples et pour la plus grande majorité des questions ajout d'un champ libre « autre » pour permettre aux répondants des précisions qu'ils jugeaient nécessaires ou si leur réponse à la question ne figurait pas dans les propositions) et 2 questions avec des champs libres de textes à des questions ouvertes. La question principale, portant sur les besoins et axes d'amélioration à mettre en œuvre pour les EHPAD, était à la fois abordée sous forme d'un QCM ainsi que dans les 2 questions à champs de réponses libres qui ont permis au répondant de s'exprimer librement sur le sujet.

### **2.2.2. Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été réalisé durant le mois d'avril 2020. Il s'agissait d'un questionnaire GoogleForm® présenté en Annexe n°4. Nous avons contacté lors de la construction du questionnaire les principaux syndicats des médecins coordonnateurs, ainsi que le collège des médecins généralistes enseignants. Nous avons obtenu ainsi des avis et certaines propositions de questions supplémentaires que nous avons ajoutées.

Pour permettre cette étude, il a tout d'abord été nécessaire de répertorier l'ensemble des adresses mails des EHPAD disponibles sur le portail national <http://pour-les-personnes-agees.gouv.fr>. Il s'agissait au total de 6 622 adresses mails, correspondant aux établissements des 100 départements français (la collecte a nécessité plus de 5 jours de travail). Le nombre d'EHPAD par régions et par départements référencés sur le portail du gouvernement est présenté en annexe n°5.

Le lundi 11 mai 2020, l'envoi du questionnaire a été réalisé par mail, à chacun des EHPAD référencés sur le site du gouvernement. Le mail pour la diffusion du questionnaire a été envoyé aux secrétariats des EHPAD avec demande de transférer ce mail au médecin-coordonnateur ou bien à l'infirmier de coordination, en l'absence de médecin-co. En effet, malgré l'obligation réglementaire, environ 30 % des EHPAD de France n'ont pas de médecin coordonnateur à cause de difficultés de recrutement. La coordination est alors assurée par l'IDEC ou par le/la cadre de santé de l'établissement, ce qui est souvent le cas dans les structures publiques hospitalières. (6)

Une création d'une mailing-liste (via le service Sendinblue®) a dû être réalisée pour l'envoi des mails car il est impossible d'envoyer plus de 500 mails par jour avec une messagerie classique. Ceci a restreint la réception de certains mails car l'envoi du mail via une newsletter n'a pas rendu possible l'adressage aux destinataires équipés d'une messagerie sécurisée du fait du blocage automatique anti-spams. Certaines messageries ont réalisé un archivage automatique dans les « courriers indésirables ». Une partie des adresses mails référencées sur le site officiel n'étaient plus valides.

La grande majorité des réponses a été obtenue dans les premiers jours suivants l'envoi des mails. Selon les statistiques de la newsletter Sendinblue®, environ 30% des emails envoyés ont été ouverts et parmi ceux-ci, un tiers des mails ouverts ont donné lieu à une réponse au questionnaire, ce qui représente une bonne adhésion des destinataires à l'enquête.

Le lundi 18 mai 2020, une seconde relance a été demandée par mail auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) des 100 départements de notre territoire comptant des EHPAD (absence d'EHPAD sur l'île de Mayotte). Des demandes de diffusions ont également été faites auprès des différents syndicats de médecins coordonnateurs : MCOOR (association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social), FFAMCO (fédération française des Associations de Médecins coordonnateurs en EHPAD) et au SMCG-CSMF (Syndicat des médecins coordonnateurs en EHPAD). Nous avons également transmis une demande de diffusion de notre questionnaire au CMG (Collège de Médecine Générale), à la FMF (Fédération des Médecins de France) et auprès de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Peu de réponses ont été colligées par cette seconde relance même si plusieurs CDOM ont accepté de diffuser notre questionnaire.

Une première publication des résultats a été réalisée le 25 mai 2020 sur un site web créé pour cette enquête : <http://questionnaire-ehpad-covid.com>. Le site a ensuite été mis à jour plusieurs fois et la publication finale de l'ensemble des résultats a été faite le 2 novembre 2020. L'objectif de publier les résultats de l'enquête sur site web était de les communiquer le plus rapidement possible aux répondants.

### **2.2.3. Aspects réglementaires**

Les études « qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé » et « les recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel » sont considérées hors loi Jardé (18). Nous avons également contacté une représentante de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Bordeaux pour obtenir confirmation qu'il s'agissait bien d'une étude hors loi Jardé, sans déclaration CNIL nécessaire.

Les répondants au questionnaire ont reçu dans le mail contenant le lien au questionnaire une présentation de l'enquête, l'information que les données collectées n'étaient pas identifiantes et que les résultats seraient publics et publiés sur un site internet. Les informations récoltées sur les répondants étaient : leur métier, leur région, leur géographie d'exercice : rural ou urbain, le mode de gestion de l'établissement et le nombre de résidents dans l'EHPAD. Ces données ne permettent pas d'identifier une personne physique ou morale.

### **2.2.4. Analyse des données**

#### **2.2.4.1. Cartographie des régions**

Nous avons réparti les régions de France en fonction de l'intensité de l'épidémie et de ses conséquences sur notre système de soins, pour définir les régions les plus touchées pendant la 1<sup>ère</sup> vague épidémique. Les cartographies disponibles sur le site du gouvernement à partir du 18 mars, définissent des zonages en fonction du taux d'occupation des lits en réanimation : couleur verte pour un taux inférieur à 40%, en orange de 40 à 60% et en rouge lorsque le taux d'occupation en réanimation est supérieur à 60 %. (19)

Nous avons ainsi défini les zones les plus touchées, zones rouges, les régions qui ont été indiquées en tant que zone rouge pendant plus d'un mois (31 jours) sur la période du 18 mars au 6 juin 2020. Les régions non rouges sont celles qui ont été en zones vertes ou oranges pendant la majorité du temps pendant cette période. Cependant, toutes les régions ont été en

zone rouge au moins une fois à un moment donné. Le nombre de jours détaillé et la répartition des régions en fonction des zones sont décrits en annexe n°6.

#### 2.2.4.2. Analyses statistiques

Les données recueillies étaient des données qualitatives pour la grande majorité des questions. Deux des questions permettaient de recueillir des données quantitatives (nombre de résidents, nombre d'EHPAD coordonnés).

L'analyse a été réalisée à l'aide d'une base de données travaillée sur Excel®. Les analyses statistiques de comparaisons de groupes (Test du Chi2 et Test de Fischer exact) ont été réalisées avec le logiciel JMP®-Trial Version 15.2.1. Puis une vérification des statistiques et des conditions de validité a été réalisée à l'aide de la plate-forme BiostaTGV® (créé par l'INSERM).

Les variables ont été étudiées par le Test du Chi2 ou le Test de Fischer exact pour rechercher des liens statistiques entre les variables d'intérêt en fonction des caractéristiques des répondants. Nous avons pris comme seuil alpha la significativité de référence soit une p-value de 5% (tests bilatéraux).

#### 2.2.4.3. Analyse des questions à champ de réponse avec texte libre

Les 2 questions avec champs de texte libre ont été analysées dans un premier temps avec un logiciel d'analyse linguistique de repérage des mots employés, des entités nommées et des opinions. Ce logiciel (Tagmatica®) est spécialisé dans le dépouillement d'enquêtes de satisfaction et de mails de plaintes et de questions. Il conçu pour le traitement de texte de volumes de données importants. Nous avons ensuite utilisé le logiciel NVIVO® (version 10) pour réaliser des requêtes sur les mots les plus fréquemment employés dans les réponses.

Enfin, l'analyse détaillée des réponses libres rédigées a été faite manuellement avec regroupement par thèmes d'idées et par l'illustration des propos par les *verbatim* des répondants.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des répondants

Ce questionnaire a permis de recueillir **571 réponses**.

Tab. 1 : Fonction exercée au sein de l'établissement

1. Fonction exercée	N (571)	%
Médecins coordonnateurs	382	66,90 %
Infirmier(e)s coordonnateurs	157	27,50%
Autres :	(32)	(5,60%)
- Directeurs de l'établissement	14	2,45%
- Cadres de santé	12	2,10%
- Chefs de service/Praticiens hospitaliers	3	0,53%
- Médecins traitants	2	0,40%
- Médecin de l'EMG	1	0,20%

Plus de deux tiers des répondants de l'étude étaient des médecins coordonnateurs d'EHPAD (382 réponses). 157 infirmier(e)s de coordination ont participé à l'enquête, ils représentaient 27,5 % des répondants. 32 questionnaires (5%) ont été rédigés par des répondants exerçant d'autres fonctions : 14 directeurs d'établissements (2,5 % des réponses), 12 cadres de santé (2 %), 3 chefs de services ou praticiens hospitaliers (0,5 %), 2 médecins traitants et 1 médecin d'équipe mobile gériatrique.

Tab. 2 : Nombre d'établissement(s) coordonné(s)

2. Êtes-vous coordonnateur d'un ou plusieurs établissements ? (N = 560)	1	2	3 ou plus
Médecins coordonnateurs (N = 372)	238 (64,0%)	100 (26,9%)	34 (9,1%)
Infirmier(e)s coordonnateurs (N = 156)	123 (78,8%)	29 (18,6%)	4 (2,6%)
Directeurs de l'établissement (N = 14)	10 (71,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)
Cadres de santé (N = 12)	11 (91,7%)	1 (8,3 %)	
Chefs de service/PH (N = 3)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Médecins traitants (N =2)	1 (50 %)	1 (50 %)	
Médecin de l'EMG (N = 1)		1(100%)	

Parmi les 560 répondants à la question portant sur le nombre d'établissement(s), 385 (68,8 %) assurent la coordination d'un seul établissement, 135 en coordonnent deux (soit 24,1 %) et 40 répondants sont responsables de 3 établissements ou plus (7,1 %).

*Pour la suite du questionnaire, il avait été demandé aux répondants qui sont en charge de plusieurs EHPAD de ne choisir qu'un seul établissement : celui qui leur a posé le plus de problématiques en terme de gestion de crise sanitaire.*

Tab. 3 : Nombre de résidents dans l'établissement

<b>3. Nombre de résidents dans l'établissement</b>	N (565)	%
Moins de 50 résidents	63	11,15 %
Entre 50 et 99 résidents	372	65,84 %
Entre 100 et 150 résidents	92	16,28 %
Plus de 150 résidents	38	6,73 %

Le nombre de résidents par établissement est variable en fonction des structures. La grande majorité (66 %) des répondants exercent dans des établissements accueillants entre 50 et 99 résidents.

Tab. 4 : Mode de gestion de l'établissement

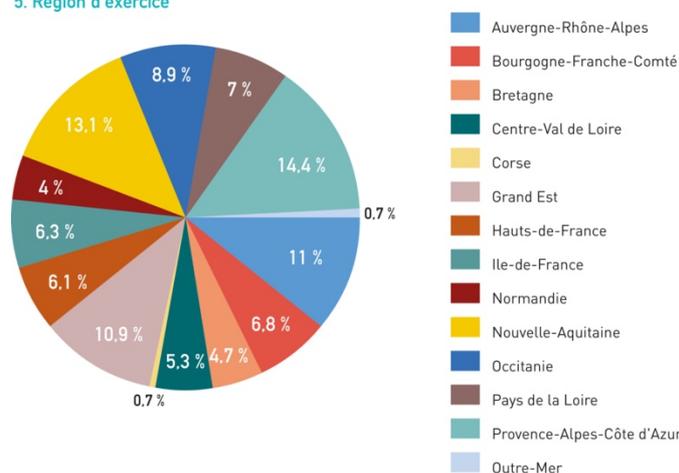
<b>4. Mode de gestion de l'établissement</b>	N (571)	%
Public (Hospitalier, rattaché au CCAS ou autonome territorial)	251	43,96 %
Privé non lucratif (Associatif/Réseau mutualiste/Privé non lucratif/ESPIC)	164	28,72 %
Privé	156	27,32 %

Les modes de gestion des établissements ont été classés en 3 statuts distincts : publiques, associatifs et privés. Les EHPAD avec modes de gestion publique regroupent les EHPAD hospitaliers, les EHPAD rattachés au CCAS ou les EHPAD territoriaux autonomes. Les EHPAD de gestion non lucrative peuvent être associatifs ou de réseaux mutualistes. Les EHPAD privés peuvent être autonomes ou faire partie d'un groupement d'établissements.

Tab. 5 : Région d'exercice

5. Dans quelle région exercez-vous ?	N (571)	%
Auvergne-Rhône-Alpes	63	11,03 %
Bourgogne-Franche-Comté	39	6,83 %
Bretagne	27	4,73 %
Centre-Val de Loire	30	5,25 %
Corse	4	0,70 %
Grand Est	62	10,86 %
Hauts-de-France	35	6,13 %
Ile-de-France	36	6,31 %
Normandie	23	4,03 %
Nouvelle-Aquitaine	75	13,14 %
Occitanie	51	8,93 %
Outre-Mer	4	0,70 %
Pays de la Loire	40	7,01 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	82	14,36 %

5. Région d'exercice



Le tableau ci-dessus présente la répartition des réponses en fonction des régions. Le nombre d'EHPAD référencés par région est présenté en annexe n°5.

Tab. 6 : Répartition des régions en zones rouges ou non rouges

Répartition cartographique :	N (571)	%
Nombre d'EHPAD situés en zones rouges	271	47,46 %
Nombre d'EHPAD situés en zones non rouges	300	52,54 %

Le détail du zonage en fonction des régions est joint en annexe n°6.

Tab. 7 : Situation géographique urbaine ou rurale

7. Situation géographique :	N (568)	%
A la campagne	288	50,70 %
En ville	280	49,30 %

Tab. 8 : Expérience(s) antérieure(s) de gestion d'épidémies

<b>8. Auparavant, aviez-vous déjà eu une expérience de gestion d'épidémie dans l'établissement (grippe, gale, gastro-entérites etc.) ?</b>	N (568)	%
Plusieurs expériences antérieures	296	52,11 %
Une seule expérience antérieure	107	18,84 %
Jamais auparavant	165	29,05 %

### 3.2. L'accès aux matériels de protection individuelle

Tab. 9 : Date d'accès aux masques de protection

<b>9. A partir de quelle date avez-vous eu des masques en quantité suffisante pour la protection du personnel et des résidents ?</b>	N (569)	%
Avant le 15 Mars	135	23,73%
Entre le 16 Mars et le 31 Mars	221	38,84 %
Entre le 1er avril et aujourd'hui	191	33,57 %
Pas encore de masques en quantité suffisante à ce jour	22	3,87 %

Tab. 10 : Analyses statistiques de la date d'accès aux masques

<b>À partir de quelle date avez-vous eu des masques en qté suffisante pour la protection du personnel et des résidents ?</b>	<b>Avant le 15 Mars</b>	<b>Entre le 16 et le 31 Mars</b>	<b>Entre le 1<sup>er</sup> avril et aujourd'hui</b>	<b>Pas encore à ce jour</b>	<b>P-value</b>
- Régions (N=569) :					N.R.*
Auvergne-Rhône-Alpes (N=63)	15 (23,81 %)	27 (42,86 %)	18 (28,57 %)	3 (4,76 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N=39)	10 (25,64 %)	16 (41,03 %)	13 (33,33%)	0 (0 %)	
Bretagne (N=27)	2 (7,41%)	9 (33,33%)	13 (48,15 %)	3 (11,11 %)	
Centre Val de Loire (N=29)	3 (10,34%)	13 (44,83 %)	11 (37,93 %)	2 (6,90 %)	
Corse (N=4)	0 (0%)	1 (25,00 %)	3 (75,00 %)	0 (0%)	
Grand Est (N=62)	23 (37,10 %)	23 (37,10 %)	15 (24,19 %)	1 (1,61 %)	
Hauts-de-France (N=35)	7 (20,00%)	16 (45,71 %)	11 (31,43 %)	1 (2,86 %)	
Ile-de-France (N=36)	12 (33,33 %)	14 (38,89 %)	9 (25,00 %)	1 (2,78 %)	
Normandie (N=23)	4 (17,39 %)	14 (60,87 %)	5 (21,74 %)	0 (0 %)	
Nouvelle Aquitaine (N=74)	16 (21,62 %)	19 (25,68 %)	35 (47,30 %)	4 (5,41 %)	
Occitanie (N=51)	15 (29,41 %)	14 (27,45 %)	18 (35,29 %)	4 (7,84 %)	
Outre-Mer (N=4)	1 (25,00 %)	1 (25,00 %)	2 (50,00 %)	0 (0 %)	
Pays de la Loire (N=40)	1 (2,50 %)	21 (52,50 %)	18 (45,00 %)	0 (0 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N=82)	26 (31,71 %)	33 (40,24 %)	20 (24,39 %)	3 (3,66 %)	

À partir de quelle date avez-vous eu des masques en qté suffisante pour la protection du personnel et des résidents ?	Avant le 15 Mars	Entre le 16 et le 31 Mars	Entre le 1 <sup>er</sup> avril et aujourd'hui	Pas encore à ce jour	P-value
- Mode de gestion de l'EHPAD (N=569) :					<b>0,0174</b>
Public (N=249)	53 (21,29%)	96 (38,55%)	88 (35,34%)	12 (4,82%)	
Associatif (N=164)	29 (17,68%)	72 (43,90%)	59 (35,98%)	4 (2,44%)	
Privé (N=156)	53 (33,97%)	53 (33,97%)	44 (28,21%)	6 (3,85%)	
- Nb de résidents (N= 563) :	Avant le 15 Mars	Du 16 au 31 Mars	A partir du 1 <sup>er</sup> avril ou pas encore à la date d'aujourd'hui		<b>0,0451</b>
Moins de 50 (N= 62)	15 (24,19 %)	16 (25,81 %)	31 (50,00 %)		
Entre 50 et 99 (N=371)	81 (21,83 %)	147 (39,62%)	143 (38,54 %)		
Entre 100 et 150 (N=92)	29 (31,52 %)	40 (43,48 %)	23 (25,00 %)		
Plus de 150 (N=38)	8 (21,05 %)	15 (39,47 %)	15 (39,47 %)		
- Cas suspects (N= 566)					0,1202
Oui (N= 403)	89 (22,08 %)	166 (41,19%)	136 (33,75 %)	12 (2,98 %)	
Non (N= 163)	44 (26,99 %)	55 (33,74 %)	54 (33,13 %)	10 (6,13 %)	
- Cas confirmés (N= 566)					<b>0,0151</b>
Oui (N= 201)	62 (30,85 %)	73 (36,32 %)	62 (30,85 %)	4 (1,99 %)	
Non (N= 365)	73 (20,00 %)	145 (39,73%)	129 (35,34 %)	18 (4,93 %)	
- Cas de décès (N= 564)					0,0846
Oui (N= 139)	39 (28,06 %)	60 (43,17 %)	37 (26,62 %)	3 (2,16 %)	
Non (N= 425)	94 (22,12 %)	159 (37,41%)	153 (36,00 %)	19 (4,47 %)	
- Reprise des visites (N= 567) :					<b>0,0033</b>
Oui, sans trop de difficultés (N= 249)	73 (29,32 %)	98 (39,36 %)	74 (29,72 %)	4 (1,61 %)	
Non ou conditions de reprise compliquées (N= 318)	62 (19,50 %)	121 (38,05%)	117 (36,79 %)	18 (5,66 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5 et regroupements impossibles.

Nous pouvons observer des distributions différentes concernant les dates d'accès aux masques en fonction des régions. Cependant, les conditions d'application des tests statistiques comparatifs n'ont pu être réunies pour permettre leur réalisation. Les établissements de la région Grand-Est ont été les plus nombreux à obtenir les masques avant le 15 mars 2020. C'est la région qui avait été touchée la première par la vague épidémique, avant l'Ile de France et les Hauts-de-France, dont les établissements ont principalement reçu les masques entre le 16 et le 31 Mars. Les régions qui semblent avoir eu accès aux masques dans les meilleurs délais ont ensuite été : la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie, la Bourgogne et l'Auvergne-Rhône-Alpes. Les EHPAD ont obtenu les masques plus tardivement en Corse, en territoires d'Outre-Mer, en Bretagne et en Nouvelle-Aquitaine. Les 22 EHPAD qui n'avaient toujours pas de masques en quantité suffisante lors de la diffusion du questionnaire (11/05 au

22/05) étaient situés en régions Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Bretagne, Auvergne et Provence-Côte-d'Azur.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour la date d'arrivée des masques dans les EHPAD en fonction qu'ils étaient situés en zones rouges ou non rouges, ainsi qu'en territoire rural ou urbain. En revanche, nous avons trouvé une différence en fonction du nombre de résidents hébergés dans la structure. Les EHPAD de 100 à 150 résidents ont reçu les masques un peu plus tôt que les autres, suivis des EHPAD de 50 à 99 résidents. 50 % des petites structures (moins de 50 résidents) ont reçu les masques tardivement, c'est-à-dire après le 1<sup>er</sup> avril ou même encore en attente des masques lors de la diffusion du questionnaire, il est en de même pour 40 % des structures comptant plus de 150 résidents.

Il existait une différence significative d'arrivée des masques en fonction du mode de gestion de l'établissement, les EHPAD privés semblent avoir été les premiers à obtenir des dotations en masque en quantité suffisante (les deux-tiers étaient dotés avant le 31 Mars), suivis des EHPAD de modes de fonctionnement associatif et public.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction que l'EHPAD ait eu des cas suspects ou non de Covid-19 dans l'établissement, ni même en fonction des cas de décès. Par contre, nous mettons en évidence un accès aux masques statistiquement plus rapide dans les EHPAD qui ont déclarés des cas confirmés de Covid au sein de l'établissement ( $p$ -value = 0,0151). Parmi les EHPAD ayant compté des cas confirmés de Covid, 31% ont reçu des masques avant le 15 mars 2020 versus 20% dans les EHPAD où il n'y avait pas de cas confirmés.

Il n'existait pas de différence de date d'accès aux masques selon qu'il y a une unité protégée dans l'établissement ou que le répondant ait eu ou non une expérience d'épidémie antérieure. Enfin, il est apparu que les EHPAD ayant accédés aux masques plus tardivement avaient statistiquement plus de difficultés à mettre en place la reprise des visites des familles.

Tab 11. Risque actuel de pénurie en EPI

<b>11. A ce jour, il persiste un risque de pénurie en équipement individuel dans votre établissement pour :</b> (plusieurs réponses possibles)	N (550)	%
Surblouses et tabliers à usage unique	365	66,4%
Masques FFP2	228	41,5 %
Charlottes ou surchaussures	121	22 %
Visières de protection	87	15,8 %
Certaines thérapeutiques sédatives ne sont plus disponibles en pharmacies en quantité suffisante	70	12,7 %
Masques chirurgicaux	49	8,9 %
Nous avons tous les EPI en quantité suffisante sans risque de pénurie	103	18,7 %
<b>Sont cités par les répondants :</b>		
(champ de réponse libre)		
- Gants à usage unique	52	9,5 %
- Solution hydro-alcooliques et produits désinfectants	7	1,3 %
- Thermomètres/embouts de thermomètres	5	0,9 %
- Sacs hydrosolubles pour le linge contaminé/matériel pour filière DASRI	3	0,5 %

Lors de la réalisation de l'étude, les équipements de protection individuelle semblaient être encore en risque de pénurie dans une grande majorité des établissements. Seulement 19% d'entre eux répondaient avoir tous les EPI en quantité suffisante sans risque de pénurie. Qu'était-il des 81% autres répondants ? À cette période subsistait une pénurie en surblouses ou tabliers à usage unique pour plus de deux tiers des répondants. En cas de patient infecté par le SARS-Cov2 – ou suspect de l'être – cet EPI est pourtant recommandé (20).

Tab. 12 : Analyse statistique des pénuries en EPI

<b>A ce jour, il persiste un risque de pénurie en équipement individuel dans votre établissement pour :</b>	<b>Quantité suffisante en EPI</b>	<b>1 EPI</b>	<b>2 EPI</b>	<b>3 EPI</b>	<b>4 EPI ou plus</b>	<b>p-value</b>
- Zonage (N=544) :						<b>0,0355</b>
Zone rouge (N=252)	52 (20,63 %)	66 (26,19 %)	85 (33,73 %)	34 (13,49%)	15 (5,95 %)	
Zone non rouge (N=292)	54 (18,49 %)	87 (29,79 %)	75 (25,68 %)	39 (13,36%)	37 (12,67 %)	
- Nombre de résidents (N=538) :	Qté suffisante	1 EPI	2 EPI	3 EPI ou plus		<b>0,0073</b>
Moins de 50 (N=58)	8 (13,79 %)	12 (20,69 %)	20 (34,48 %)	18 (31,03%)		
Entre 50 et 99 (N=359)	63 (17,55 %)	102 (28,41%)	103(28,69%)	91 (25,35%)		
Entre 100 et 150 (N =85)	23 (27,06 %)	32 (37,65 %)	19 (22,35 %)	11 (12,94%)		
Plus de 150 (N=36)	9 (25,00 %)	6 (16,67 %)	16 (44,44 %)	5 (13,89 %)		

	Quantité suffisante en EPI	1 EPI	2 EPI	3 EPI	4 EPI ou plus	p-value
- Cas suspects (N= 541)						0,0948
Oui (N= 385)	79 (20,52 %)	112 (29,09%)	114(29,61%)	51 (13,25%)	29 (7,53 %)	
Non (N= 156)	24 (15,38 %)	41 (26,28 %)	46 (29,49 %)	22 (14,10%)	23 (14,74 %)	
- Cas confirmés (N= 541)						<b>0,0183</b>
Oui (N= 188)	43 (22,87 %)	60 (31,91 %)	57 (30,32 %)	15 (7,98%)	13 (6,91 %)	
Non (N= 353)	63 (17,85 %)	92 (26,06 %)	101(28,61%)	58 (16,43%)	39 (11,05 %)	
- Cas de décédés (N= 540)						<b>0,0184</b>
Oui (N= 129)	28 (21,71 %)	38 (29,46 %)	46 (35,66 %)	13 (10,08%)	4 (3,10 %)	
Non (N= 411)	78 (18,98 %)	113 (27,49%)	112(27,25%)	60 (14,60%)	48 (11,68 %)	
- Reprise des visites (N= 542) :						<b>0,0015</b>
Oui, sans trop de difficultés (N= 238)	53 (22,27%)	77 (32,35%)	69 (28,99%)	29 (12,18%)	10 (4,20 %)	
Non ou conditions de reprise compliquées (N= 304)	53 (17,43 %)	76 (25,00 %)	89 (29,28 %)	44 (14,47%)	42 (13,82 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5 et regroupements impossibles.

Du fait d'effectifs trop petits, il n'a pas été possible de réaliser les tests statistiques concernant les pénuries en EPI en fonction des régions. En revanche, nous avons mis en évidence une différence statistique en fonction du zonage des régions : les pénuries en matériel étaient moins importantes dans les zones rouges comparées aux zones non rouges.

Il existait également une différence significative pour les pénuries en EPI en fonction du nombre de résidents dans l'établissement. Les petites structures, décrivaient pour 31% d'entre elles une pénurie de 3 EPI ou plus, et n'étaient que 14% à avoir une quantité suffisante en équipements de protection. Les EHPAD accueillants entre 50 et 99 résidents (qui sont les plus représentés dans notre étude) décrivaient davantage de pénuries que les plus grosses structures accueillant plus de 100 résidents.

Il n'y avait pas de différence statistique pour le nombre d'EPI manquants en fonction que l'EHPAD ait présenté des cas suspects ou non. Par contre, il existait une différence significative concernant l'existence ou non de cas confirmés dans l'établissement : le personnel était mieux protégé dans les établissements où il existait des cas confirmés. Dans 23% d'entre eux, les EPI étaient en quantité suffisante (vs 18% lorsqu'il n'y avait pas de cas confirmés), dans 32 % (vs 26 %) il y avait 1 EPI en pénurie, 30 % (vs 28 %) manquaient de 2 EPI, et relativement peu d'entre eux manquaient de 3 EPI (8 % versus 16 %) ou bien de 4 EPI

ou plus (7 % versus 11%). Cette différence était également statistiquement différente entre les EHPAD ayant subi des décès et ceux n'en ayant pas eu, il existait moins de pénuries en EPI pour les établissements les plus touchés. A noter que les pénuries en EPI étaient tout de même très fréquentes dans les établissements interrogés à la date du 11 mai (début de l'enquête), qu'il y ait eu ou non des cas confirmés et des décès dans l'établissement.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la situation géographique, le mode de gestion de l'établissement, la présence d'une unité protégée ou non, ou encore l'expérience d'une épidémie antérieure. Pour finir, la reprise des visites des familles a été statistiquement plus compliquée pour les établissements lorsque les pénuries en EPI y étaient importantes.

### 3.3. Organiser l'isolement des patients atteints de troubles du comportement à type de déambulation

Tab 13. Présence d'une unité protégée au sein de l'EHPAD

<b>13. Présence d'une Unité protégée dans l'établissement</b>	N (570)	%
Oui	345	60,5 %
Non	225	39,5 %

Tab 14. Isolement des patients déambulants au sein des Unités Protégées

<b>14. Le cas échéant, comment peut s'organiser l'isolement des résidents déambulants ?</b> (plusieurs réponses possibles)	N (329)	%
Pas de possibilité d'isoler les cas suspects chez les patients déambulants	135	41,0 %
Création d'un secteur Covid possible y compris en unité protégée	115	35,0 %
Isolement individuel en chambre fermée à clef si cas isolé / Accompagnement spécifique pour chaque cas suspect / Contention fauteuil avec marches régulières	104	31,6 %
Hospitalisation des résidents lorsque le nombre de cas est inférieur à 3	87	26,4 %
Secteur Covid créé dans l'EHPAD avec possibilité d'admettre des résidents de l'unité protégée	5	1,5 %
Absence de cas covid / Ne se prononce pas	4	1,2 %
L'unité protégée sera considérée comme covid+ si un cas apparaît	2	0,6 %
Absence de résident déambulant dans l'établissement	1	0,3 %

Parmi les répondants représentant les 345 EHPAD munis d'une unité protégée, nous avons obtenu 329 réponses au sujet de la gestion de l'isolement des patients déambulants. Celles-ci témoignaient d'une très grande difficulté à organiser cet isolement : dans 41 % des cas, les répondants estimaient impossible l'isolement des cas suspects chez les patients déambulants. Ils précisaient dans le champ « autre » qu'il est très difficile de surveiller nuit et jour un patient isolé en chambre en l'état des lieux du manque de personnel. En pratique, les possibilités d'isolement se font en fonction du degré des troubles du comportement des résidents. (21)

### 3.4. Les cas de Covid : cas suspects, cas confirmés et décès

Tab 15. Cas cliniquement suspects dans l'EHPAD

<b>15. Avez-vous eu des cas cliniquement suspects dans l'établissement ?</b>	N (568)	%
Oui	403	70,95 %
Non	165	29,05 %

71 % des répondants à cette étude ont eu à gérer dans leur établissement un ou plusieurs cas suspects de Covid-19, au moins à un moment donné. Dans 29 % des EHPAD interrogés, il n'y a jamais eu de cas suspects au sein de l'établissement entre le début de l'épidémie et la diffusion du questionnaire le 11 mai 2020.

Tab. 16 : Analyses statistiques des cas suspects

<b>Avez-vous eu des cas cliniquement suspects dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Régions (N= 568) :			N.R.*
Auvergne-Rhône-Alpes (N= 62)	42 (67,74 %)	20 (32,26 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N= 39)	26 (66,67 %)	13 (33,33 %)	
Bretagne (N= 27)	14 (51,85 %)	13 (48,15 %)	
Centre Val de Loire (N= 30)	21 (70,00 %)	9 (30,00 %)	
Corse (N= 4)	3 (75,00 %)	1 (25,00 %)	
Grand Est (N= 62)	53 (85,48 %)	9 (14,52 %)	
Hauts-de-France (N= 35)	24 (68,57 %)	11 (31,43 %)	
Ile-de-France (N= 36)	31 (86,11 %)	5 (13,89 %)	
Normandie (N= 23)	17 (73,91 %)	6 (26,09 %)	
Nouvelle Aquitaine (N= 75)	51 (68,00 %)	24 (32,00 %)	
Occitanie (N= 49)	36 (73,47 %)	13 (26,53 %)	
Outre-Mer (N= 4)	1 (25,00 %)	3 (75,00 %)	
Pays de la Loire (N= 40)	28 (70,00 %)	12 (30,00 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N= 82)	56 (68,29 %)	26 (31,71 %)	

<b>Avez-vous eu des cas cliniquement suspects dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Zones d'exposition (N=568) :			0,0808
Zones rouges (N=270)	201 (74,44 %)	69 (25,56 %)	
Zones non rouges (N=298)	202 (67,79 %)	96 (32,21 %)	
- Géographie (N=565) :			<b>0,0015</b>
Ruralité (N=287)	186 (64,81 %)	101 (35,19 %)	
Urbain (N=278)	214 (76,98 %)	64 (23,02 %)	
- Nombre de résidents (N=562) :			<b>&lt;0,0001</b>
Moins de 50 (N= 63)	31 (49,21 %)	32 (50,79 %)	
Entre 50 et 99 (N= 370)	263 (71,08 %)	107 (28,92 %)	
Entre 100 et 150 (N= 91)	74 (81,32 %)	17 (18,68 %)	
Plus de 150 (N=38)	34 (89,47 %)	4 (10,53 %)	
- Présence d'une unité protégée (N =567) :			<b>0,0207</b>
Oui (N= 343)	256 (74,64 %)	87 (25,36 %)	
Non (N= 224)	147 (65,63 %)	77 (34,38 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5 et regroupements impossibles.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique en fonction des régions et des zonages concernant les cas suspects de Covid19 en EHPAD. A contrario, nous retrouvons une différence très significative en fonction de la situation géographique : 77% des EHPAD situés en territoires urbains déclaraient avoir eu des cas suspects, alors que ce taux était de 65 % pour les EHPAD situés en zone rurale.

Il existe une différence significative du taux d'EHPAD présentant des cas suspects en fonction du nombre de résidents. Plus le nombre de personnes vivant dans un établissement était important, plus le risque d'y avoir des cas suspects était grand. Ce taux était de 49 % pour les établissements de moins de 50 places tandis qu'il était de 89% pour les EHPAD de plus de 150 places. Nous n'avons pas trouvé de différence en fonction du mode de gestion de l'établissement, de la date d'accès aux masques, du nombre d'EPI en pénurie ou en fonction de l'expérience de gestion d'épidémie.

Les EHPAD comprenant une unité protégée présentaient plus souvent des cas suspects (75%) que ceux qui n'en comportaient pas (65%) avec une différence statistique significative ( $p=0,0207$ ). De même, il existait une différence significative concernant la possibilité de reprise des visites des familles en fonction que l'EHPAD ait présenté des cas suspects ou non. Celle-ci était plus souvent compliquée à gérer lors des suspicions de cas de Covid-19

Tab 17. Cas confirmés par PCR et/ou scanner

<b>17. Avez-vous eu des cas confirmés par PCR et/ou scanner dans l'établissement ?</b>	<b>N (568)</b>	<b>%</b>
Oui	201	35,39 %
Non	367	64,61 %

Parmi les EHPAD interrogés dans cette enquête, plus d'un tiers (201 établissements) a été confronté à des cas confirmés de Covid-19 - soit par PCR, soit par scanner pulmonaire. Il n'y a pas eu de cas confirmé dans les deux tiers des établissements représentés dans cette étude. Dans notre étude, 50% des EHPAD ayant déclaré des cas suspects ont déclaré des cas confirmés de SARS-Cov2 (201/403).

Tab. 18 : Analyses statistiques des cas confirmés

<b>Avez-vous eu des cas confirmés par PCR et/ou scanner dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Régions (N= 568)			<b>NR*</b>
Auvergne-Rhône-Alpes (N=63)	26 (41,27 %)	37 (58,73 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N=38)	16 (42,22 %)	22 (57,89 %)	
Bretagne (N=27)	3 (11,11 %)	24 (88,89 %)	
Centre Val de Loire (N=30)	13 (43,33 %)	17 (56,67 %)	
Corse (N=4)	1 (25,00 %)	3 (75,00 %)	
Grand Est (N=61)	36 (59,02 %)	25 (40,98 %)	
Hauts-de-France (N=35)	14 (40,00 %)	21 (60,00 %)	
Ile-de-France (N=36)	30 (83,33 %)	6 (16,67 %)	
Normandie (N=23)	3 (13,04 %)	20 (86,96 %)	
Nouvelle Aquitaine (N=75)	11 (14,67 %)	64 (85,33 %)	
Occitanie (N=50)	12 (24,00 %)	38 (76,00 %)	
Outre-Mer (N=4)	0 (0 %)	4 (100 %)	
Pays de la Loire (N=40)	6 (15,00 %)	34 (85,00 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N=82)	30 (36,59 %)	52 (63,41 %)	
- Zones d'exposition (N=568) :			<b>P &lt; 0,0001</b>
Zones rouges (N=269)	136 (50,56 %)	133 (49,44 %)	
Zones non rouges (N=299)	65 (21,74 %)	234 (78,26 %)	
- Géographie (N=565) :			<b>P &lt; 0,0001</b>
Ruralité (N=286)	76 (26,57 %)	210 (73,43 %)	
Urbain (N=279)	125 (44,80 %)	154 (55,20 %)	
- Nombre de résidents (N= 562) :			<b>P &lt; 0,0001</b>
Moins de 50 (N=63)	7 (11,11 %)	56 (88,89 %)	
Entre 50 et 99 (N= 369)	120 (32,52 %)	249 (67,48 %)	
Entre 100 et 150 (N=92)	55 (59,78 %)	37 (40,22%)	
Plus de 150 (N=38)	18 (47,37 %)	20 (52,63%)	

<b>Avez-vous eu des cas confirmés par PCR et/ou scanner dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Mode de gestion (N=568) :			<b>0,0001</b>
Public (N= 251)	65 (25,90 %)	186 (74,10 %)	
Associatif (N= 163)	73 (44,79 %)	90 (55,21 %)	
Privé (N= 154)	63 (40,91 %)	91 (59,09 %)	
- Présence d'une UP (N= 567) :			<b>0,0016</b>
Oui (N= 343)	139 (40,52 %)	204 (59,48 %)	
Non (N= 224)	62 (27,68 %)	162 (72,32 %)	
- Reprise des visites (N= 567) :			<b>0,0414</b>
Oui, sans trop de difficultés (N=248)	80 (32,26 %)	168 (67,74 %)	
Oui, mais cela est compliqué (N=301)	109 (36,21 %)	192 (63,79 %)	
Non (N=18)	11 (61,11 %)	7 (38,89 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5, regroupements impossibles. Pas de test réalisable.

Il n'a pas été possible d'effectuer de test statistique concernant le taux d'EHPAD avec des cas confirmés en fonction des régions, mais les pourcentages dans ces établissements étaient nettement plus élevés en Ile-de-France (83 %), ou dans le Grand-Est (58%), qu'en Bretagne (11%), Normandie (13%) ou Nouvelle Aquitaine (15%). Ces données sont compatibles avec les cartographies de la première vague épidémique.

Les cas confirmés étaient bien plus fréquents dans les établissements situés en zone rouge (51% d'entre eux versus 22% en zone non rouge), avec une différence très significative (p-value inférieure à 0,0001). Les EHPAD urbains ont présenté au moins un cas suspect dans 45 % des cas, versus 27% des EHPAD ruraux, ce qui représente également une différence statistique importante. Un nombre élevé de résidents par établissement augmentait le risque d'avoir des résidents atteints de Covid-19. Par exemple, ce taux était de 60 % pour les EHPAD de 100 à 150 résidents, alors qu'il était de 11 % pour les petites structures (moins de 50 places).

Le nombre d'EHPAD ayant compté des cas confirmés était significativement différent selon le mode de gestion. La présence d'une unité protégée dans l'établissement était également significativement liée à un taux de cas confirmés dans l'établissement : 40 % dans les établissements avec UP et de 28% pour les autres.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction du fait que le répondant avait déjà eu à gérer une épidémie antérieurement. Enfin, dans les EHPAD où il n'y a pas eu de cas confirmés, la reprise des visites a été plus simple à réaliser que dans les autres.

Tab 19 : Cas de décès dus au Covid19 dans l'établissement

<b>19. Avez-vous eu des décès dus au Covid19 dans l'établissement ?</b>	N (566)	%
Oui	139	24,56 %
Non	427	75,44 %

Environ un quart des répondants à notre étude ont déclaré des décès de résidents dans l'établissement dus à la Covid19. Au sein des 201 EHPAD ayant déclaré avoir eu des cas confirmés, 139 ont déclaré avoir eu un ou plusieurs décès dus au Covid. Le taux de décès parmi les EHPAD ayant eu des cas confirmés était donc très élevé : 69%.

Tab. 20 : Analyses statistiques des cas de décès

<b>Avez-vous eu des décès dus au Covid19 dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Régions (N= 566) :			<b>N.R.*</b>
Auvergne-Rhône-Alpes (N= 62)	20 (32,26 %)	42 (67,74 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N= 39)	11 (28,21 %)	28 (71,79 %)	
Bretagne (N= 27)	1 (3,70 %)	26 (96,30 %)	
Centre Val de Loire (N= 30)	10 (33,33 %)	20 (66,67 %)	
Corse (N= 4)	1 (25,00 %)	3 (75,00 %)	
Grand Est (N= 59)	27 (45,76 %)	32 (54,24 %)	
Hauts-de-France (N= 35)	12 (34,29 %)	23 (65,71 %)	
Ile-de-France (N= 36)	25 (69,44 %)	11 (30,56 %)	
Normandie (N= 22)	1 (4,55 %)	21 (95,45 %)	
Nouvelle Aquitaine (N= 75)	3 (4,00 %)	72 (96,00 %)	
Occitanie (N= 51)	7 (13,73 %)	44 (86,27 %)	
Outre-Mer (N= 4)	0 (0 %)	4 (100 %)	
Pays de la Loire (N= 40)	4 (10,00 %)	36 (90,00 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N= 82)	17 (20,73 %)	65 (79,27 %)	
- Zones d'exposition (N= 566) :			<b>&lt;0,0001</b>
Zones rouges (N= 267)	104 (38,95%)	163 (61,05 %)	
Zones non rouges (N= 299)	35 (11,71 %)	264 (88,29 %)	
- Géographie (N= 563) :			<b>&lt;0,0001</b>
Ruralité (N= 285)	46 (16,14 %)	239 (83,86 %)	
Urbain (N= 278)	93 (33,45 %)	185 (66,55 %)	
- Nombre de résidents (N=560) :			<b>&lt;0,0001</b>
Moins de 50 (N= 63)	4 (6,35 %)	59 (93,65)	
Entre 50 et 99 (N= 369)	81 (21,95 %)	288 (78,05 %)	
Entre 100 et 150 (N = 91)	38 (41,76 %)	53 (58,24 %)	
Plus de 150 (N= 37)	15 (40,54 %)	22 (59,46 %)	

<b>Avez-vous eu des décès dus au Covid19 dans l'établissement ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Mode de gestion (N=566) :			<b>0,0027</b>
Public (N= 250)	44 (17,60 %)	206 (82,40 %)	
Associatif (N= 162)	50 (30,86 %)	112 (69,14 %)	
Privé (N= 154)	45 (29,22 %)	109 (70,78 %)	
- Présence d'une UP (N= 565) :			<b>0,0001</b>
Oui (N=341)	103 (30,21 %)	238 (69,79 %)	
Non (N=224)	36 (16,07 %)	188 (83,93 %)	

Concernant les taux de décès dans les EHPAD, ils ont été plus ou moins importants en fonction des régions, en particulier en Ile-de-France (69% des EHPAD ayant répondu au questionnaire déplorent un décès ou plusieurs), dans le Grand Est (46%) ou dans les Hauts-de-France (34%), qui ont été les régions les plus touchées par la pandémie. Du fait des petits effectifs de certaines régions il n'a pas été possible de réaliser de test statistique. Par ailleurs, le taux d'établissement ayant eu à déplorer des décès dus à l'infection par le Covid19 est significativement beaucoup plus important dans les zones rouges (39%) qu'en zones non rouges (12%),  $p < 0,0001$ .

Les EHPAD urbains ont été plus souvent touchés par les décès liés au Covid-19 : 33% des établissements urbains représentés dans l'enquête versus 16 % pour les ruraux. Tout comme pour les cas confirmés, ce sont les grandes structures qui ont été les plus touchées par des décès, environ 41% pour les structures de 100 à 150, et celles de plus de 150 résidents, tandis que le taux était de 22% pour les structures de 50 à 99 places, et de 6% pour les structures de moins de 50 résidents (plus il y a de résidents dans l'établissement, plus le risque que des résidents soient contaminés et décèdent du virus est grand). Tout comme pour les cas confirmés de Covid, les cas de décès ont été significativement plus élevés dans les structures de gestion associative et privée, que dans les structures publiques.

La présence d'une unité protégée était statistiquement associée à la survenue de décès dans l'établissement (30% versus 16%). À préciser tout de même que les EHPAD dotés d'UP sont la plupart du temps des grandes structures, ce qui comme nous l'avons vu plus haut, augmentait proportionnellement les risques de contamination et de décès. L'expérience d'une gestion d'épidémie antérieure n'était pas liée au taux de décès par établissement, de même que la reprise des visites des familles.

### 3.5. Dépistage à grande échelle

Tab 21. Réalisation d'un dépistage à grande échelle

<b>21. Un dépistage à grande échelle du personnel et des résidents a-t-il été réalisé ?</b>	N (568)	%
Non car absence d'intérêt (absence de cas confirmé dans l'établissement)	208	36,6 %
Oui et le nombre de tests NEGATIFS est plus important que prévu	119	21,0 %
Non car absence de moyen technique de réalisation	78	13,7 %
Oui et le nombre de tests POSITIFS est plus important que prévu	66	11,6 %
Tous les résidents et personnels ont été testés négatifs	29	5,1%
Oui et les résultats sont en cours	22	3,9 %
Test prévu prochainement	15	2,6 %
Tous les personnels ont été testés négatifs	9	1,58 %
Demandes refusées (par les directions ou par l'ARS)	6	1,1 %
Non (sans précision)	5	0,9 %
Tests par sérologies (dont 1 dans le cadre d'une étude)	3	0,5 %
Tous les résidents ont été testés négatifs	2	0,35 %
Uniquement le personnel volontaire	2	0,35 %
Les résultats du test étaient ceux attendus (+ et -)	2	0,35 %
Oui (sans précision)	2	0,35 %

Lors de la diffusion du questionnaire, plus d'un mois après l'annonce de la réalisation d'un dépistage à grande échelle dans les EHPAD, l'état des lieux pour les répondants est décrit dans le Tableau 21 ci-dessus. Dans plus de la moitié des EHPAD représentés dans cette étude, le dépistage n'avait pas eu lieu et dans 44% des établissements le dépistage avait été réalisé.

Tab 22. Analyses complémentaires concernant le dépistage à grande échelle

<b>Un dépistage à grande échelle du personnel et des résidents a-t-il été réalisé ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Régions (N= 568) :			<b>N.R.*</b>
Auvergne-Rhône-Alpes (N= 62)	29 (46,77 %)	33 (53,23 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N= 39)	16 (41,03 %)	23 (58,97 %)	
Bretagne (N= 27)	3 (11,11 %)	24 (88,89 %)	
Centre Val de Loire (N= 30)	14 (46,67 %)	16 (53,33 %)	
Corse (N= 4)	2 (50,00 %)	2 (50,00 %)	
Grand Est (N= 62)	37 (59,68 %)	25 (40,32 %)	
Hauts-de-France (N= 35)	19 (54,29 %)	16 (45,71 %)	
Ile-de-France (N= 35)	34 (97,14 %)	1 (2,86 %)	
Normandie (N= 23)	5 (21,74 %)	18 (78,26 %)	
Nouvelle Aquitaine (N= 75)	23 (30,67 %)	52 (69,33 %)	
Occitanie (N= 51)	16 (31,37 %)	35 (68,63 %)	
Outre-Mer (N= 4)	3 (75,00 %)	1 (25,00 %)	
Pays de la Loire (N= 39)	7 (17,95 %)	32 (82,05 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N= 82)	49 (59,76 %)	33 (40,24 %)	
- Zones d'exposition (N= 568) :			<b>&lt;0,0001</b>
Zones rouges (N= 269)	150 (55,76 %)	119 (44,24 %)	
Zones non rouges (N= 299)	107 (35,79 %)	192 (64,21 %)	
- Géographie (N= 565) :			<b>0,0007</b>
Ruralité (N= 287)	110 (38,33 %)	177 (61,67 %)	
Urbain (N= 278)	146 (52,52 %)	132 (47,48 %)	
- Nombre de résidents (N= 562) :			<b>0,0008</b>
Moins de 50 (N= 63)	17 (26,98 %)	46 (73,02 %)	
Entre 50 et 99 (N= 369)	167 (45,26 %)	202 (54,74 %)	
Entre 100 et 150 (N= 92)	55 (59,78 %)	37 (40,22 %)	
Plus de 150 (N= 38)	15 (39,47 %)	23 (60,53 %)	
- Mode de gestion (N= 568) :			<b>&lt;0,0001</b>
Public (N= 250)	85 (34,00 %)	165 (66,00 %)	
Associatif (N= 164)	76 (46,34 %)	88 (53,66 %)	
Privé (N= 154)	96 (62,34 %)	58 (37,66 %)	
- Date d'accès aux maques (N= 566) :			<b>&lt;0,0001</b>
Avant le 15/03 (N= 135)	87 (64,44 %)	48 (35,56 %)	
Entre le 16/03 et le 31/03 (N= 219)	96 (43,84 %)	123 (56,16 %)	
Entre le 01/04 et ajd (N= 191)	68 (35,60 %)	123 (64,40 %)	
Pas encore (N= 21)	5 (23,81 %)	16 (76,19 %)	
- Présence d'une unité protégée (N= 567) :			<b>0,0031</b>
Oui (N= 343) :	172 (50,15 %)	171 (49,85 %)	
Non (N= 224) :	84 (37,50 %)	140 (62,50 %)	
- Cas suspects (N= 565) :			<b>&lt;0,0001</b>
Oui (N= 401)	205 (51,12 %)	196 (48,88 %)	
Non (N= 164)	51 (31,10 %)	113 (68,90 %)	
- Cas confirmés (N= 565) :			<b>&lt;0,0001</b>
Oui (N= 200)	162 (81,00 %)	38 (19,00 %)	
Non (N= 365)	93 (25,48 %)	272 (74,52 %)	
- Cas décédés (N= 563) :			<b>&lt;0,0001</b>
Oui (N= 138)	115 (83,33 %)	23 (16,67 %)	
Non (N= 425)	139 (32,71 %)	286 (67,29 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5, regroupements impossibles. Pas de test réalisable.

Pour permettre des analyses complémentaires, nous avons regroupé les réponses en 2 groupes : les EHPAD ayant répondu avoir réalisé le dépistage à grande échelle et ceux ne l'ayant pas réalisé. Nous n'avons pas pu effectuer de test statistique en fonction des régions du fait des effectifs insuffisants pour les conditions d'application. Cela dit, nous pouvons observer que les établissements d'Ile-de-France ont réalisé le dépistage à grande échelle dans 97% des cas. Les établissements qui ont majoritairement réalisé le dépistage à grande échelle étaient ensuite ceux d'Outre-Mer (75%), du Grand-Est (60%), de la Provence-Alpes-Côte d'Azur (60%) et des Hauts-de-France (54%). Dans les régions moins touchées (Ouest de la France), il y avait moins de cas confirmés et donc moins souvent d'indication à réaliser le dépistage de l'ensemble des résidents et du personnel.

Le dépistage à grande échelle a plus souvent été réalisé dans les zones rouges, avec un dépistage réalisé dans 56% des EHPAD en régions les plus touchées, versus 36% en zones non rouges. Les EHPAD urbains avaient plus souvent réalisé le dépistage que les EHPAD de campagne, avec une différence statistique. Il en était de même pour les EHPAD de taille moyenne, qui avaient plus souvent réalisé le dépistage que les petites ou les très grandes structures d'hébergement. Nous avons aussi mis en évidence une différence significative en fonction du mode de gestion de l'EHPAD : le dépistage a été plus souvent fait dans les structures privées (62%) que dans les structures associatives (46%) et publiques (34%).

Il existait une différence significative concernant l'accès aux masques : le dépistage a été réalisé davantage dans les EHPAD ayant reçu les masques en quantité suffisante avant le 15 mars, tandis que les EHPAD qui avaient reçu les masques plus tardivement étaient rarement ceux ayant réalisé ce dépistage à grande échelle. Nous n'avons pas mis en évidence de différence selon le nombre d'EPI manquants dans les structures. En revanche, la présence d'une unité protégée dans l'établissement était statistiquement liée à la réalisation du dépistage.

Nous avons également mis en évidence une forte association significative entre les établissements ayant présenté des cas suspects, confirmés et des cas de décès, avec la réalisation du dépistage. Ceci découlait directement des indications de réalisation du test à grande échelle du personnel et des résidents.

### 3.6. La reprise des visites des familles en EHPAD

Tab. 23 : Organisation de la reprise des visites pour les familles des résidents

<b>23. Avez-vous pu organiser la reprise des visites dans le respect des mesures barrières ?</b>	N (569)	%
Oui, mais cela est compliqué à organiser	301	52,9 %
Oui, sans trop de difficultés	250	43,9 %
Non, cela est actuellement impossible à mettre en place dans notre établissement	9	1,6 %
Autres :	(9)	(1,6 %)
- à venir dans les prochaines semaines	2	0,35 %
- à l'extérieur de l'établissement uniquement	2	0,35 %
- sur Skype© uniquement	1	0,2 %
- avec un parloir/à travers un plexiglass	2	0,35 %
- absence de visites par les médecins traitants	2	0,35 %

Pour plus de la moitié des répondants interrogés, l'organisation des visites des familles restait compliquée (53 %), nombreux sont ceux mettant l'accent sur le temps nécessaire pour leur réalisation dans un contexte de manque de personnel. Pour un peu moins de la moitié des répondants, la reprise des visites pouvait se faire sans trop de difficultés (44 %). La quasi-totalité des établissements avait pu reprendre l'organisation des visites lors de la diffusion du questionnaire.

### 3.7. Les principales difficultés rencontrées

Tab. 24 : Principales difficultés rencontrées depuis le début de la crise sanitaire

<b>24. Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face depuis le début de la crise sanitaire ?</b> (plusieurs réponses possibles)	N (566)	%
Les conséquences psychologiques pour les résidents	449	79,3 %
Les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour le personnel	401	70,8 %
Les discordances entre les recommandations et la pratique sur le terrain	371	65,5 %
Les pénuries de matériel de protection	331	58,5 %
Les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour vous	281	49,6 %
Le manque d'accès aux tests PCR au moins à un moment donné	265	46,8 %
Les moyens de communication entre les résidents et leurs familles	189	33,4 %
La continuité des soins par les médecins spécialistes	177	31,3 %
Le manque de personnel	165	29,2 %

<b>24. Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face depuis le début de la crise sanitaire ?</b> (plusieurs réponses possibles)	N (566)	%
La continuité des soins par les médecins traitants (situations covid et hors-covid)	149	26,3 %
L'accès aux hospitalisations (situations covid et hors-covid)	104	18,4 %
Autres : - Aucune/Pas de difficulté majeure	3	<0,01%

Les principales difficultés rencontrées par les répondants lors de la gestion de la crise sanitaire en EHPAD sont présentées dans le tableau ci-dessus. Pour près de 80 % des répondants, la principale difficulté de cette crise sanitaire résidait dans les conséquences psychologiques pour les résidents de l'établissement et en 2<sup>ème</sup> position apparaissaient les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour le personnel de l'établissement, dans 71 % des réponses.

Dans le champ libre de réponse, les répondants ont apporté des précisions vis-à-vis des problématiques rencontrées : « forte pression et informations contradictoires fréquentes », « Discordance entre les recommandations elles-mêmes », « ordres et contre-ordres des ministères/ARS/Direction ». Les recommandations ont également été jugées comme trop nombreuses, et parfois inadaptées : « surabondance de directives, recommandations et leurs nombreux changements », « le caractère « délirant » des protocoles imposés, très maltraitants pour les résidents », « trop éloignées des réalités du terrain et parfois non adaptées », « les discordances entre le bon sens et les recommandations nationales officielles en début d'épidémie (ex : ne pas mettre de masques si pas suspect, car masques insuffisants) ». D'autres problématiques institutionnelles ont été relevées, par exemple dans ces citations : « autorisation par l'ARS du port du masque pour le personnel des EHPAD très tardif », « grandes incohérences dans les décisions gouvernementales et absence de nos tutelles (ARS et CD) », ou bien encore « compétence de l'administration ».

La continuité des soins est le rôle des médecins traitants et a été une source de travail supplémentaire dans le cas où certains médecins généralistes ont refusé de se déplacer dans les EHPAD ou bien lorsque leurs visites ont été suspendues sur demande des responsables de l'établissement. Plusieurs commentaires relevaient de problématiques de « confraternité avec les médecins généralistes libéraux » ayant rendu les prises en charge des résidents très

compliquées pendant la crise. Des répondants précisait également l'arrêt des interventions des kinésithérapeutes et autres intervenants extérieurs, le manque de moyens thérapeutiques (extracteur d'oxygène, sédatifs...) ou encore le manque d'accès aux pompes funèbres lors du pic épidémique. Sur le plan médical, deux autres difficultés ont été citées : « la difficulté de gérer des tests PCR avec faux négatif » ainsi que l'« interdiction d'utiliser l'Hydroxychloroquine ».

Les aspects psychologiques du confinement et de la pandémie ont été extrêmement compliqués à prendre en charge comme l'exprimaient ces citations : « les fins de vie « seules », les deuils », « Difficulté de rassurer les personnels avec le manque d'EPI », « Gérer les phénomènes de paniques inadaptés générés par les médias et les incohérences de communications », ainsi que les conséquences délétères irrémédiables bien visibles : « Dégradation cognitive chez les résidents suite au confinement ».

### 3.8. Ressenti de discrimination et d'abandon des EHPAD

Tab. 25 : Discrimination ressentie envers les résidents d'EHPAD

<b>25. Concernant les prises en charge par le SAMU, les services d'Urgences et les Hospitalisations, pensez-vous que la crise sanitaire du Covid ait conduit à :</b>	N (568)	%
Absence de changement	251	44,2 %
Une aggravation de la discrimination envers les résidents d'EHPAD	163	28,7 %
Jamais de discrimination ressentie vis à vis des résidents d'EHPAD (ni avant ni pendant la crise)	91	16,0 %
Au contraire, une amélioration des prises en charge	42	7,4 %
Autres (champs libres) :	(21)	(3,7 %)
- Au départ aggravation de la discrimination puis amélioration dans un second temps	7	1,2 %
- Absence d'appel au SAMU pendant la crise	5	0,9 %
- Absence d'adressage au SAU pendant la crise	4	0,7 %
- Ne se prononce pas	5	0,9 %

Pour 44% des répondants, il n'y a pas eu de changement dans les prises en charge des résidents d'EHPAD lors de la crise sanitaire de la Covid-19. En revanche, pour près de 30 % des répondants, cette discrimination a été aggravée lors de la crise sanitaire. Seuls 16 % des répondants exprimaient ne jamais ressentir de discrimination vis-à-vis des patients vivant en

EHPAD (ni avant ni pendant la crise). Une amélioration des prises en charge n'a été ressentie que pour 7 % des répondants...

Certains médecins et infirmiers coordonnateurs ont précisé via le champ « autre » que la discrimination a pu être variable dans le temps, avec, pour sept répondants, une aggravation initiale lors du pic (« barrage à l'accès aux soins de la part des services d'urgences »), puis un changement de « politique » avec secondairement une meilleure prise en charge des patients d'EHPAD grâce aux équipes hospitalières de gériatrie, aux astreintes gériatriques ainsi qu'avec l'ouverture des unités COVID gériatriques. Trois répondants décrivaient des situations où il leur a été imposé que « les patients d'EHPAD devaient être pris en charge dans les EHPAD », « postulat que chaque résident est COVID jusqu'à preuve du contraire avec abandon des résidents en EHPAD » ou encore des « pertes de chance importantes ».

Cette question pouvait mener à d'autres questionnements, comme en témoignaient ces *verbatim* : « prise de conscience de la discrimination gérontophobe déjà existante... avec une potentielle amélioration des prises en charge à ce jour, difficile de savoir si elle sera toujours active dans 1 à 6 mois », « Une légère reconnaissance a émergé mais qu'en sera-t-il l'année suivante, est-ce que les conditions des résidents et des professionnels vont s'améliorer sur du long terme ? ».

Tab. 26 : Ressenti d'un abandon des EHPAD

<b>26. Considérez-vous qu'il y ait eu un "abandon des EHPAD" dans la gestion de cette crise sanitaire ?</b>	N (564)	%
Oui	239	42,4 %
Non	325	57,6 %

La dernière question du questionnaire concernait le ressenti du répondant vis-à-vis de l'« abandon des EHPAD ». Comme ont pu le préciser certains répondants, il est très difficile de répondre à cette question par oui ou par non, et il s'agit effectivement d'un sentiment personnel et subjectif.

Tab. 27 : Analyses statistiques concernant l'abandon des EHPAD

<b>Considérez-vous qu'il y ait eu un "abandon des EHPAD" dans la gestion de cette crise sanitaire ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
- Régions (N= 564) :			N.R.*
Auvergne-Rhône-Alpes (N= 62)	23 (37,10 %)	39 (62,90 %)	
Bourgogne-Franche-Comté (N=39)	15 (38,46 %)	24 (61,54 %)	
Bretagne (N= 27)	10 (37,04 %)	17 (62,96 %)	
Centre Val de Loire (N= 28)	11 (39,29 %)	17 (60,71 %)	
Corse (N= 4)	3 (75,00 %)	1 (25,00 %)	
Grand Est (N= 60)	28 (46,67 %)	32 (53,33 %)	
Hauts-de-France (N= 35)	14 (40,00 %)	21 (60,00 %)	
Ile-de-France (N= 36)	15 (41,67 %)	21 (58,33 %)	
Normandie (N= 23)	8 (34,78 %)	15 (65,22 %)	
Nouvelle Aquitaine (N= 73)	35 (47,95 %)	38 (52,05 %)	
Occitanie (N= 51)	21 (41,18 %)	30 (58,82 %)	
Outre-Mer (N= 4)	1 (25,00 %)	3 (75,00 %)	
Pays de la Loire (N= 40)	20 (50,00 %)	20 (50,00 %)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur (N= 82)	35 (42,68 %)	47 (57,32 %)	
- Date d'accès aux maques (N= 562) :			<b>&lt;0,0001</b>
Avant le 15/03 (N=133) :	38 (28,57 %)	95 (71,43 %)	
Entre le 16/03 et le 31/03 (N=218)	87 (39,91 %)	131 (60,09 %)	
Entre le 01/04 et aujourd'hui (N=189)	98 (51,85 %)	91 (48,15 %)	
Pas encore (N=22)	14 (63,64 %)	8 (36,36 %)	
- Pénuries en EPI (N= 537) :			<b>0,0016</b>
Quantité suffisante (N= 105)	36 (34,29 %)	69 (65,71 %)	
1 EPI (N= 152)	58 (38,16 %)	94 (61,84 %)	
2 EPI (N= 157)	66 (42,04 %)	91 (57,96 %)	
3 EPI (N= 72)	38 (52,78 %)	34 (47,22 %)	
4 EPI ou plus (N= 51)	33 (64,71 %)	18 (35,29 %)	
- Cas suspects (N= 561) :			0,1072
Oui (N=397)	177 (44,58 %)	220 (55,42 %)	
Non (N=164)	61 (37,20 %)	103 (62,80 %)	
- Cas confirmés (N= 562) :			<b>0,0103</b>
Oui (N=199)	99 (49,75%)	100 (50,25 %)	
Non (N=363)	140 (38,57 %)	223 (61,43%)	
- Cas décédés (N=560) :			<b>0,0159</b>
Oui (N=139)	71 (51,08 %)	68 (48,92 %)	
Non (N=421)	166 (39,43 %)	255 (60,57 %)	
- Discrimination (N= 561) :			<b>&lt;0,0001</b>
Aggravation (N= 161)	97 (60,25%)	64 (39,75 %)	
Pas de changement (N=247)	93 (37,65 %)	154 (62,35 %)	
Amélioration (N=48)	16 (33,33 %)	32 (66,67 %)	
Jamais de discrimination (N=91)	24 (26,37 %)	67 (73,63 %)	
Ne se prononce pas (N=14)	7 (50,00 %)	7 (50,00 %)	
- Organisation des visites (N= 562) :			<b>0,0124</b>
Oui sans difficultés (N= 246)	89 (36,18 %)	157 (63,82 %)	
Oui mais compliqué (N= 298)	144 (48,32 %)	154 (51,68 %)	
Non (N= 18)	6 (33,33 %)	12 (66,67 %)	

\*NR : non réalisable : effectifs théoriques inférieurs à 5 et regroupements impossibles.

Le ressenti d'abandon n'était pas significativement différent en fonction du métier des répondants, il était cependant légèrement plus élevé chez les médecins-co (43%) et les IDEC (41,5%) que chez les autres répondants (37,5 %, pour les directeurs d'établissements, cadres et médecins extérieurs). Nous n'avons pas pu réaliser de statistique comparative en fonction des régions mais simplement observer que le ressenti d'abandon était plus élevé en Corse (75%), en Pays de la Loire (50%), en Nouvelle-Aquitaine (48%) ou dans le Grand-Est (47%) que dans les autres régions. Le ressenti d'abandon n'a pas été significativement plus important dans les zones rouges que dans les zones non rouges, et au contraire, 41% des répondants des zones rouges ont ressenti un abandon des EHPAD, versus 44 % des répondants en zones non rouges. Le test du Chi<sup>2</sup> ne retrouvait pas de différence significative. C'était également le cas pour la recherche d'une différence entre les EHPAD situés en territoire urbain vs ruraux.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en fonction du nombre de résidents dans l'EHPAD, des modes de gestion, de la présence ou non d'une unité protégée ou de l'expérience antérieure de gestion d'épidémie.

Une importante différence significative a été décrite pour le ressenti d'abandon des EHPAD en fonction de la date d'accès aux masques : plus leur arrivée a été tardive plus le ressenti d'abandon était grand. Par exemple, pour les répondants qui n'avaient pas encore suffisamment de masques lors de l'étude, le ressenti d'abandon était de 64%, puis de 52% lorsque les masques étaient arrivés après le 1<sup>er</sup> avril en quantité suffisante, alors qu'il n'était que de 29% chez les répondants ayant eu accès aux masques avant le 15 mars. Il en est de même pour les pénuries en EPI, les répondants ayant des équipements en quantité suffisante se sentaient moins abandonnés (34% des cas). Dans notre étude, ce ressenti d'abandon était croissant avec le nombre d'équipements manquants.

Nous n'avons pas obtenu de différence statistique entre les EHPAD qui ont présenté des cas suspects ou non. En revanche le ressenti d'abandon a été significativement plus important (p-value : 0,01) pour les répondants ayant eu des cas confirmés dans l'établissement (à 50% versus 39%), ainsi que pour les répondants qui ont déploré des décès de résidents (51% vs 39%).

Le ressenti de discrimination et celui d'abandon étaient statistiquement liés. Les répondants ayant décrit une aggravation de la discrimination exprimaient un ressenti d'abandon dans 60% des cas ; tandis que pour les répondants qui ne disaient jamais ressentir de discrimination envers les résidents des EHPAD, celui-ci était de 26%. Nous n'avons pas mis en évidence de différence concernant la réalisation du dépistage à grande échelle. Pour finir, nous avons trouvé une différence significative selon que les répondants aient pu ou non reprendre l'organisation des visites, le ressenti d'abandon étant plus important lorsque l'organisation de celles-ci était compliquée.

### 3.9. Les appuis efficaces

Tab. 28 : Les appuis efficaces pour les EHPAD

<b>28. Quels ont été, selon vous, les appuis efficaces que vous avez eus depuis le début de l'épidémie ?</b> (plusieurs réponses possibles)	N (539)	%
Directions de l'établissement/du groupe de l'institution	417	77,4 %
Équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) et l'HAD	246	45,6 %
Le centre hospitalier de proximité	179	33,2 %
Médecins généralistes des résidents, CPTS et centres Covid ambulatoires	171	31,7 %
L'ARS de votre région	168	31,2 %
Le SAMU centre 15	124	23,0 %
Autorités locales (municipalité, communauté de communes, préfecture)	113	21,0 %
CHU référent	89	16,5 %

Nous nous sommes intéressée aux appuis efficaces qui ont aidé les EHPAD à traverser cette crise sanitaire grâce à une question avec des choix multiples ainsi qu'avec un champ de réponse libre. Pour cette question, ont été conservées uniquement les réponses données par les soignants : médecins et infirmiers coordonnateurs, soit 539 réponses, pour éviter un biais de réponse concernant les aides efficaces venant de la part des directions. Ainsi les réponses données par le personnel de direction ainsi que par les cadres n'ont pas été prises en compte dans les résultats (Tab. 28).

Au moyen du champ libre « autre », les répondants pouvaient lister également des appuis efficaces qui n'étaient pas proposés dans les choix de réponses. Ont été cités les équipes mobiles d'hygiène et/ou de dépistage (14 répondants), les équipes, plateformes ou lignes d'astreinte COVID (12 réponses), ainsi que les CPIAS (5 réponses).

Les médecins coordonnateurs ont créé et participé à des réseaux professionnels. Ils ont également cité leurs principales associations syndicales ainsi que la Société Française de Gériatrie et Gérontologie : « AMCOOR (Association des Med Coordonnateurs) », « FNADEPA », « SFGG et SFAP », « association des medco de notre région », « Association locale de médecins coordonnateurs qui a fait circuler infos et expériences », « échanges WhatsApp entre médecins co », « AMC13 », « Association de médecins coordonnateurs (Medco34) ».

Les renforts en personnel ont été cités plusieurs fois, notamment de la part des IFSI (2 réponses) : « IFSI de notre secteur très efficace pour le renfort en personnel soignant », ainsi que les appuis de la part des IDE libéraux (2 réponses également). Ont été cités aussi : « un afflux de bénévoles, personnels d'accueils de jour et d'internats fermés », « Soutien des autorités locales avec mise à disposition de personnel en renfort ». Deux répondants ont été appuyés par une clinique de proximité, notamment une « clinique privée qui s'est organisée et a communiqué auprès des EHPAD pour accueillir les covid ». Plusieurs répondants citent les aides matérielles qui leur ont été apportées : les dons privés et associatifs (4 réponses), entreprises privées et locales, les commerces alentour qui ont donné du gel, du matériel ou des denrées alimentaires pour le personnel (3 réponses), ainsi que les pharmaciens et dentistes qui ont donné des masques FFP2. Les réseaux locaux/amicaux ont permis des dons mais aussi la confection de matériel de protection que nous retrouvons dans 2 réponses dont celle-ci : « les couturières bénévoles pour les masques et blouses tissus ». La télécommunication a pu être un appui efficace, notamment grâce à « l'équipe de télémédecine », « WEB conférence organisée par le CHU », ou par le « télé staff de l'équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie ». Ont également été cités (une fois chacun) : l'URPS, l'URLM, le Conseil de l'ordre des médecins ainsi que « la direction de l'autonomie du département ».

Cependant, plusieurs répondants n'ont pas considéré avoir été aidés dans leur gestion de crise comme le témoignent les 7 réponses suivantes : « AUCUN... », « Personne ne s'est réellement inquiété de nous. Même quand nous pleurons après les masques », « pas d'appui, mais des réponses pas assez claires de tous », « Je me suis sentie très très seule », « en gros ? personne ! surtout pas ARS et commune... », « au final on était seul pendant 2 mois », et pour conclure : « aucun appui efficace car le manque de personnel paraît insoluble et reste le problème majeur ».

### 3.10. Axes d'amélioration

Tab. 29 : Axes d'amélioration

<b>29. Quels seraient, selon vous, les axes d'amélioration à mettre en œuvre pour les EHPAD dans ce contexte de crise sanitaire ?</b> (plusieurs réponses possibles)	N (570)	%
Augmentation des dotations en personnel (soignant et non soignant)	466	81,8 %
Des moyens financiers supplémentaires pour les moyens techniques de l'EHPAD	367	64,4 %
Améliorer l'accès aux tests de dépistage	319	56,0 %
Formation du personnel par des équipes d'hygiénistes	303	53,9 %
La prime exceptionnelle annoncée par le gouvernement pour le personnel en EHPAD	267	48,4 %
Réserve sanitaire réservée au secteur médico-social	167	29,3 %
Améliorer l'accès aux hospitalisations pour les cas suspects/confirmés	163	28,6 %
Une communication régulière avec l'Agence régionale de santé pour un meilleur suivi des besoins	129	22,6 %
La possibilité de communiquer directement les besoins du terrain au Ministère de la Santé	127	22,3 %

Nous avons obtenu 570 réponses à cette question, qui présentait plusieurs choix possibles ainsi qu'un champ de réponse « autre » pour permettre plus de précisions. Parmi les répondants, 82% des médecins et IDEC interrogés estimaient que l'augmentation des dotations en personnel est le principal axe d'amélioration à mettre en œuvre pour les EHPAD.

Des précisions ont été apportées par le biais du champ de réponse « autre ». Concernant les dotations en personnel : « payer correctement les soignants pour favoriser le recrutement » (plusieurs réponses similaires), « améliorer l'attractivité des métiers comme AS en EHPAD : formation et paye », « Présence IDE de nuit », « organiser des gardes de nuits IDE et une astreinte nocturne médicale pour gérer les détresses respiratoires brutales ». La réserve sanitaire n'a pas toujours été adéquate selon certaines réponses : « réserve sanitaire difficile d'accès et inadaptée. », « Des informations claires concernant la réserve sanitaire disponible afin d'y favoriser l'accès ».

Les répondants ont décrit l'augmentation du budget des EHPAD comme nécessaire, avec la demande « d'une revalorisation pérenne des salaires », ou aussi : « avoir un fond d'urgence débloqué dès le début de la crise au lieu de remboursements de surcoûts a

*posteriori* (qui freinent les directions sur les besoins humains) », « aide budgétaire pour les EHPAD : la crise a créé des surcoûts importants en termes de matériel et de personnel ».

Les tests PCR nécessitent plus de fiabilité : « Fiabilité des tests et dépistages avant de les généraliser », « améliorer la fiabilité des tests », « l'accès aux tests de dépistage dès le début de l'épidémie ». Concernant le matériel, dans un grand nombre d'EHPAD, les stocks sont arrivés tard et au compte-gouttes : « besoin d'appui pour aider à trouver le matériel de protection (gant, masque etc.) », « matériel à temps », « disponibilité du matériel de protection, très difficile au début ».

Plusieurs répondants, médecins-co ou IDEC, ont proposé comme voie d'amélioration la présence accrue d'un médecin coordonnateur au sein des EHPAD : « Majorer la présence des médecins coordonnateurs dans les EHPAD », « augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur », « présence d'un médecin salarié indispensable », « Que chaque EHPAD ait un médecin coordonnateur sur le terrain ». Il est aussi proposé de lui donner davantage de poids : « avoir un vrai poids et ne pas être que consultatif au niveau de la direction de l'EHPAD », « donner du pouvoir au médecin coordonnateur », « Mieux associer les médecins coordonnateurs lors de l'élaboration de consignes et recos ».

Le rôle des médecins traitants dans les EHPAD a pu être remis en cause par certaines propositions : « suppression du suivi des résidents par leur médecin généraliste de ville et suivi et prescriptions par les médecins coordonnateurs », « Médecins salariés en EHPAD et fin des libéraux », « Permettre une mobilisation plus grande des généralistes dans les EHPAD », « Une mise à plat complète du système EHPAD vs MG vs SAMU ».

D'autres solutions concernant les prises en charge ont été proposées : « accès aux traitements réservés aux hospitaliers », ou bien notamment de changer le modèle des EHPAD : « transformer les EHPAD en USLD avec passage d'un médecin tous les jours », « que les EHPAD soient considérés comme des structures "à part entière" avec toutes les conséquences techniques, pratiques et stratégiques que cela implique ». Des avis spécialisés sont aussi souhaités : « Équipe mobile ou consultation d'appui de gériatrie territoriale », une « Hotline gériatrique », « Numéros dédiés pour gériatre, hygiène, spécialistes... » pour « un égal accès aux soins pour les résidents d'EHPAD ».

Au sujet de nos tutelles, les commentaires des répondants ont été dans l'ensemble très négatifs : « des responsables capables et non des lâches incapables », « supprimer les bavards et les mettre au travail...(ministres, ARS, santé publique...) », « Honnêteté dans le discours des tutelles, EPI attendus pendant des semaines.... », « je n'ai plus confiance en nos tutelles », « laisser plus de responsabilité aux acteurs de terrain, nous libérer du joug de l'ARS, ôter le plein pouvoir aux cols blancs » ou encore : « Laisser la médecine aux médecins ».

Un changement drastique concernant le suivi des EHPAD par les ARS semble être indispensable : « amélioration de l'ARS: soutien logistique efficient sur le terrain - allègement des injonctions administratives et comptables chronophages », « Communication fantaisiste des ARS (jamais une réponse claire malgré plusieurs appels, on peut vous dire 3 versions sur 3 appels...) », « l'ARS n'a pas du tout été un soutien, au contraire, augmentation de la charge de travail / déclaration des cas suspects et ou confirmés et suivi ... que des statistiques qui ne seront même pas exploitables », « La suppression de l'ARS : malfaisant et non facilitant », « ARS : réponse aux besoins!!! (pas que le suivi inutile) » ou encore « ARS trop lentes lourdes et inertes pas aidantes » ... Au sujet des recommandations, les répondants ont exprimé le besoin d'une : « communication "SIMPLE" (inondation ADMINISTRATIVE++++ trop envahissante et inefficace !) ».

### **3.11. Besoins, avis et suggestions pour améliorer la gestion de la crise sanitaire en EHPAD**

Les deux dernières questions de notre étude permettaient des champs de texte libre de réponse. L'objectif était d'obtenir l'expression du point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs, de connaître leurs besoins, leurs avis et remarques sur la gestion de la crise sanitaire. Ces questions étaient les suivantes :

- Quels sont vos BESOINS actuels et futurs pour permettre la protection et la qualité des soins des résidents dans les mois à venir ?
  
- Question 22 : Avez-vous des AVIS/SUGGESTIONS supplémentaires qui pourraient améliorer la gestion de la crise sanitaire dans les EHPAD ?

### 3.11.1. Analyse par logiciel d'analyse linguistique Tagmatica®

Nous avons reçu de très nombreuses réponses et témoignages, représentant au total plus de 20 000 mots de la part des 571 répondants. Nous avons tout d'abord étudié les différents thèmes abordés à l'aide d'un programme d'analyse linguistique, Tagmatica®. Les deux questions ont fait l'objet d'une analyse par ce programme : d'abord séparément puis ensemble, au vu des nombreuses similitudes dans les thèmes abordés. La colonne qui représente la concaténation ne compte qu'une seule fois un thème abordé par un même répondant pour les 2 questions. Les réponses seront ensuite détaillées par les *verbatim*. Comme nous le verrons, l'une et l'autre se complètent.

Tab. 30 : Analyse linguistique des champs libres de réponses

	Besoins	Avis/Suggestions	Concaténation des 2 questions
Nombre de réponses	N = 474 (%)	N = 345 (%)	N = 474 (%)
Nombre de phrases	646	557	1208
Nombre de mots	9773	10553	20618
<b>Thèmes abordés :</b>			
Manque de personnel	244 (51,50 %)	82 (23,80 %)	275 (58,00 %)
Manque de matériel	173 (36,50 %)	41 (11,90 %)	197 (41,60 %)
Manque de concertation	17 (3,60 %)	46 (13,30 %)	63 (13,30 %)
Problématiques de tests/dépistages	41 (8,60 %)	20 (5,80 %)	57 (12,00 %)
Problèmes de rémunération	30 (6,30 %)	24 (7,00 %)	53 (11,20 %)
Problématiques d'information	18 (3,80 %)	17 (4,90 %)	33 (7,00 %)
Problématiques de locaux	16 (3,40 %)	4 (1,20 %)	19 (4,00 %)
Problématiques concernant les visites pour les familles	7 (1,50 %)	1 (0,03 %)	8 (1,70 %)

Concernant les besoins actuels et futurs proposés par les répondants, plus de la moitié évoquent des besoins en dotation de personnel pour les EHPAD. Ils sont plus d'un tiers (36%) à aborder le manque de matériel, en particulier en EPI. Viennent ensuite les besoins de pouvoir réaliser les tests de dépistages pour une quarantaine de répondants. Les problématiques de rémunération sont abordées dans 30 réponses, suivies des problématiques d'information ainsi que du manque de concertation. 16 réponses à cette question abordent les problématiques des locaux architecturaux et autres moyens techniques.

345 répondants ont proposé des avis et suggestions supplémentaires pour améliorer la gestion de la crise sanitaire en EHPAD. Sont abordés de nouveau le manque de personnel et

de matériel. Dans cette question, la majeure partie des répondants propose un changement d'organisation de nos institutions, une meilleure prise en compte des besoins des EHPAD et une amélioration de la communication entre nos tutelles et les professionnels sur le terrain, qui témoignent, comme nous le verrons ultérieurement, d'un manque d'écoute et de concertation.

### **3.11.2. Analyse par logiciel d'analyse linguistique NVIVO®**

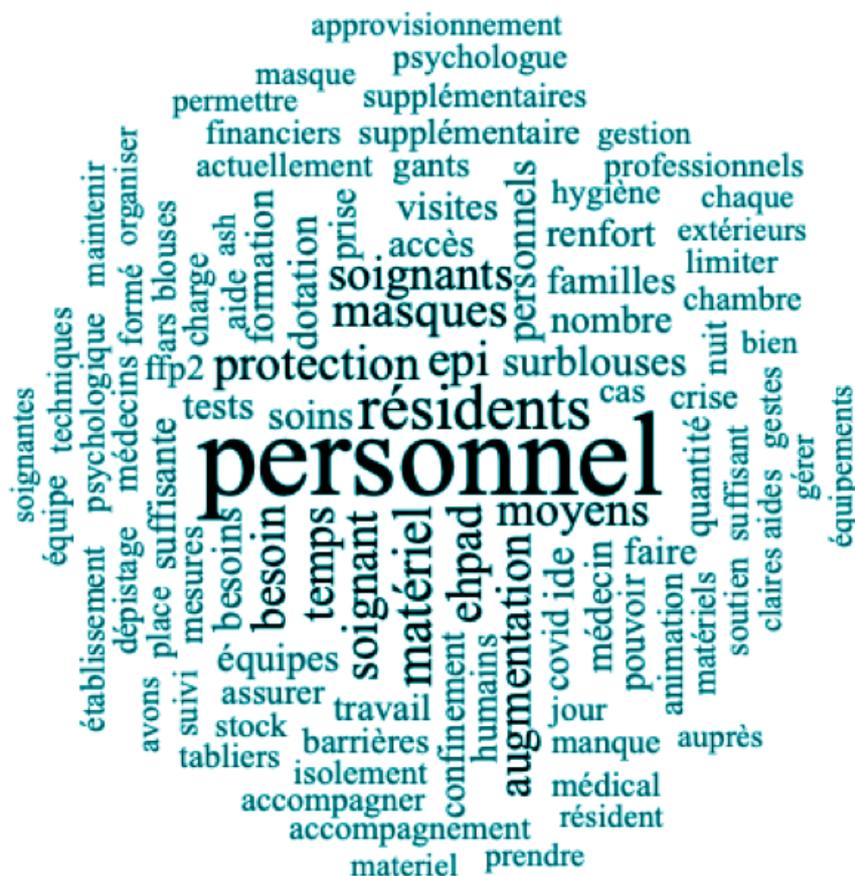
Nous avons ensuite utilisé un logiciel de référence d'analyse qualitative, NVIVO® pour représenter de façon graphique les réponses à ces 2 questions à champ de texte libre. Les principaux mots employés lors de la rédaction de ces questions sont représentés par les nuages de mots dans les figures 1 et 2 ci-après. Le thème principal abordé dans les 2 questions est de très loin le personnel (soignant et non soignant).

Dans les requêtes de fréquence des mots, nous avons retenu les 20 principaux mots employés dans chacune des réponses. Les mots « personnel », « soignant », « résidents », « matériel », « moyens » et « masques » sont communs aux 2 questions comme les principaux mots utilisés par les répondants.

Concernant les besoins, les mots les plus souvent employés dans les réponses sont les suivants : « protection », ainsi qu'« augmentation », « équipes », « epi », « temps », « suffisantes » « surblouses », « soins », « dotation » ou encore « ide ». Dans la question portant sur les avis et suggestions pour l'amélioration de la gestion de cette crise, les mots « ehpad », « médecin » et « ARS » sont alors davantage employés. Suivis des mots : « crise », « équipes », « temps », « protection », « augmenté », « aides » ou encore « formation ».

**Question 21 :** Quels sont vos BESOINS actuels et futurs pour permettre la protection et la qualité des soins des résidents dans les mois à venir ?

Fig. 1 : Question 21, nuage de mots



Tab. 31 : Question 21, fréquence de mots

<u>Mots</u>	Nombre	Pourcentage pondéré	<u>Mots</u>	Nombre	Pourcentage pondéré
personnel	231	4,74%	équipes	48	0,98%
soignant	100	2,05%	epi	48	0,98%
résidents	87	1,78%	temps	44	0,90%
matériel	70	1,44%	médecin	43	0,88%
besoin	69	1,42%	suffisantes	40	0,82%
masques	55	1,13%	surblouses	36	0,74%
protection	52	1,07%	soins	35	0,72%
augmentation	51	1,05%	dotation	34	0,70%
chpad	49	1,01%	ide	32	0,66%
moyens	48	0,98%	familles	31	0,64%



### 3.11.3. Analyse des *verbatim*

Les questions à champs libres de réponse ont ensuite été retranscrites ci-après par des *verbatim*, dans le souci d'un maximum de transparence et de fidélité. Les réponses ont d'abord été regroupées par thèmes et idées abordées. Certaines des réponses sont citées telles quelles, sachant que lorsque les idées étaient redondantes, nous avons sélectionné celles qui nous semblaient les plus pertinentes.

À la question : « Quels sont vos BESOINS actuels et futurs pour permettre la protection et la qualité des soins des résidents dans les mois à venir ? », nous avons obtenu 474 réponses, au gré de 8526 mots. Le mot clef a été, de loin, le personnel. Ce thème a été décliné à travers 4 grandes problématiques principales : un besoin d'augmentation en nombre, une nécessité de formation, le besoin de repos et d'accompagnement psychologique, et enfin celui de reconsidération et de revalorisation.

Différents autres thèmes ont été abordés et sont développés un à un dans ce chapitre, pour retranscrire l'ensemble des propositions rédigées par les répondants. La dernière notion, qui donne ouverture à la question suivante, concerne le besoin crucial de voir naître des décisions de la part d'acteurs ayant des connaissances du terrain et de la pratique réelle, bien différents du protocolaire. Une quinzaine de répondants (sur un total de 470 réponses) ont déclaré ne pas avoir de besoin particulier actuellement.

#### 3.11.3.1. Quels sont vos BESOINS actuels et futurs pour permettre la protection et la qualité des soins des résidents dans les mois à venir ?

##### I. Du personnel, soignant et non soignant

###### 1. Augmenter les effectifs

Les répondants sont unanimes sur le besoin d'« augmentation de la dotation en personnel » pour les EHPAD : plus d'une vingtaine de réponses à ce propos étaient identiques. S'y ajoutent ces demandes et précisions : « Il faut du personnel en nombre suffisant de jour comme de nuit, IDE et AS », « Augmenter les effectifs en aide-soignants et infirmiers au long cours », « Plus de candidats IDE et AS. Impossibles à trouver. », « Postes vacants », « Sous-effectif chronique du personnel soignant avec épuisement déjà présent en dehors d'une période épidémique » etc.

Les professionnels qui nécessitent une augmentation en nombre de salariés sont en particulier les IDE et aides-soignants, cités dans une grande majorité des réponses. Plusieurs répondants précisent que la présence d'une IDE la nuit serait nécessaire (actuellement, dans la grande majorité des établissements il n'y a pas d'IDE la nuit). Le troisième poste dont les répondants ont le plus déclaré avoir besoin est celui d'animateur/trice, indispensable à la vie des EHPAD. Les autres professionnels concernés ont été : les ASH, les médecins, les kinésithérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les diététiciens, les coiffeurs, les équipes externes de désinfection des locaux.

Les EHPAD nécessitent du « personnel pour prévenir et traiter les conséquences psychologiques du confinement », pour le « soutien psychologique des résidents (beaucoup de

syndromes de glissement) ». Nombreuses remarques sont faites sur le besoin d'animation au sein de l'établissement : « personnel accompagnant : augmentation des dotations en personnels "relation sociale" pour suppléer à l'absence des familles afin de limiter les décompensations psychiques et physiques », « pour consacrer plus de temps au résident (temps d'animation collectif et individuel, soins de bien-être et de confort) », « Dispositifs de bien-être, activités de loisirs, communication à développer: important ++ en EHPAD, autant que les soins », « conforter l'équipe d'animation pour qu'il y ait de la vie dans ces structures », « permettre la reprise d'une vie sociale pour les résidents, en toute sécurité », « pour faire face au risque majeur de décompensation psychologique en confinement, avoir plus de personnel pour passer du temps avec les résidents, les aider à manger en chambre, à sortir en étant isolés, leur parler, les aider à contacter leurs proches, leur faire faire de l'entretien musculaire et articulaire etc. etc. ».

L'isolement des cas Covid+ et le respect des gestes barrières nécessitent également du personnel supplémentaire : « Du personnel pour permettre la sectorisation des unités covid/non covid et son personnel dédié (pas de croisement des équipes) », « la mise en place d'une unité Covid nécessite un renfort ETP », « accompagner les résidents confinés, maintenir un isolement en unité sans croisement de personnel... ». Des renforts sont nécessaires en personnel qui assure le nettoyage des locaux en cette période épidémique : « Pour bionettoyage », « Du personnel pour le nettoyage des locaux », « Une augmentation des ETP ASH pour absorber les nouvelles procédures de l'hygiène des locaux et du linge », « Personnel pour continuer à assurer le bionettoyage correctement et régulièrement (temps ASH mais aussi AS actuellement) ».

Les répondants décrivent avoir besoin de personnel pour l'organisation des visites : « organisation des visites très chronophage », « un CDD pour s'occuper des visites des familles pour les résidents, cela nous prend 1 ETP. », « pour s'occuper des visites familiales : Cela permettrait à l'animatrice et au psychologue de se recentrer sur leur mission... », « Besoin de personnel non soignant pour le SAS filtrant et contrôle des personnes extérieures à l'établissement. », « personnel supplémentaire pour les visites des familles suivi des gestes barrières », « bénévoles pour organiser les visites, et augmenter le nombre de visite ».

## *2. Formation du personnel*

Les répondants expriment la nécessité que le personnel des EHPAD soit **qualifié, formé, compétent**. En effet, un grand nombre de répondants font état de difficultés à recruter des aides-soignants de formation, ainsi qu'à obtenir des situations stables d'embauche afin de pérenniser les équipes de soins. « Augmentation du personnel qualifié (stop faisant fonction) », « aides-soignants et des IDE qui ne soient pas que contractuels, afin de pouvoir les former et les garder une fois formés. », « Éviter les intérim et favoriser l'embauche », « Équipe de soins pérenne, formée et motivée », « La limitation de recours aux intérimaires, la limitation de l'accès aux stagiaires », « Formations régulières des équipes ».

Les besoins en formations spécifiques sont souvent cités, notamment en **hygiène** et en **gérontologie** : « Renouvellement formation des professionnels concernant l'hygiène en EHPAD », « Un travail de collaboration avec l'équipe d'hygiène du CH de référence, qui existe en théorie, mais pas sur le terrain par manque de temps médical (un seul PH pour tout le GHT !!) et de temps d'IDE hygiéniste », « formation permanente pour maintenir les acquis

et développer l'auto-évaluation », « formation des soignants adaptée aux troubles cognitifs des résidents »...

### 3. *Besoin de repos et de soutien psychologique*

Au lendemain de la première vague épidémique, qui a mobilisé une charge et un temps de travail exacerbés, les personnels d'EHPAD ont besoin de congés, de repos : « Renfort des équipes qui sont épuisées », « augmenter le personnel pour une meilleure prise en charge et éviter l'épuisement », « Le personnel A BESOIN DE REPOS/prendre des congés/d'être remplacé par du personnel "non épuisé" (IDE - AS surtout) », « remplacement systématique et immédiat des soignants absents », « Pour assurer les remplacements d'été (pénurie d'AS sur le marché du travail) », « Les effectifs sont épuisés, nous sommes à la veille de nombreux burn-out, les sollicitations sur les agents dépassent l'entendement, grande souffrance du personnel. »

Le personnel a besoin d'avoir du soutien psychologique au regard des conséquences anxiogènes et dramatiques qu'a entraînées la pandémie dans les établissements : « les professionnels ont un besoin de soutien psychologique pour passer cette période et assurer la suite », « Suivi psychologique des équipes », « Temps de communication avec les familles et les personnels, soutien psychologique des résidents, familles et personnel », « Limiter au maximum l'épuisement des soignants et favoriser leur prise en charge psychologique », « accompagnement psychologique des équipes toutes catégories professionnelles confondues ».

### 4. *Revalorisation du travail du personnel des EHPAD*

Le personnel des EHPAD demande à être reconnu et revalorisé, sur le plan social, moral et budgétaire : « Besoin de reconnaissance de la qualité de notre travail », « valoriser le travail exceptionnel fourni par les équipes », « salaire décent », « reconnu dans leurs compétences, c'est-à-dire avec une juste rémunération de leur travail », « manque d'attractivité pour les professionnels paramédicaux et médicaux. Revalorisation des métiers des soins en EHPAD (AS, ASHQ, IDE). », « rendre attractif les métiers du grand âge (salaire, formation) », « l'arrêt immédiat du mépris pour le personnel travaillant en EHPAD », « Les soignants se tournent peu vers les EHPAD à la sortie d'école, probablement que les conditions de travail et la rémunération peu attractive y sont pour beaucoup ».

## **II. Des moyens pour les EHPAD**

### 1. *Des moyens financiers*

Beaucoup déclarent nécessiter davantage de moyens financiers : « Moyens financiers supplémentaires » (*verbatim* cité plus d'une dizaine de fois), « Augmentation des enveloppes budgétaires. », « augmentation des moyens financiers et humains conformément au rapport Libault », « Une augmentation des budgets en général », « soutien financier pour toutes les dépenses supplémentaires depuis le début de la crise sanitaire », « Une dotation permettant de faire face aux frais supplémentaires engagés. », « des Budgets formation », « valorisation des rémunérations et budget de formation en conséquence ( type assistante de soins en gérontologie étendu à l'ensemble des AS) », « augmenter le financement des services à la personne », « moyens techniques stables sur les mois à venir ». Plusieurs répondants

proposent de ne plus se baser sur le PATHOS pour la dotation financière des EHPAD : « arrêter d'établir une valeur financière du résident en ehpad avec la coupe PATHOS », « suppression du PATHOS ».

## *2. Davantage de matériels et des locaux adaptés*

La troisième notion importante abordée au cours de cette question concerne les besoins en matériel de protection (EPI). Comme nous l'avons vu précédemment, selon les répondants, la dotation n'était pas suffisante dans un grand nombre d'établissements : « Besoins de stock suffisant », « Accès aux EPI sans crainte de pénurie », « quantité suffisante », « besoin du "reassor" régulier du matériel de protection », « Pérenniser la dotation en matériel de protection au moins pour les 6 prochains mois », « stock en matériel pas possible car pas de budget (restrictions financières décidées par nos directeurs "financiers" comme au gouvernement...) »...

Il existe un réel besoin d'approvisionnement en EPI : « La principale difficulté actuelle est l'accès à certains équipements individuels de protection », « besoin d'approvisionnement fluide », « rupture approvisionnement », « sans être obligé de fonctionner en situation " dégradée" », « Il est actuellement difficile de commander des équipements de protection (gants, surblouses, tabliers, masques) », « Nous n'avons pas de visibilité sur les livraisons futures de masques par l'ARS (...) ». De plus, les répondants dénoncent une importante inflation des prix : « tarifs qui ont augmenté très fortement », « actuellement soit délais importants soit coût beaucoup plus élevé qu'avant la crise », « augmentation spectaculaire et honteuse du prix de tous les EPI »...

Certains EPI ont donc été manquants : « Masques pour les soignants, mais aussi pour les résidents et leurs familles », mais aussi les « blouses de protection, Surblouses et tabliers plastiques », « Des blouses longues pour les intervenants extérieurs (lavables et durables dans le temps) », « Circuits Dasri, des produits de désinfection, produit désinfectant de surface », « Avoir du stock en solution hydro-alcoolique », « du matériel adapté pour la prise en charge de patients présentant des signes de gravité (débitmètre à oxygène, tensiomètres, saturomètre, seringues électriques, pieds à perfusion, lunettes à oxygène, multiprises . . . ) ». Et des demandes d'améliorer la qualité du matériel : « Obtenir de la part de l'ARS des EPI de qualité, par ex des surblouses qui ne se déchirent pas au moment de l'enfilage ou qui ne soit pas des sacs poubelles (oui oui, nous avons reçu des "sacs poubelles" avec des trous pour les bras et d'autres sacs poubelles pour les manches "amovibles") », « Depuis quasiment le début de l'épidémie nous fonctionnons avec des sur-blouses tissus confectionnées et obtenues grâce à des dons. », « masques périmés - gants trop fragiles - SHA trop liquide... ».

Un certain nombre de répondants témoignent d'un besoin important d'amélioration de leurs locaux : pour envisager des confinements par unités, pour les adapter aux résidents avec des troubles du comportement (déambulation, fugue) et d'avoir accès à du matériel moderne. « Réorganisation architecturale de l'établissement », « un contexte architectural ayant intégré le risque de confinement. », « Aménagement d'un espace sécurisé et adapté pour les visites des familles », « transformation de l'organisation de l'ehpad en petites unités », « Aménagement des locaux en fonction des troubles cognitifs des résidents », « besoin de création d'une unité fermée pour les déambulants », « amélioration et réaménagement des chambres de résidents », « Des aménagements extérieurs adaptés afin de leur permettre de sortir en sécurité au sein de l'Ehpad », « moyens financiers pour création d'espace "détente" »

type snozelen par exemple pour limiter les troubles psycho comportementaux », « réaménagement des espaces de vie commune/réouverture des PASA », « moyens informatiques pour favoriser communication résidents/familles », « La WIFI dans l'établissement. », « télécommunication (tablette numérique pour patient et famille) », « du matériel plus performant pour le personnel exerçant en ehpad. »...

### *3. Des Tests et des Thérapeutiques*

Nos répondants expriment qu'ils ont besoin d'accéder aux tests de dépistage et rapidement : « disponibilité des tests PCR », « accès au dépistage à faciliter », « Tests sans restriction aucune et autant que de besoin », « Accès aux tests inférieur à 24h », « Accès rapide aux tests FIABLES », « accès aux tests rapidement et massivement dès que le besoin se présente », « dépistage annoncé non réalisable (manque de tests et/ou de réactifs) », « Si présence d'un cas confirmé : dépistage de tous les résidents et personnels », « ACCES RAPIDE, FACILITÉ ET en NOMBRE SUFFISANT à un dépistage EFFICACE ET FIABLE. »...

La sérologie est aussi attendue : « Accès à un dépistage sérologique fiable », « Dans le futur, des tests sérologiques efficaces pour assurer leur protection », « L'intégration du dépistage sérologique à la nomenclature SECU (pour remboursement). », « test sérologique pour l'ensemble (résidents et soignants) ».

Il y a également des demandes pour un « Accès aux molécules actuellement non disponibles en ville. », « MIDAZOLAM par exemple alors qu'on nous a demandé d'accompagner nos résidents dans l'ehpad+ "secteur COVID" : nous ne sommes pas des hôpitaux... », « accès aux traitements réservés aux hospitaliers », « des traitements nécessaires disponibles en quantité suffisante pour une épidémie », « HCQ +AZ en prophylaxie », « vaccin dès que possible ». Ainsi que pour un vaccin et des connaissances sur le virus : « en savoir plus sur le virus, la contagiosité, le vaccin, des sérologies sûres, afin de savoir où nous allons et pouvoir mettre en place des stratégies. », « connaissances sur le virus+++ », « limiter les effets indésirables du "virus de la peur" », « Rendre la vaccination (grippale, COVID ?) obligatoire pour les équipes (perte de temps pour sensibiliser et résultats médiocres) ».

## **III. Sur le plan médical**

### *1. Améliorer les prises en charge*

Au sujet des médecins traitants, certains répondants décrivent une implication insuffisante dans la prise en charge de leurs patients : « Amélioration de l'implication des médecins traitants. Ils ne doivent pas seulement venir pour des renouvellements!!!! », « meilleur suivi du médecin traitant », « reprise de la venue des médecins traitants à l'EHPAD avec protection (surblouse, masque...) », « reprise de la continuité des soins par les médecins généralistes et spécialistes », « Retour effectif MT ». Certains proposent de permettre le salariat de médecins prescripteurs pour les prises en charge en EHPAD : « Présence obligatoire de médecin salarié prescripteur dans tous les EHPAD », « permettre un suivi régulier des résidents par la mise en place des postes salariés des médecins », « plus de médecins (aucun médecin sur l'EHPAD au début de l'épidémie fin mars car le seul médecin habituel était en arrêt car malade du Covid). ».

La formation en gériatrie et les spécialistes de cette spécialité sont nécessaires aux EHPAD : « former les médecins à la gériatrie », « L'instauration d'une réelle filière gériatrique dans le département », « accès facilité pour avis et soutien aux équipes mobiles de gériatrie. », « Favoriser un travail territorial et avoir une dynamique de filière gériatrique non pas hospitalo-centrée mais axée sur les besoins du territoire et sur la partage expérience inter-établissements qu'ils soient publics, associatifs ou privés ».

Les hospitalisations des résidents des EHPAD, quand elles sont nécessaires, doivent être facilitées, notamment avec la possibilité de prise en charge directement dans les services sans passage par les urgences : « Besoin de réseaux EHPAD/hôpital », « facilité d'hospitalisation », « accès simplifié aux hospitalisations à poursuivre. », « accès à l'hospitalisation pour les premiers cas de covid confirmés (quand moins de trois cas) », « Pouvoir assurer un parcours fluide vers l'hospitalisation/UCC sans passer par les urgences et en ayant des places dispo sans attendre des semaines », « fluidifier l'accès direct en hospitalisation des résidents sans passage au service des urgences », « ne pas limiter l'accès aux soins hospitaliers des résidents ».

En particulier pour l'accès aux spécialistes, certains répondants aimeraient avoir davantage accès à la téléconsultation : « Téléconsultations pour les spécialistes », « téléconsultation avec l'ensemble des spécialistes », « La télémédecine. Unité mobile de téléconsultation », « Temps IDE dédié à la téléconsultation (très chronophage impossible à organiser avec temps actuel d'IDE) », « suivi des médecins traitants et spécialistes via téléconsultation (équipement à financer) ».

## 2. *Le rôle du médecin coordonnateur*

**« Les journées sont trop courtes. »**

Les médecins coordonnateurs répondent avoir besoin de davantage de temps pour la réalisation de leurs tâches avec augmentation de leur ETP. Plusieurs répondants proposent soit d'embaucher à temps plein un médecin traitant salarié, soit de permettre au médecin-co d'être désigné médecin traitant prescripteur avec un temps plein : « Que les médecins coordonnateurs puissent être médecin traitant des résidents », « Le rôle de médecin coordonnateur est à revoir », « Les besoins actuels consistent à organiser une permanence des soins durables sans recourir aux médecins libéraux », « Présence d'un médecin obligatoire dans l'ehpad pour gérer car généralistes très peu présents ..... », « 22 libéraux qui interviennent sur un EHPAD en temps normal, c'est ingérable », « 0,5 ETP minimum de médecin pour chaque EHPAD », « La reconnaissance et le renforcement du rôle du médecin coordonnateur de la part de la direction de l'établissement, et non son éviction systématique comme c'est souvent le cas. »

Témoignage d'un médecin-co : « Avec un 0.25 ETP non extensible (en charge de 3 EHPAD), j'ai dû gérer mes 17 résidents Covid (sur un total de 40 rés.) seule pendant 5 semaines, en présentiel et en télétravail avec des journées de 14 heures 7j/7. J'ai réussi à limiter le nombre de décès à trois à ce jour (J+7 semaines) en transformant mon unité Covid en véritable unité de médecine gériatrique. Au bout de 5 semaines j'étais traumatisée, en burn-out. Heureusement le conseil de l'ordre m'a aidé à trouver un jeune remplaçant qui vient m'aider 3 demi-journées sur place depuis 15 jours et je récupère enfin. Les résidents Covid sévères ont besoin d'un suivi médical quotidien pendant longtemps à cause des pathologies chroniques décompensées. Aujourd'hui j'ai encore 6 résidents qui nécessitent des soins

médico-techniques lourds et adaptations thérapeutiques pluri-hebdomadaires. Les médecins traitants ne sont pas en capacité de faire ce suivi médical tant pour des raisons de disponibilité que sur le plan des compétences gériatriques indispensables. J'ai pu faire hospitaliser 6 résidents mais pour une durée limitée et dans des services de pneumologie ou de maladies infectieuses, donc avec des prises en charges pas toujours adaptées et des retours en EHPAD compliqués nécessitant toujours un suivi médical et IDE soutenu. L'ouverture de lits de médecine et soins de suite gériatriques dédiés Covid font défaut sur Grenoble. Notre EHPAD a su s'adapter, mais à quel prix... »

### 3. *Le modèle des EHPAD remis en cause*

Cette crise sanitaire a posé un constat, qui sera davantage abordé dans la question suivante : il est grand temps de changer le modèle des EHPAD. Celui-ci n'est actuellement pas adapté aux soins qui y sont réalisés, comme l'explique ce répondant : « Les EHPAD sont des unités de médecine gériatrique depuis quelques années, sans pour autant en avoir les moyens. On nous demande de faire de la médecine ou du SSR avec les moyens du bord. Bien souvent les hôpitaux nous transfèrent les résidents avant même qu'ils soient stabilisés, que devons-nous dire aux familles ? L' EHPAD évolue, il serait temps que les moyens évoluent également, d'autant que les équipes démunies sont frustrées de ne pouvoir avoir les moyens de leurs ambitions. », « Ne plus avoir de résidents SMTI relevant d'USLD sans moyens appropriés », « Renforcer la prise en charge médicale des résidents. Les EHPAD deviennent de véritables "petits hôpitaux" avec des pathologies à équilibrer en permanence. Certains médecins traitants (mais pas tous !) n'arrivent pas à gérer leurs résidents en EHPAD. »

## **IV. Besoin d'institutions efficaces**

### 1. *Simplifier les directives venant des tutelles*

Les directives des tutelles doivent être simplifiées et être durables dans le temps : « Besoin de consignes claires (les consignes de l'ARS sont peu claires et souvent contradictoires) », « des directives plus pragmatiques et moins changeantes », « ne pas voir arriver des protocoles avec lourdeur administrative des ARS », « attention aux directives en permanence !!!!! », « Des préconisations trop nombreuses, qui demandent des modifications de prise en charge au quotidien, avec très peu de moyens techniques et humains. », « Des décisions collégiales évitant les ordres et les contre ordres concernant les conduites à tenir », « des informations plus claires de la part des autorités pour savoir comment s'organiser après le déconfinement », « consignes gouvernementales CLAIRES et pas avec 1 semaine de retard ... », « des préconisations et des protocoles pérennes et adaptés aux petites structures comme la nôtre », « communications claires de la part des instances gouvernementales », « Des directives sur l'accompagnement des résidents pour le déconfinement des EHPAD » etc.

### 2. *Des recommandations adaptées au terrain*

Les décideurs doivent avoir une connaissance du terrain : « meilleures connaissances des décideurs de la réalité des besoins du terrain pour apporter une réponse adéquate. », « Ajuster les documents de référence et les fiches techniques à la faisabilité des actions à mettre en œuvre et aux moyens nécessaires. », « Des directives et des interlocuteurs/décideurs/payeur en phase et au fait de ce qui se passe réellement sur le terrain: incohérence entre besoins affichés et réponses données », « recommandations adaptées aux ehpad », « Une écoute de la

parole médicale à sa juste valeur (les administratifs ne font pas la médecine !) » ou encore un « Accompagnement personnalisé au Plan Bleu ». Il est nécessaire de réaliser une « relecture à froid de cette crise sanitaire. » et avoir des « Retours d'information sur les expériences locales. »

### *3. Remettre en cause le système institutionnel actuel*

Au sujet des tutelles, le système actuel est largement remis en cause par les répondants : « Améliorer l'articulation entre les recommandations du Ministère de la Santé, DGS, ARS régional et ARS du département. », « Cohérence des tutelles », « Cohérence et écoute des acteurs de terrain !! », « La confiance et une aide efficiente de nos tutelles », « Un lien avec des autorités de tarification qui aient une connaissance minimale du terrain », « suppression des ARS », « moins d'administratif », « Un seul guichet : cotisations, répartition financière. Mettre fin aux discriminations. Nous n'en avons pas pour l'argent que nous versons. », « des réponses urgentes sur la prise en charge des surcoûts de l'épidémie sans renvoi de balle entre le CD et l'ARS. ».

#### **Préparer la prochaine vague...**

Et enfin, ces citations qui résonnent avec la situation d'aujourd'hui : « Si nous sommes de nouveau confrontés à une crise pandémique, une anticipation du gouvernement et de l'ARS sont primordiaux », « la crise va durer, il est important de garder une vigilance au quotidien, cela est énergivore. »,

**« Ne pas se dire que c'est fini ».**

#### **3.11.3.2. Avez-vous des AVIS/SUGGESTIONS supplémentaires qui pourraient améliorer la gestion de la crise sanitaire dans les EHPAD ?**

Concernant l'ultime question du questionnaire, nous avons eu moins de répondants (345) qu'à la précédente mais des réponses plus fournies en nombre de mots (9 287 mots). Le travail qui suit est l'analyse de ces mots, reprenant l'ensemble des notions abordées par les répondants, regroupées par thème et avec les citations des idées qui ont pu être exprimées.

Cette question est perçue comme politique par la plus grande majorité des répondants. Une remise en question du système des EHPAD actuel est de mise, ainsi qu'un changement des pratiques de la part des ARS. Une vision logistique y est aussi abordée, reprenant donc certaines notions déjà citées dans la question précédente : besoin de davantage de personnel, de sa revalorisation, d'équipements de protection individuelle et de mettre en place une communication régulière avec les gériatres et hygiénistes hospitaliers. Ont également été abordés le rôle du médecin traitant, celui du médecin coordonnateur et le modèle des EHPAD. Dans les propositions données dans cette réponse, nombreux ont été les avis négatifs concernant la gestion de cette crise sanitaire par les ARS. Ensuite, de nombreux répondants abordent les problématiques des recommandations qui ont souvent été contradictoires entre elles, dans une période où les EHPAD devaient assurer des soins sanitaires lourds. Nous concluons sur la nécessité d'une écoute des besoins du terrain par les tutelles avec la nécessité de tirer les leçons de cette crise sanitaire.

*« La gestion de la crise sanitaire actuelle m'a fait perdre toute confiance dans le pouvoir public français. »*

## **I. Augmenter les moyens alloués**

### *1. Des besoins en personnel, formé et revalorisé*

Tout comme dans la question précédente, le mot principal qui vient aux répondants est le manque de personnel : « augmenter le ratio personnel soignant/résident », « Une dotation en personnel supplémentaire toute l'année... », « très difficile de prendre en charge cas COVID en EHPAD car peu de moyens humains », « personnels en nombre suffisant avec possibilité de réserve sanitaire réelle ! », « Disposer de suffisamment de personnel en temps normal pour ne pas être submergé dès qu'un problème supplémentaire se pose. », « nous avons eu en renfort les étudiants paramédicaux : très efficace et cela nous a permis d'organiser le travail différemment puisqu'il y avait confinement en chambre ». Plusieurs répondants réaffirment également le besoin en personnel qualifié et diplômé, notamment concernant les aide-soignants : « Avoir des aides soignants non ASHQ soins », « Un plus avéré, que les AS aient déjà exercé dans un établissement hospitalier. », « meilleure information/formation du personnel soignant ».

Nombreux répondants demandent une revalorisation du travail du personnel d'EHPAD, soignant et non soignant, avec l'obtention de salaires décents : « Valoriser le travail des personnels d'EHPAD (Agents, AS, IDE) pour générer des vocations. », « Revalorisation des salaires de l'ensemble des soignants pour rendre l'EHPAD plus "attractif" surtout pour les nouveaux diplômés. », « mieux rémunérer le personnel soignant (ide et AS) afin d'avoir plus de facilité à recruter du personnel de qualité », « Valoriser le travail des agents dans les EHPAD au niveau national, tenir compte de la charge de travail », « Réévaluer les salaires des soignants pour éviter la pénurie de personnel et la perte d'intérêt pour ces métiers », « revaloriser le métier de soignant, et notamment d'aide-soignant, insuffisamment payé. », « revalorisation des professions soignantes et non soignantes des EHPAD autrement que sur une prime en cas de crise. », « reconnaissance des travailleurs non soignants ».

Les répondants ont abordé dans cette question certains axes de réponses concernant la prise en charge psychologique des résidents : « aide à la supervision psychologique de la crise sanitaire actuelle », « la difficulté principale, quand les ehpad ne sont pas touchés, est le maintien du moral des résidents. Il faudrait du monde supplémentaire pour s'occuper d'eux, les sortir de leur chambre, faire des animations individuelles...Une seule animatrice dans l'établissement ne peut pas s'occuper de tout le monde chaque jour lorsque l'ensemble des résidents est maintenu en chambre. », « ne pas réfléchir qu'au risque sanitaire et en terme sécuritaire mais aussi en terme de bien-être et de bien vivre. », « réflexion sur les alternatives au confinement en chambre qui s'avère délétère ++ pour la majorité des résidents, balance bénéfique risque à étudier sérieusement. », « Nous aurions eu besoin d'une cellule psychologique pour les résidents », « Donner la priorité à la qualité de vie, en particulier psychologique et relationnelle, des résidents, sur l'obsession "hygiéniste" des différentes tutelles ».

### *2. Donner les moyens matériels et financiers*

Les stocks en EPI ont été l'objet de nombreuses réponses, tant dans la question sur les besoins que sur les axes d'amélioration : « Anticiper les stocks d'EPI », « avoir du matériel de

protection dès le début de la crise (l'absence de masques en mars a été source de stress compte tenu du risque important de propagation du virus) », « Comment on compte encore nos stocks là où ils sont en vente dans le commerce? », « NE JAMAIS ETRE EN PENURIE DE MATERIEL!!! », « Ne pas réquisitionner 80% du stock des masques chirurgicaux des EHPAD avant de rendre son usage recommandée en EHPAD. », « Que les prix du matériel n'augmentent pas sur une telle période », « Stock et suivi du renouvellement des EPI »... Des propositions concernaient l'accès aux tests : « Accès au dépistage systématique des résidents et du personnel », « dépistage précoce dès cas suspect et soutien en personnel si cas covid + », « généralisation des tests de dépistage en EHPAD », « Les tests auraient dû être dispo + tôt ».

D'autres solutions concernant les prises en charges médicales ont été abordées : « avoir rapidement en vaccin », « vaccin anti grippal obligatoire » ou encore « participation aux essais thérapeutiques sur le terrain des EHPAD ». Pour l'isolement des patients infectés par la Covid-19, les répondants émettent à nouveau des difficultés : « Mieux gérer le circuit du résident suspect ou malade afin d'éviter son maintien dans l'EHPAD tant qu'il peut être contagieux », « création d'un secteur COVID pour déambulant », « création d'une zone spécifique dédiée d'isolement en cas d'épidémie ».

Les répondants ont besoin de moyens financiers pour améliorer la gestion de la crise dans leur établissement : « Apporter une enveloppe financière conséquente à la gestion de cette crise », « avoir des moyens alloués », « aligner le niveau des moyens alloués au secteur de la personne âgée à celui de la personne en situation de handicap ( moyens humains et matériels ). », « Avoir de la souplesse sur des recrutements de professionnels/moyens en urgence, et hors outils de tarification notoirement injustes (GMP/PATHOS) ».

## **II. Avoir de l'aide des médecins gériatres hospitaliers**

**L'amélioration des échanges entre les EHPAD et les établissements hospitaliers, CH et CHU, en particulier avec les gériatres hospitaliers, semble primordial pour de nombreux répondants :** « Une meilleure coordination (dialogue) ville - hôpital : on en est toujours loin... », « nécessité d'un partenariat avec centre hospitalier », « l'importance d'appartenir à un GHT », « aider les médecins coordonnateurs et / ou médecins traitants à prendre des décisions concertées car dans des situations pareilles les hospitalisations sont parfois impossibles. », « Information auprès des régulateurs du 15 et du CH pour arrêter de penser qu'il y a des IDE la nuit : la nuit, il y a 1 AS et 1 ASH pour 100 résidents, c'est plus proche de l'hôtel que de l'hôpital », « importance que les médecins de terrains soient aidés par médecins de centre hospitalier », « poursuite de réunions régulières entre gériatres du CHU et médecins coordonnateurs », « formation des hospitaliers pour éviter l'âgisme », « s'appuyer sur des médecins hospitaliers référents », « accompagnement des EHPAD par les services de gériatrie du GHT », « une filière gériatrique digne de ce nom aux urgences des CHU, des CHR et des cliniques privées ayant des urgences. ». Plusieurs répondants ont également proposé une meilleure communication des EHPAD entre eux, par exemple : « coordination par secteur (communal ou autre) inter-ehpad pour mise en commun des moyens et des besoins ».

**Les Hotlines ou plateformes Covid**, qu'elles soient téléphoniques ou par internet ont été d'une grande aide pour les médecins-co et IDEC qui ont pu en bénéficier : « poursuite du financement de la hotline gériatrique du CHU, efficace et pratique pour toutes questions gériatriques et hospitalisations directes des résidents d'ehpad », « les télé staffs avec les

réseaux des hygiénistes et avec les établissements de la région ont été aidants. », « l'intervention par web conférence du médecin hygiéniste a permis de répondre aux questions du personnel et de réduire le degré d'anxiété », « pérenniser les plateformes téléphoniques pour les conseils », « Nous avons en Bretagne une plateforme de soutien en ligne, la plateforme « COVID 19 : Guide de gestion de l'épidémie à destination des établissements accueillant des personnes âgées », développée par le CAPPS Bretagne et le CPIAS, avec le soutien de l'ARS Bretagne. Cette plateforme regroupant contacts, documents, FAQ, webconférences (...) est d'une grande aide. »

**D'autre part, la télémédecine** a été très peu abordée en tant que telle comme axe d'amélioration à proposer. Seulement par 1 répondant sur 345 : « Améliorer les moyens de téléconsultation médicale et les réseaux de communication. ». Le développement technologique a été abordé à 2 autres reprises pour permettre les communications avec les familles des résidents : « Développement accès internet et tablettes pour favoriser la communication résidents-familles », « matériel technologique pour communication visio. » Ce faible recours à la téléconsultation en EHPAD contraste à la fois avec son déploiement ambulatoire important lors de la pandémie, et à la fois avec les importants moyens alloués dans le développement de la télémédecine dans le PFLSS 2021...

**L'intervention des équipes hygiénistes** semble nécessaire pour certains répondants mais un(e) répondant(e) contraste ces réponses : « Des équipes mobiles d'hygiéniste loco-régionales conséquentes et disponibles rapidement. », « Nous avons dû nous adapter rapidement à cette situation inédite, pour laquelle nous n'étions pas préparés. L'intervention rapide d'un hygiéniste semble indispensable pour améliorer nos pratiques. », « Visite systématique d'hygiénistes ou équipe mobile de gériatrie sur le terrain dès le début de la crise afin d'avoir des conseils personnalisés tenant compte de l'architecture et moyens à disposition », « formation du personnel aux mesures d'hygiène par équipe spécialisée ». *A contrario* : « Interdire la mise en place de technique d'hygiène hospitalière dangereuse car chronophage et inadapté aux ressources dans les EHPAD à moins d'obliger les PH hygiénistes à assurer les conséquences de leur discours sur le plan financier et pénal et de rencontrer les familles pour leur expliquer leurs erreurs, développer des référentiels d'hygiène créés par les acteurs du médico-social ».

**Au sujet des médecins traitants** : « Améliorer l'implication des médecins traitants », « convention avec les médecins traitants pour qu'ils participent activement à la prise en charge de leurs résidents », « avoir peu de médecins traitants différents et tous salariés (3 pour 60 résidents) a été un facteur facilitant. ».

### **III. Redéfinir le rôle du médecin coordonnateur et reconsidérer le modèle des EHPAD**

#### *1. Redéfinir le rôle du médecin coordonnateur, « Médec prescripteur? »*

La crise a mobilisé les médecins coordonnateurs souvent bien davantage que ce que leur permettait leur ETP officiel contractuel : « besoin d'un médecin à temps plein pendant ce type de crise, je suis actuellement d'astreinte H24 et me déplace si besoin jour et nuit », « Les médecins coordonnateurs à temps partiel ne peuvent gérer seuls une épidémie de Covid dans un EHPAD (..) », « Augmentation du temps de médecin coordonnateur et IDEC », « Valorisation du temps de travail du médecin coordonnateur : plus de temps pour moins de

résidents. », « Réaliser une fois pour toutes que le médecin coordonnateur peut difficilement gérer une crise sanitaire liée à une épidémie d'une maladie insuffisamment connue ET se substituer aux médecins traitants qui ne peuvent plus entrer dans l'EHPAD ET driver ses équipes d'autant qu'il est à temps partiel et souvent sur plusieurs EHPAD ».

Certains médecins-co sont très favorables à la présence d'un ou plusieurs médecins traitants salariés dans les EHPAD : « Présence de médecins traitants salariés dans les EHPAD », « que les médecins en EHPAD soient salariés et que les médecins coordonnateurs soient des médecins de soin ayant un temps dédié à la gestion et à la coordination (comme un chef de service dans le sanitaire) », « les compétences et temps passé sur place des médecins généralistes ne suffisent pas à une prise en charge optimale face à de tels risques. », « la rémunération à l'acte des libéraux en EHPAD ne me paraît pas pertinente ». Est aussi avancée comme solution que le médecin-co puisse prendre en charge (dans leur contrat) les résidents en tant que médecin traitant : « revaloriser le rôle du med co avec possibilité de prescription sans restriction. », « Que les médecins coordonnateurs puissent être médecins traitants des résidents », Certains répondants (IDEC, cadres ou directeurs) témoignent de l'absence de médecin coordonnateur dans leurs structures : « Nécessité d'un médecin coordinateur soignant à chaque EHPAD », « Avoir un médecin coordonnateur sur la structure », « Un appui médical aux EHPAD n'ayant pas de médecin coordonnateur afin d'aider à la mise en place des mesures adaptées. »

## 2. *Reconsidérer le modèle des EHPAD*

Le modèle actuel, en termes de dotation en personnel (la nuit surtout), d'accès aux plateaux techniques et de prise en charge en soins des établissements ne correspond plus aux besoins réellement assumés sur le terrain : « Nos structures reçoivent des résidents de plus en plus "lourds", le schéma actuel basé sur la prise en charge par des médecins de ville ne peut être efficient. Il faudrait pouvoir "profiter " de la crise et des faiblesses constatées pour proposer un schéma organisationnel différent. », « Mieux reconnaître les EHPAD qui sont, certes, des lieux de vie mais deviennent de plus en plus des lieux de soins pour lesquels ARS/ministère/familles /résidents attendent les mêmes niveaux d'expertises et d'encadrement que dans des services de MCO ou SSR. Sans parler de l'USLD, où certains résidents pourraient presque relever de soins continus !!! », « reconnaissance de la lourdeur des prises en charge dignes d'un SSR gériatrique », « Transformer les EHPAD atteints en "service hospitalier" avec une prise en charge médicale rapprochée et suivie dans le temps et avec les moyens nécessaires : présence d'une IDE pour gérer les cas atteints et des soignants pour faire des soins avec l'équipement... »

Les établissements nécessitent une prise en compte de leurs besoins : « Nos gouvernants se sont aperçus très tard de l'impact du COVID sur les EHPAD, nous avons été dans un premier temps complètement laissés de côté alors qu'on nous a confié des missions de sanitaire avec des moyens de médico-social en nous disant débrouillez-vous, sans médecin-co, sans médecin traitant, sans IDE hygiéniste, sans ingénieur qualité, sans EPI enfin sans rien ». « Les EHPAD sont à la fois des lieux de vie et des lieux de soins. En théorie...En pratique il manque à la fois la vie et les soins (...). Les résidents d'EHPAD doivent pouvoir bénéficier d'un suivi médical quotidien, par un médecin formé à la gériatrie. Les compétences des professionnels doivent être reconnues avec une revalorisation des salaires et non par le biais de primes. » Certains répondants considèrent donc avoir été oubliés : « Ne pas oublier les EHPAD. Nous avons été complètement abandonnés par les tutelles jusqu'à la médiatisation

des cas. », « Au début de cette pandémie nous avons été livrés à nous-mêmes, nous demandant de transformer un établissement d'hébergement en un établissement de soins... Heureusement, grâce aux relations avec les confrères des hôpitaux de proximité, ce sentiment s'est estompé », « sentiment d'avoir été laissé de côté au début de la crise surtout ».

#### **IV. Au sujet des ARS.**

Les réponses concernant les Agences Régionales de Santé ont été nombreuses et en grande majorité négatives. Sur les 55 réponses dans lesquelles le sujet des ARS est abordé, 54 réponses sont de commentaire négatif versus une neutre (« plus de liaison avec l'ARS et les instances »). Voici ce que pensent les répondants de leurs tutelles...

**Des informations à la fois trop nombreuses et contradictoires :** « Place de l'ARS ??? Trop de recommandations, de préconisations de sources multiples nécessitant un gros travail de synthèse et de pédagogie auprès des équipes », « Beaucoup trop d'interlocuteurs à l'ARS, beaucoup trop de répétitions dans les éléments demandés, documents officiels comportant des erreurs (erreurs d'adresse mail, perte de temps...) et chaque fois, la même réponse : je fais remonter l'information et rien », « l'arrêt des demandes contradictoires des ARS », « Meilleur accompagnement de l'ARS et directives plus claires et ne se contredisant pas tous les 2 jours..... », « Meilleure gestion des recos de l'ARS qui nous a inondée de recos quelquefois contradictoires d'un jour à l'autre. », « moins d'administratif avec l'ars : recueil d'info chaque jour avant 11 h, outil de recueil d'info qui change 4 fois », « Que les ARS nous laissent faire notre travail »....

**D'autre part, certains reprochent aux ARS de ne pas avoir joué leur rôle :** « Que l'ARS joue son rôle 'sur le terrain' et non pas en nous noyant de mails », « inexistence des ARS », « une meilleure prise en compte de la situation et des besoins par l'ARS (toujours absente) », « aucune information de l'ARS à ce jour », « Consignes claires de l'ARS (communication plus claire: masques pas utiles puis utiles, intérêt des tests: dépistage massif? ou ciblé?), matériels à disposition, gestion de la crise à l'échelle territoriale et non nationale », « Demander à l'ARS d'éviter d'avoir systématiquement une semaine de retard, et de faire autre chose que de faire semblant d'aider pour se couvrir. », « L'ARS de notre région a été en-dessous de tout, pas de ligne dédiée, pas de message, nous ne recevions que les messages pour le grand public... », ...

**Certains répondants décrivent un manque de soutien de la part de leurs ARS :** « Plus de bienveillance de la part de l'ARS quant à l'octroi des ressources financières, c'est la guerre quant aux évaluations PMP, aucune considération pour les charges de travail suite à l'augmentation des dépendances et des polyopathologies durant ces dernières années. Les conditions de travail ne sont pas humaines pour les agents alors qu'on prend en charge des êtres vivants. », « Plus de soutien et d'appui de la part des ARS ++++ », « obtenir une aide efficace des ARS et non du bla-bla », « Il est vraiment important que les ARS prennent en compte les besoins réels des Ehpad. Cette administration ne nous a aucunement aidés dans la gestion de cette crise. », « aide des autorités de tutelle type ARS qui ont négligés les Ehpad au début de l'épidémie en réquisitionnant du matériel », « Que les ARS nous soient utiles et nous écoutent. Qu'ils soient pour une fois au service des professionnels de santé et qu'ils ne soient pas de simples bureaucrates. »

**Un problème de compétence ?** Les réponses en font souvent état : « Disparition des ARS: incompetentes », « Avoir des ARS compétentes », « Former les ARS aux problèmes de terrain et les rendre compétentes », « Les médecins ARS devraient avoir l'obligation d'avoir une partie de leur temps de travail sur le terrain. », « L'ARS est un monstre incompetent dans cette crise. », « Aucune anticipation mais une coupable inertie administrative. », « Jusqu'à maintenant la gestion de la crise sanitaire dans les EHPAD au niveau gouvernemental / ministériel / de l'ARS est minable. », « ne pas donner d'importance aux reco de l'ars qui a montré sa grande incompetence », « Une ARS compétente, non bureaucratique, prenant des responsabilités...(on peut rêver) » etc.

**Certaines réponses sont en faveur d'une suppression de ces tutelles ou d'une réorganisation totale :** « refonte totale des ARS », « supprimer les ARS », « suppression des ARS et relation directe avec le ministère (méconnaissance des réalités de terrain) », « virer l'ars au complet », « Que nous ne soyons pas bombardés de mails mortifères, que l'on change d'ARS et d'experts auprès du Président ! réactivité de l'ARS ! ».

## **V. Au sujet des recommandations**

### *1. Ne plus subir de directives et de recommandations contradictoires*

Les recommandations des différentes instances ont été multiples et parfois contradictoires, cela a été très difficile à gérer sur le terrain et c'est un axe d'amélioration potentiel important : « Mieux coordonner les réponses entre les différentes instances (nous n'avons pas toujours les mêmes recommandations, notamment sur le port du masque FFP2) », « moins de contradictions dans les recommandations, les familles ont du mal à comprendre et se montrent agressives, encore plus depuis le 11 mai car nous restons en visites limitées, encadrées sur prise de RDV avec masque et mesures barrières. », « Cohérence à avoir entre les recommandations et la pratique des EHPAD et éviter les recommandations multiples ou itératives parfois contradictoires. », « éviter les ordres et contre-ordres du gouvernement pour les protocoles », « stop annonces du ministère de la santé le weekend avec directive ministérielle 3 j plus tard qui rechange ensuite, stop prise de pouvoir des conseils départementaux qui n'ont aucune autorité en cas de problème sanitaire, stop directives DGS urgent tous les jours à mettre en place sans délai. », « Une plus grande transparence dans les consignes énoncées qui étaient parfois contradictoires avec les protocoles envoyés », « pas d'ordre et contre ordre, pas autant de directives et injonctions paradoxales, de l'aide sur le terrain ».

### *2. De la multiplicité des recommandations*

Nombreux sont les répondants qui témoignent d'un manque d'efficacité de la part des autorités responsables des recommandations à cause de nombreux protocoles différents (parfois contradictoires) manquant de concision et d'applicabilité : « la multiplicité des mails provenant des diverses autorités a été parfois difficile car TRÈS chronophage à un moment où nous avons besoin d'être sur le terrain pour organiser les choses », « Améliorer la gestion documentaire !!!!!!! kafkaïen. », « Une gestion plus centralisée avec un seul interlocuteur et des recommandations claires et concises. », « Avoir des informations plus claires (beaucoup trop de documents au début de l'épidémie qui reprenaient la même chose, informations utiles noyées dans la masse alors que je manquais de temps pour faire mon travail de base...) »

« N'avoir qu'un interlocuteur concernant les recommandations (ministère de la santé p ex.). La confusion qui a été faite dans les recommandations entre différents organismes nationaux et les experts régionaux et locaux CPIAS, ARS, ERVMA...est surtout consommatrice du temps pour suivre et lire. », « un seul interlocuteur avec directives claires et CONCISES (marre des rapports de 50 pages qui se contredisent...si on ne sait pas, on ne diffuse pas, ou on fait patienter en déclarant qu'on ne sait pas) », « centralisation des recommandations, ça arrivait d'un peu partout », « merci de n'intervenir dans nos pratiques de terrain que lorsque nos tutelles se seront mises d'accord et à un rythme raisonnable. Nous sommes épuisés et nous sentons peu soutenus. », « nous étions noyés et confrontés à beaucoup de prises de décision avec des infos contradictoires », « Parfois injonctions paradoxales avec effets anxiogènes et sentiment de perte de temps. » etc.

### *3. À la multiplicité des interlocuteurs....*

Les EHPAD doivent fournir en temps réel à leurs ARS des tableaux sur les cas confirmés et/ou décédés du Covid19. Les remontées d'information venant du terrain ont manqué d'organisation de la part des institutions : « Diminuer le "mille-feuille" administratif, les tableaux à fournir à plusieurs instances, n'avoir à faire qu'à un interlocuteur qui centralise les informations (ascendantes et descendantes) », « Plusieurs contacts avec diverses cellules de crise, toutes ont posé les mêmes questions : manque de lien entre elles : cellules de crise covid, ordre des médecins, ARS, cellule hygiène hospitalière, conseil départemental... », « une coordination efficace », « Avoir des interlocuteurs fiables sur lesquels compter », « avoir un référent par lieu géographique, pas trop de mails, pas de redondance, mais contact étroit avec écoute active sur nos problématiques ».

## **VI. Prendre en compte les besoins du terrain et apprendre des leçons de cette crise**

### *1. Manque de communication du gouvernement avec le secteur médico-social*

Les annonces gouvernementales médiatisées ne correspondaient pas toujours aux possibilités techniques du terrain. L'annonce de la reprise des visites des familles dans les EHPAD annoncée le dimanche 19/04 pour le lendemain a pris de court de nombreux établissements : manque de communication, manque d'anticipation : « prioriser la communication avec les EHPAD avant le grand-public ! Car très dérangeant d'apprendre l'ouverture des EHPAD aux visites sans préparation en amont ! », « avant d'annoncer de nouvelles directives, le gouvernement devrait s'assurer que ce qu'il veut mettre en place est faisable auprès des EHPAD (exemple visites autorisées, l'organisation nous a mis en difficultés) », « Cesser les effets d'annonce et nous donner les moyens de remplir nos missions », « Des mesures applicables et en accord avec les possibilités des établissements (cf. la réouverture aux visites annoncée par discours O. Véran le dimanche 19 avril au soir à mettre en place dès le lundi 20 avril) », « ne pas apprendre à la télévision ce qui doit être mis en place le lendemain ! », « Décision prise le dimanche soir pour le lundi matin, annoncée par voie de presse sans information préalable ni de délai afin de s'organiser ni moyens dédiés. », « STOP aux communications ministérielles sauvages du Dimanche soir, à appliquer dès le Lundi matin », « Ne pas faire d'annonce grand public sans que le terrain ne soit prêt »,

## *2. Écouter les professionnels du terrain*

De nombreux répondants proposent comme axe d'amélioration de cette gestion de crise une meilleure écoute du terrain. Les professionnels, qui connaissent leurs besoins et leurs difficultés, sont à même de proposer des solutions et ont besoin d'être écoutés : « les décisions doivent être prises avec les professionnels de terrain et non par des bureaucrates qui ne connaissent le secteur que sur des papiers », « éviter la discordance entre la théorie et la pratique », « il faudrait que les membres des instances très supérieures aient un membre de leur famille en ehpad », « Donner plus de poids aux remontées d'informations du terrain, parce que se reposer sur un conseil scientifique de haut niveau et faire chaque jour un décompte des places de réa et des morts cela "nourrit la peur" mais ne donne pas des solutions réalistes et efficaces. », « écoute de nos suggestions par les autorités de tutelles et non injonctions souvent contradictoires descendantes !!! », « Une meilleure prise en considération des besoins de chaque établissement (mais déjà si on pouvait éviter de les abandonner purement et simplement...) », « Un délégué aux EHPAD au ministère de la santé qui puisse comprendre la problématique particulière de ces établissements », « cette crise a été gérée de manière technocratique et centralisée au lieu de se baser sur une évaluation au niveau terrain. », « Prise en compte "enfin" des besoins des EHPAD, qui débouchera peut-être sur les lois tant promises et jamais arrivées. »...

## *3. Améliorer la vision sociétale des résidents*

Les personnes âgées qui vivent en EHPAD méritent le respect et une considération de notre société, ce qui semble ne pas être toujours le cas : « Lutter contre l'âgisme », « considérer les résidents des EHPAD comme des citoyens à part entière », « Le problème n'étant pas la gestion de cette crise sanitaire mais le sens que l'on donne à l'accompagnement des résidents en EHPAD, donc des personnes fragiles pendant et hors crise sanitaire. » Plusieurs répondants décrivent une mauvaise communication médiatique : « Améliorer la communication parfois désastreuse autour des difficultés des EHPAD pendant la crise », « Les EHPAD ne sont pas des mouiroirs "ou il se passe des choses sordides" comme certains médecins le disent dans les médias ! », « stopper la critique permanente des EHPAD dans les médias !!! », « Que les organes d'information arrêtent de raconter n'importe quoi et majorer le stress de tous. », « Au plan national: limiter l'excès de communication, parfaitement contre-productif...et l'EHPAD bashing, une com positive nous ferait du bien, heureusement que les familles de résidents nous renvoient ce positif une fois leur appréhension passée ».

## *4. Et enfin, tirer les leçons de cette crise sanitaire*

Il est indispensable et urgent de : « Tirer au plus vite des leçons de cette crise pour mettre des moyens/mesures adaptés : EPI, politiques de diagnostics et dépistages...Quid des plans sanitaires ? », « Le médico-social et les libéraux toutes professions auraient dû bénéficier également des mesures de protection même si on peut entendre que les urgences et réa sont en première ligne. On peut se dire qu'en libéral c'était également le cas. Les EHPAD hébergent des personnes à risque sur le plan pathologies et âge et font partie des "zones de cas à risques de COVID grave" : pourquoi attendre pour fournir le matériel de protection nécessaire ? ». « Il nous faut désormais anticiper ces risques et futures épidémies à venir. », « Partager les expériences entre les EHPAD covid + et non covid, pour comprendre les mécanismes de prévention », « prévoir des temps d'analyse de pratique en équipe suite à la crise sanitaire », « analyser les décès de l'épidémie dans les EHPAD ». Les conséquences des

mesures sanitaires ont également causé de nombreux dommages et nécessitent une réflexion éthique : « Se poser la question : risque d'épidémie et donc de morts, versus confinement sub-carcéral de plusieurs mois pour des personnes qui n'ont qu'une espérance de survie aléatoire et limitée ... sujet de philo plutôt que médical mais à méditer. », « Favoriser l'analyse de pratique et la réflexion éthique ? Les libertés individuelles des résidents, déjà bien mises à mal habituellement, sont carrément niées actuellement... », et enfin, une réponse simple à cette question mais pas moins importante : « le respect de l'autre ».

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Analyse du travail et réflexion méthodologique

#### 4.1.1. Choix du type d'étude et différents biais

Nous avons réalisé une enquête rétrospective au moyen d'un questionnaire diffusé sur le territoire national, par voie électronique. Il s'agissait d'une étude de faible niveau de preuve. Ceci est toujours le cas lors de la réalisation d'une enquête de pratiques, très loin des exigences d'un essai comparatif, randomisé et contrôlé. Notre étude comporte des biais :

##### - Biais de sélection liés au recrutement :

Pour qu'ils aient pu répondre à l'étude, les médecins et infirmiers coordonnateurs doivent avoir reçu le questionnaire par mail. Ne possédant pas de moyen pour les contacter directement, les mails ont été envoyés à l'adresse mail référencée dans l'annuaire national officiel correspondant à l'adresse mail du secrétariat de l'établissement ou au secrétariat de direction. (4) Certains secrétariats ont pu ignorer notre requête. S'ils n'ont pas transféré le mail au médecin ou infirmier coordonnateur, ceux-ci n'ont pas pu accéder à l'enquête. Il y a donc eu un biais de sélection lié au recrutement. Selon les données de la newsletter Sendinblue®, utilisée pour diffuser les mails, environ 30% des emails envoyés ont été ouverts. Et parmi ceux-ci, un tiers des mails ouverts ont donné lieu à une réponse au questionnaire, ce qui représente un bon taux de réponse.

Il existe également un biais de volontariat, seuls les volontaires ont répondu au questionnaire portant sur ce sujet à la fois grave, sensible et médiatique. L'anonymat visait à augmenter le nombre de répondants, qu'ils ne puissent pas craindre d'être jugés. De plus, aucune question ne portait sur l'âge ou le sexe des répondants ou encore sur leur ancienneté ou leur formation. L'objectif n'était pas de faire des statistiques sur les répondants eux-mêmes, mais bien sur leur point de vue, leurs besoins et les moyens dont ils disposaient. L'ensemble des professionnels du secteur a été sensibilisé au sujet de la gestion du Covid-19 en EHPAD, il est difficile de déduire les conséquences de ce biais de volontariat : s'agissait-il

de médecins plus/ou moins en difficultés dans la gestion de cette crise ? Plus ou moins revendicatifs par rapport à l'ensemble des médecins coordonnateurs ?

- Biais de classement, par biais de déclaration :

Le Biais de mémorisation : Lors de la réponse au questionnaire, il a pu exister un biais de mémorisation. Ceci est toujours le cas lorsqu'on fait appel aux souvenirs. Il a été demandé aux répondants de se souvenir de la date à laquelle ils ont estimé avoir eu des masques en quantité suffisante pour protéger le personnel, quels ont été leurs appuis efficaces, leurs difficultés etc. Ce type de questions expose à des biais de mémoire de la part des répondants.

Biais de subjectivité des réponses : Enjoliver la réalité ou l'assombrir. Ce biais existe dans tous les questionnaires, impossible d'y échapper. Certaines questions étaient objectives, d'autres volontairement subjectives. Le fait que le questionnaire soit complètement anonyme pouvait améliorer la franchise des répondants. Il s'agissait de recueillir leurs avis et parfois leurs ressentis personnels, faisant appel à leur affect et à leur sensibilité pour certaines questions (ressenti de discrimination ou d'abandon par exemple).

#### **4.1.2. Limites de cette étude**

- Au sujet des potentiels doublons :

De façon volontaire, il avait été choisi de ne pas pouvoir identifier les répondants à l'étude (absence de données personnelles collectées). De ce fait, il n'est donc pas possible de vérifier strictement qu'il n'y eut qu'une seule réponse par personne ainsi que par établissement (réponse par le médecin coordonnateur ou bien par IDEC, en cas d'absence de médecin). Nous avons fait le choix de faire confiance aux répondants pour ne répondre qu'une seule fois au questionnaire. En cas de présence dans l'établissement d'un médecin et d'un(e) IDEC, nous avons demandé la rédaction d'une seule réponse par établissement, pour connaître la représentativité globale de l'étude et pour ne tenir compte qu'une seule fois des tenants et aboutissants de la gestion de la crise pour chaque EHPAD. Au vu des différences importantes entre chaque réponse colligée, nous n'avons pas retrouvé de doublon en analysant les réponses ressemblantes au sein de chacune des régions.

- Au sujet des statistiques :

Lors des analyses statistiques en fonction des régions, certaines contenaient des effectifs trop faibles pour permettre la réalisation du test du Khi<sup>2</sup>, du Fisher exact ou du test de Pearson. Il n'était pas pertinent de regrouper certaines régions entre elles autrement que par la répartition par zonage qui a été effectué *a posteriori*, en suivant les cartographies des données de Santé Publique France, cf. annexe 6. (19)

Certaines variables avec différentes modalités de réponses possibles ainsi que des champs « autres » de réponses ont abouti à des centaines de combinaisons de réponses possibles. Elles ne permettaient pas de regroupement en catégories pour la réalisation d'analyses complémentaires (difficultés ressenties, principaux appuis efficaces, axes d'amélioration). Ces variables ont donc été analysées et décrites sur le plan descriptif sans analyse par tests comparatifs.

- Concernant l'analyse des *verbatim* :

L'analyse des questions ouvertes, qualitatives, a été réalisée par plusieurs moyens : deux logiciels performants de traitements de texte Tagmatica© et NVivo© pour permettre une analyse purement statistique et objective des textes. Ensuite, l'analyse manuscrite des 20 618 mots des questions 21 et 22 a été réalisée uniquement par une seule lecture, la mienne, ce qui constitue une importante limite à cette étude. Nous avons effectué un classement d'abord par thématique puis par notion abordée, puis les citations ont été choisies en fonction de leur pertinence pour illustrer le propos, ce qui impliquait un choix personnel et donc subjectif. Tous les thèmes abordés par les répondants ont été repris, il n'y a pas eu de censure et nous avons tenté de représenter les différentes citations tout en permettant une synthèse de ces réponses parfois très longues.

### **4.1.3. Points forts de cette étude**

#### - Une bonne représentativité

Nous avons obtenu une très bonne représentativité des EHPAD français avec un taux de réponse important pour ce type d'étude. Lorsque le mail présentant l'étude a été ouvert, nous avons obtenu plus de 30% de réponse au questionnaire (données Sendinblue®). De plus, parmi les 571 répondants au questionnaire, nombreux sont ceux qui travaillent dans plusieurs structures à la fois. Lorsque l'on prend en compte le nombre d'établissements représentés par les répondants, notre étude est représentative de 786 EHPAD, soit plus de 10% des EHPAD français (il en existe environ 7500 en France).

#### - Nos résultats sont significatifs et cohérents avec les données officielles

L'analyse des résultats, en particulier des tests comparatifs, montre de nombreux tests significatifs calculés sur des centaines de réponses, ce qui nous donne une bonne puissance statistique. Ces résultats sont cohérents avec le contexte sanitaire du terrain. Nous avons effectué les tests statistiques à l'aide d'un logiciel performant, JMP-SAS® puis nous avons réalisé la vérification de l'ensemble des tests à l'aide de la plate-forme Biostatgv®, pour renforcer la validité interne des statistiques.

#### - Cette étude permet une réelle liberté d'expression

L'objectif principal de cette étude était de permettre aux médecins, et IDE coordonnateurs en absence de médecin-co dans l'établissement, de donner leur avis. Il s'agissait d'une enquête d'opinion, davantage que d'une enquête de pratiques. Nous souhaitons recueillir leur point de vue sur cette crise sanitaire d'une ampleur exceptionnelle et dont les conséquences ont été extrêmement lourdes dans les EHPAD.

Le questionnaire comportait des questions pour la plupart à choix multiple et avec un champ « autre » de réponses permettant de donner des précisions ou d'émettre une autre proposition. Et l'originalité de cette étude se trouvait dans les deux questions ouvertes, à champ de texte libre. Ces questions nous ont permis d'étudier les différentes dimensions du

sujet. Notre objectif de recueillir un maximum d'avis différents en proposant une grande liberté de réponses a été atteint.

Les thématiques abordées au cours de cette étude sont très nombreuses. Cela a conduit à certaines difficultés concernant les aspects pratiques d'analyse et de rédaction. Finalement, à la lecture des différentes commissions d'enquête (Sénat, été 2020), des bibliographies des sociétés savantes ainsi que des différents rapports (dont celui de Jérôme Guedj missionné par le ministre de la santé), il semble que nous avons pu interroger les acteurs de terrain sur l'ensemble des problématiques dont il a été question lors de cette crise sanitaire.

#### - Innovation et originalité de la recherche

Les médecins coordonnateurs, dont le métier et le rôle sont peu connus, y compris par les professionnels de santé, sont peu souvent interrogés dans les recherches. De plus, les résidents des EHPAD font souvent partie des populations non éligibles aux essais cliniques, du fait des critères d'exclusion portant sur les comorbidités ou encore la libre expression.

#### - Valorisation

Les premiers résultats de l'étude ont été publiés sur un site internet le lundi 25 mai 2020, quelques jours seulement après la fin du recueil (visuel du site internet présenté en annexe 7). Au cours des 6 derniers mois, le site web a été visité par plus de 400 visiteurs. La plupart d'entre eux étaient Français mais ils étaient également États-Uniens, Allemands, Anglais, Émiriens, Indiens, Hollandais, Norvégiens... Grâce à ce site internet, nous avons pu transmettre nos premiers résultats lors de la consultation du Ségur de la Santé en juin 2020. Nous projetons également de transmettre les résultats de cette étude aux principaux syndicats de médecins coordonnateurs et à la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

## 4.2. Analyse des résultats de l'étude

### 4.2.1. Donner les moyens aux EHPAD

#### 4.2.1.1. Augmenter les dotations en personnel (soignant et non soignant)

Notre étude met en évidence que l'une des principales difficultés rencontrées par les médecins et infirmiers coordonnateurs depuis le début de la crise sanitaire a été les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour le personnel (71% des répondants). Dans les axes d'amélioration à mettre en œuvre dans les EHPAD, la première proposition choisie est l'augmentation des dotations en personnel (soignant et non soignant), par 82 % des répondants. Dans ce même item, la formation du personnel par des équipes hygiénistes est souhaitée par plus de la moitié des répondants, la prime exceptionnelle pour près de 50% d'entre eux et une réserve sanitaire réservée au secteur médico-social est un axe d'amélioration à mettre en place pour 29% des répondants.

« Le personnel » est de loin l'axe prioritaire d'amélioration des EHPAD. C'est ce qu'expriment à maintes reprises les répondants au cours des questions à champ de réponses libres concernant les besoins actuels et futurs, ainsi que pour les axes d'amélioration et suggestions. Ils sont plus de 58% à avoir abordé spontanément la question du manque de personnel dans ces questions libres. Comme nous l'avons vu dans de nombreuses citations, il s'agit d'augmenter en premier lieu le ratio personnel/résident.

Une des difficultés pour atteindre cet objectif provient en réalité d'un manque d'attractivité pour les carrières du grand-âge. Sur le marché du travail, les infirmiers et aides-soignants se font de plus en plus rares. En prime, il semblerait que les soignants se tournent peu – et de moins en moins - vers les établissements pour personnes âgées dépendantes, qu'ils soient en début ou en fin de carrière. Au bout du compte, les candidatures pour les soignants sont de plus en plus difficiles à trouver et les postes restent vacants... Pour pallier à ce manque, une partie des soins est aussi réalisée par les ASH, agents de service hospitaliers, un métier qui permet une grande diversité de tâches. Recrutés sur ces postes, les ASH sont alors « faisant-fonction » d'aides-soignants, du fait du déficit de recrutement de ce corps de métier. Différent cependant : les salaires, les primes (y compris dans ce contexte de pandémie) ainsi que la qualification et les formations proposées. Selon de nombreux répondants, des

formations complémentaires en hygiène et en gérontologie, devraient, si le temps et les moyens pouvaient être alloués au personnel des EHPAD, permettre une amélioration des prises en charge résidents.

Comme le titre cet article du monde du 11 mai 2018, les difficultés de recrutement sont bien antérieures à la crise : « Les Ehpads face au casse-tête du recrutement d'aides-soignants : de nombreux directeurs d'établissement expliquent avoir du mal à pourvoir ces postes réputés pénibles, peu payés et peu considérés. ». Près de la moitié des employeurs, tous secteurs confondus (Ehpads, hôpitaux...) avaient des difficultés à recruter des aides-soignants selon une enquête de Pôle emploi en 2018. Et, dans le même temps, le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignants était déjà en baisse, parfois de près de 30% dans certaines régions, alors que 95% des personnes formées dans ce secteur trouvent un travail dans les six mois. (22, 23)

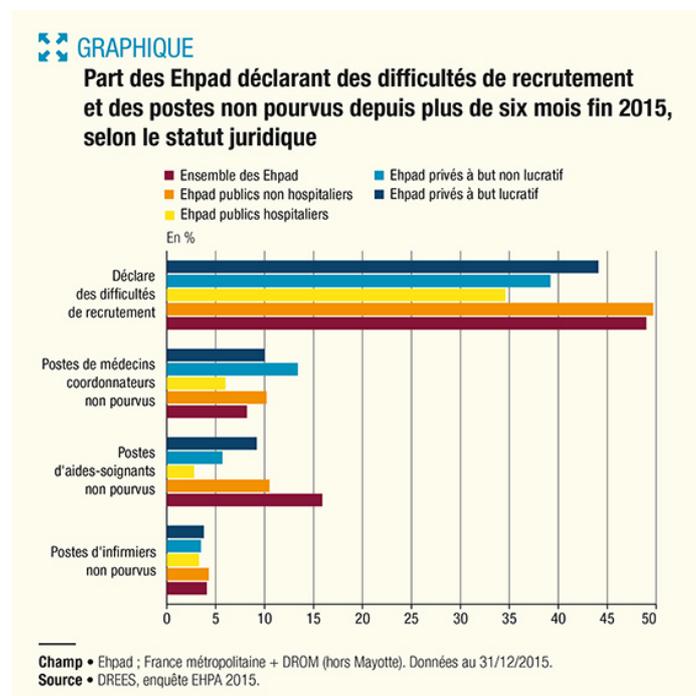


Fig. 3 : Difficultés de recrutement dans les EHPAD, données DRESS 2015

Une étude sur les conditions de travail et l'état de santé physique et psychique du personnel non médical des EHPAD avait été réalisée par le biais d'une thèse de santé publique en 2015 (24). Cette enquête, menée sur plus de 2500 salariés (agents de service, agents de soins et infirmiers) des maisons de retraite du Rhône-Alpes avait mis en évidence une exposition forte aux contraintes psychosociales (efforts physiques, récompenses faibles,

déséquilibre effort/récompense et surinvestissement), des plaintes musculo-squelettiques (cou et membres supérieurs) ainsi que des signes de détresse psychique significativement liés à l'exposition aux contraintes psychosociales des salariés.

À ce jour, le personnel non-médical demande une revalorisation financière et une reconnaissance de leur travail, tant pour la difficulté des tâches que pour les compétences qu'il requiert. La citation d'un répondant exprime clairement ce besoin de revalorisation : « Il me semble que la prime a été décidée uniquement pour faire taire les soignants des EHPAD, souvent des femmes avec une situation socio-économique fragile. On veut faire taire les voix qui pourraient soulever les vrais problèmes des EHPAD : les coupes budgétaires des dernières années, la dévalorisation du métier d'aide-soignant, la prise de pouvoir des enseignes privés qui ne pensent qu'aux revenus de leurs actionnaires.... Le pouvoir public veut la mort du service public ; c'est un constat. »

Le personnel des EHPAD a été très sollicité lors de cette crise sanitaire, autant pour les difficultés de prises en charge des patients covid que non covid, que pour les conséquences psychologiques du confinement, avec l'objectif de limiter les syndromes de glissement, dans un contexte de souffrance des résidents due à l'absence des familles. Comme le soulignent les répondants : « les soignants sont épuisés et ont besoin de repos, d'être remplacés pour les congés et d'avoir accès à un soutien psychologique ». Diverses problématiques nouvelles demandent également du personnel supplémentaire : pour le respect de l'isolement des cas covid et le respect des gestes barrières, pour le renforcement du bio-nettoyage, pour l'organisation des visites, pour l'animation etc.

#### 4.2.1.2. Le manque d'accès au matériel de protection individuelle a été responsable de nombreux décès

Le masque est l'équipement de protection individuelle (EPI) indispensable pour éviter la propagation des virus à transmission par gouttelettes comme le virus Covid-19. Un des questionnements de cette étude concernait le retard à l'accès aux masques et autres EPI dans les EHPAD, pour tenter de comprendre si leur manque a été un facteur de perte de chance pour certains résidents des établissements.

Dans notre étude, 24% des établissements ont obtenu les masques avant le 15 mars 2020, et 38% y ont accédé entre le 16 et le 31 mars. Puis enfin, un peu plus d'un tiers des répondants ont eu accès aux masques de protection à partir du mois d'avril 2020. De nombreux EHPAD ont donc obtenu les masques tardivement, exposant ainsi sans protection les soignants et les résidents à un grand risque de transmission virale.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour la date d'arrivée des masques selon que les EHPAD étaient situés ou non en zones rouges, bien que les pourcentages observés montrent que les 3 régions les plus précocement touchées (Grand-Est, Hauts de France et Ile-de-France) ont eu les masques pour la grande majorité durant le mois de mars, lorsque l'épidémie se répandait très fortement. Notre étude retrouve une arrivée des masques plus précoce dans les établissements avec mode de gestion privée (66% en mars), puis ensuite dans les EHPAD associatifs et publics. La différence est significative, mais il existe possiblement un facteur confondant du fait que les EHPAD privés ont été davantage touchés, et donc ont eu par ce fait un accès aux masques plus rapidement.

Notre étude retrouve une importante différence significative selon qu'il y ait eu des cas confirmés ou non dans l'établissement, avec une arrivée plus précoce des masques lorsqu'il y a eu des cas confirmés. Cela signifie qu'il existait, dans les limites de la représentativité de l'étude, statistiquement un lien entre l'arrivée des masques et la confirmation d'une infection par la Covid d'un ou plusieurs résident(s), avec une p-value de 0,0151. Temporellement, il y a donc eu des infections et des contaminations avant l'arrivée des masques dans les établissements, ce qui a eu, comme nous le savons, des conséquences dramatiques. En revanche, nous n'avons pas retrouvé de lien statistique pour les cas suspects et pour les décès

( $p=0,08$ ). La recommandation et les pratiques en vigueur étaient initialement que l'accès aux masques pour le personnel devait avoir lieu APRES la confirmation du premier cas dans l'établissement. Cette recommandation a très probablement causé la diffusion du virus dans de nombreux EHPAD...

Le 20 mars 2020, dans une lettre à l'attention du ministre de la santé Olivier Véran, la communauté gériatrique alertait le ministère sur l'absence de masques dans les établissements et les conséquences terribles qui en découleraient. À l'initiative du collège national professionnel de Gériatrie, les professionnels alertaient sur le fait que la majorité des contaminations sur cette population âgée fragile était consécutive à la transmission virale de soignants asymptomatiques et n'ayant pas d'accès aux masques : « *La situation préoccupante observée dans un nombre de plus en plus élevé d'établissements et services révèle que l'extension du nombre de cas est rapide et qu'elle est, dans la très grande majorité des cas, consécutive à la transmission virale d'un soignant asymptomatique. [...] Ainsi, Monsieur le Ministre, nous insistons auprès de vous afin que vous permettiez aux EHPAD, résidences et services à domicile de disposer très rapidement de masques pour l'ensemble de leurs personnels soignants, ce qui représente environ 500 000 masques par jour en France en s'assurant de la bonne remise des masques à leurs destinataires* ». (25)

Si les EHPAD avaient disposé de suffisamment de masques et de tests, des décès auraient sans doute pu être évités... La surveillance des cas et des décès en EHPAD a pu être mise en place à partir du 28 mars 2020. Selon Santé Publique France, 3857 résidents en EHPAD étaient décédés de la Covid à la date du 7 avril 2020. Le nombre total de résidents infectés par la Covid-19 en EHPAD à cette période était d'environ 25 000. Au 14 avril 2020, 6339 décès étaient déplorés dans les EHPAD (26), sur les 15 000 décès au total dans ces établissements lors de la première vague.

Ces décès des mois de mars et de début d'avril 2020, sont les conséquences de contaminations au minimum une dizaine de jours auparavant, en mars, lorsque les masques manquaient dans les établissements. Ces décès n'ont cessé de baisser à partir du moment où les masques et tests ont été généralisés. Fin mai le virus ne faisait plus que quelques victimes chaque semaine.

Au cours de notre enquête, seulement 19% des médecins et IDE coordonnateurs répondaient avoir les matériels de protection en quantité suffisante sans risque de pénurie à la date du 11 mai 2020, jour du « déconfinement ».

De quoi manquaient les 81% autres répondants ? Principalement de surblouses et tabliers à usage unique (65%), de masques FFP2 (41%) qui ne sont pas forcément nécessaires tous les jours mais le sont lors de la réalisation du test PCR ou lorsqu'il y a une mise en place d'aérosols chez les patients etc. Certaines thérapeutiques sédatives ont montré des pénuries lors de la première vague, en particulier les corticoïdes ou les thérapeutiques sédatives pour les soins palliatifs. Une cinquantaine d'EHPAD (9% des répondants) s'estimaient encore en risque de pénurie pour les masques chirurgicaux à la date de la diffusion du questionnaire.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour le nombre d'EPI manquants lors de la date du questionnaire en fonction que l'EHPAD ait présenté des cas suspects ou non. En revanche, il existe une différence significative entre les groupes concernant la présence ou non de cas confirmés dans l'établissement : le personnel était mieux protégé dans les établissements où il existait des cas confirmés. Dans 23% d'entre eux, les EPI étaient en quantité suffisante (vs 18% lorsqu'il n'y avait pas de cas confirmé), dans 32% (vs 26%) il y avait 1 EPI en pénurie, 30% (vs 28%) pour 2 EPI, mais relativement peu d'entre eux manquaient de 3 EPI (8% versus 16%) ou bien de 4 EPI ou plus (7% versus 11%). Cette différence est également statistiquement différente entre les EHPAD ayant subi des décès et ceux n'en ayant pas eu, il existe moins de pénuries en EPI pour les établissements les plus touchés. A noter que les pénuries en EPI étaient tout de même très fréquentes dans les établissements à la date du 11 mai (début de l'enquête), qu'il y ait eu ou non des cas confirmés et des décès dans l'établissement.

#### 4.2.1.3. Permettre l'organisation de l'isolement des patients déambulants

Les EHPAD peuvent être adaptés à accueillir des patients déments déambulants au sein d'unités spécifiques, elles sont nommées UP : Unités protégées, UHR : Unités d'Hébergement Renforcées, ou aussi UVA : Unités de Vie Alzheimer. Ce sont des unités construites et fonctionnelles pour héberger des patients atteints de troubles sévères du comportement (déambulation, fugue, chutes...). Ces unités de vie présentent des systèmes de

portes automatiquement fermées (pour éviter les fugues), l'absence d'accès à des escaliers (risque de chute), du matériel de vie quotidienne adapté et surtout l'aide et la surveillance constante de jour comme de nuit par du personnel qualifié.

Lorsqu'un résident atteint de troubles du comportement à type de déambulation présente une suspicion d'infection par le SARS-Cov2, il est souvent très difficile de mettre en place son isolement au sein de l'établissement. Les troubles cognitifs sévères ne permettent pas une compréhension des consignes et un respect des mesures barrières et l'isolement en chambre individuelle imposerait la présence d'un soignant pour la surveillance du résident, ce qui n'est pas compatible avec les dotations-soignants des EHPAD.

Les médecins et infirmiers ayant participé à notre étude témoignent d'une très grande difficulté à isoler les patients déambulants. 41 % d'entre eux, estiment impossible l'isolement des cas suspects chez les patients déambulants, ce qui est très préoccupant car dans ces situations, il n'existe pour eux aucune solution adéquate.

Les propositions de notre questionnaire ne paraissaient pas unanimement convaincantes. La création d'un secteur Covid au sein d'une UP était estimée possible pour un tiers des répondants, tout autant que l'isolement individuel par des mesures personnalisées en fonction des résidents : isolement en chambre fermée à clef, contention au fauteuil avec des marches régulières... Ces éventuelles situations posent aussi de nombreuses problématiques en termes de surveillance par le personnel, l'aspect éthique et moral de cette solution ainsi que des problèmes d'acceptabilité et de compliance par le résident et ses proches.

Lors de notre enquête, une hospitalisation des résidents déambulants infectés par la Covid-19, lorsque le nombre de cas dans l'EHPAD est inférieur à 3, n'a eu guère plus de succès et est une solution qui était envisagée pour 26% des répondants. Nous ne savons pas si les hospitalisations auraient été souhaitées par les médecins et infirmiers répondants, et si elles auraient été refusées par le centre hospitalier référent. Ou si, au contraire, ce n'était pas une volonté de la part des soignants des EHPAD de recourir à une hospitalisation. Nous pouvons préciser notamment que les services hospitaliers ne sont pas toujours fonctionnellement adaptés pour les patients déments déambulants : risque de déambulation diurne ou nocturne, risque de fugue, risque de chutes etc., pouvant être difficiles à gérer pour le personnel (d'autant plus avec des mesures d'isolement) et nécessitant parfois des mesures

de contentions chimiques ou physiques ; et des retours en EHPAD s'avérant souvent très compliquées.

Pour conclure sur la difficile question de la gestion des patients déambulants, il n'y avait pas de consensus clair lors de la réalisation de notre étude en mai 2020. En revanche, dans le logigramme proposé par la SFGG en novembre 2020, la présence d'un cas Covid+ chez un résident atteint de troubles du comportement doit faire envisager une hospitalisation, quels que soient son état de santé et la gravité clinique de l'infection. Cela n'avait pourtant pas été la solution majoritairement adoptée pour les répondants de notre étude. (27)

#### 4.2.1.4. Permettre le dépistage du personnel et des résidents

L'annonce d'une « vaste opération de dépistage dans les EHPAD » a été annoncée le lundi 6 avril 2020 par le ministère des Solidarités et de la Santé. Les modalités énoncées sont les suivantes : il s'agit de « tester tous les résidents et tous les personnels à compter de l'apparition d'un premier cas confirmé (...) au sein de l'établissement », ce qui « permettra de regrouper les cas positifs au sein de secteurs dédiés, au sein des EHPAD, pour éviter la contamination des autres résidents », a précisé le ministre de la Santé. À noter également qu'il est indispensable que les cas suspects dans les EHPAD puissent être rapidement testés (pour confirmer ou infirmer le diagnostic), que le matériel soit disponible et que l'organisation du test soit réalisable. (28)

Nous nous sommes interrogée sur l'application de cette mesure à la date de la diffusion du questionnaire, soit plus d'un mois après ces annonces. Les annonces du gouvernement ont-elles été suivies d'un dépistage de masse effectif ? Cette question était à choix de réponse unique.

Dans plus de la moitié des cas, le dépistage n'avait pas été réalisé à la date de diffusion du questionnaire, soit parce que l'établissement ne relevait pas des indications (36,6%), soit par absence de moyens techniques de réalisation (13,7 %), plus d'un mois après les annonces de la réalisation de ces tests. Dans 33% des cas les tests avaient été réalisés : pour 2/3 des cas le nombre de tests négatifs était plus important que prévu et dans 1/3 des cas le nombre de tests positifs a été plus important que prévu.

Des soutiens ont été mis en place pour réaliser le dépistage dans les EHPAD. Notamment grâce à l'organisation d'équipes mobiles de dépistage, comme par exemple au CHU de Toulouse ou d'Angers (29, 30). En effet, une des difficultés de réalisation de testing à grande échelle des établissements a été de faire déplacer le personnel du laboratoire dans les EHPAD.

#### 4.2.1.5. Permettre l'organisation des visites des familles dans de bonnes conditions

Dimanche 19 avril 2020, le ministre de la Santé, Olivier Véran, annonçait la possibilité de la reprise des visites pour les familles des résidents d'EHPAD à compter du lendemain, le lundi 20 avril. Du fait des effets délétères psychiques et physiques du confinement pour un grand nombre de résidents ainsi que des demandes nombreuses de la part des familles de revoir leurs proches, les établissements se sont organisés à la hâte pour permettre ces visites dans le respect des mesures barrières indispensables à la protection des résidents. Le protocole d'encadrement de ces visites a été publié le lundi 20/04/2020 sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé. (31)

Ces visites ne peuvent être possibles qu'avec la mobilisation du personnel de l'établissement. Il est nécessaire qu'un membre du personnel puisse être détaché de ses fonctions habituelles pour assurer ces visites : pour accompagner les résidents et leurs familles au lieu de rencontre, expliquer les consignes, être présent lors de la visite pour faire respecter l'absence de contact physique, organiser les plannings de visites, désinfecter les lieux... L'organisation de ces visites est aussi fonction d'autres facteurs, notamment des caractéristiques des établissements (taille, nombre de résidents, architecture des locaux...) et des disponibilités en équipements de protection.

Pour plus de la moitié des répondants, la reprise des visites des familles a été compliquée à organiser. Pour l'autre moitié, celles-ci ont été réorganisées sans trop de difficultés. Les résultats nous montrent qu'en tous les cas, quasiment tous les EHPAD ont permis aux familles de rendre à nouveau visite à leurs proches.

La plus grande difficulté exprimée par les médecins et IDE coordonnateurs au sujet de la reprise des visites dans les établissements concerne surtout les moyens humains que celles-ci nécessitent. Il s'agit en général d'une personne à temps plein, dans un contexte où le personnel manque déjà dans les établissements...

Les visites des résidents ont heureusement été maintenues lors de l'apparition de la seconde vague épidémique, permettant aux résidents de conserver le lien vital avec leurs proches. L'organisation des visites reste complexe et chronophage mais le respect des mesures barrières est indispensable à la non-propagation du virus au sein des établissements.

#### **4.2.2. Remettre en question le modèle des EHPAD**

##### 4.2.2.1. Lutter contre les discriminations et le sentiment d'abandon des EHPAD

Nous avons souhaité évaluer le ressenti de discrimination des médecins et infirmiers coordonnateurs d'EHPAD vécu dans cette crise sanitaire. Pour 29% des répondants, cette crise aura mené à une aggravation de la discrimination ressentie. Pour la plupart des répondants, la crise sanitaire de la Covid n'aura pas apporté de changement concernant les prises en charge (44%). Dans 7% des réponses, il a été question d'une amélioration des prises en charges et pour seulement 16%, il n'y a jamais de discrimination ressentie vis-à-vis des résidents de ces établissements.

Il y a donc bien un ressenti négatif dans le vécu des prises en charge, que ce soit par le SAMU, les urgences ou les hospitalisations, exprimé au sein de ce questionnaire par les professionnels des établissements. Les résidents d'EHPAD présentent des degrés de dépendance variables qui se cotent par la grille AGGIR (GIR 1 à 6). De plus, les situations cliniques peuvent aggraver ou améliorer temporairement ou définitivement ce niveau de dépendance. Les choix qui doivent se faire dans les prises en charge sanitaires doivent être personnalisés en fonction de l'état général, des comorbidités et l'autonomie de la personne ; ainsi qu'en fonction de ses volontés qu'elle peut ou aura pu (y compris par le biais de sa personne de confiance) exprimer.

Concernant les « restrictions d'admission à la réanimation pour les patients », elles doivent se faire en collégialité et être basés sur des critères individuels et personnalisés du patient. Il est quotidien dans les services d'urgence, de réanimation et dans les services hospitaliers d'évaluer les bénéfices/risques, ou encore le « bien-fondé » d'une prise en charge en réanimation pour un patient. À ce sujet, les principales sociétés françaises de réanimation et de gériatrie ont émis une recommandation professionnelle le 24 mars 2020 sur les « Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation en contexte de pandémie COVID-19 » (32). Y sont définis des **ensembles de critères** associés à une évolution défavorable d'une détresse respiratoire due au SARS-Cov2, même en cas d'admission en soins critiques. Sont cités un score GIR inférieur ou égal à 3 ou un score de fragilité supérieur ou égal à 4, auxquels cas l'état du patient serait trop grave pour pouvoir tirer bénéfice des soins de réanimation (risques supérieurs aux bénéfices). Quelques témoignages décrivent des difficultés d'accès aux soins dans le contexte de la crise sanitaire dans un contexte de saturation du SAMU, des urgences et des services hospitaliers.

Les auditions de la commission d'enquête au Sénat de l'été 2020 ont permis de poser les questions sur la perte de chance des résidents vivant en établissement et notamment le fait de savoir si, à un moment ou un autre de la crise, les services d'urgence ont procédé à des refus d'hospitalisation sur des critères d'âge. Selon Nathalie Maubourguet, présidente de la FFAMCO, rien n'a été formellement décidé en ce sens, mais dans certaines régions, les urgences étaient tellement saturées que le 15 n'était simplement plus accessible et de nombreux EHPAD ont dû gérer seuls et bien souvent sans le matériel nécessaire, le décès de leurs résidents. Olivier Guérin, président de la SFGG s'exprime au sujet de la polémique de discrimination des résidents d'EHPAD : « Il y a bien une forme d'âgisme en France, c'est un problème de fond qui est insupportable. Mais il n'y a pas eu d'âgisme au sens sanitaire du terme au pic de l'épidémie de coronavirus » (33, 34)

Au sujet du ressenti d'abandon, les avis des répondants divergeaient : plus de la moitié (58%) n'exprimaient pas un ressenti d'abandon, versus 42% qui étaient en accord avec cette proposition. Dans la dernière question à champ de texte libre, certains répondants ont exprimé des précisions vis-à-vis de cette question. Pour certains, les EHPAD ont été oubliés et les moyens ont été tournés uniquement vers les services hospitaliers, du moins en début de crise. Certains répondants se sont ainsi sentis méprisés, notamment lorsque les taux de décès en

EHPAD étaient importants et les équipements de protection insuffisants. Mais pour beaucoup, en réalité, l'abandon date de bien avant la crise sanitaire actuelle.

D'autres répondants sont en désaccord avec ce ressenti d'abandon et pour certains des améliorations des circuits EHPAD/hôpital. Dans ce contexte, la crise a pu mettre en lumière l'abandon habituel et pourrait donc s'avérer salubre si des solutions de fonctionnement persistent dans le temps.

Notre étude n'a pas retrouvé de différence significative concernant le ressenti d'abandon entre les territoires ruraux et urbains. Nous avons en revanche pu mettre en évidence des répartitions différentes selon la date d'accès aux masques ou en fonction du nombre d'EPI encore en pénurie lors de la diffusion du questionnaire. Aussi, les professionnels EHPAD ayant eu déclaré des cas confirmés de Covid-19, ainsi que des cas de décès, ont davantage exprimé un ressenti d'abandon. Lorsque les cas et les décès ont pu être évités, le ressenti est moins grand, ce qui signifie possiblement que les soutiens aux EHPAD ont permis d'éviter la catastrophe dans nombre de situations ? À l'inverse, les répondants ayant majoritairement ressenti un abandon n'ont pas été suffisamment aidés et soutenus, ni suffisamment dotés en équipements de protection individuelle, et manquaient probablement de beaucoup d'autres choses, ce qui a mené à des situations dramatiques que nous devrions analyser et dont nous devrions tirer les conséquences et leçons...

#### 4.2.2.2. Permettre au médecin coordonnateur d'exercer ses missions

Le rôle du médecin coordonnateur semble aussi à revoir, notamment les missions qui lui sont attribuées, aussi floues que vastes. Les répondants sont partagés sur l'éventualité de faire de lui le médecin traitant et prescripteur des résidents. Une des grandes problématiques abordées concerne la disparité de prise en charge par les médecins généralistes.

Près d'un quart des répondants décrivaient des difficultés dans la continuité des soins par les médecins traitants. Cela est inquiétant car ceux-ci en sont pleinement responsables, légalement et déontologiquement. La prise en charge des résidents dépend, en l'état actuel de l'organisation des soins, de la présence et la réponse rapide de leurs médecins. Une augmentation de la cotation des visites des médecins traitants en EHPAD a d'ailleurs été mise

en place depuis le début de la crise sanitaire (cotation de 3 visites au lieu d'une seule). Dans quelle mesure les médecins coordonnateurs ont-ils été contraints de se substituer aux médecins traitants dans certaines situations, notamment celle de l'urgence (cf. mission n°13, en annexe n°1) ? Ont-ils pu, dans la majorité des cas, travailler ensemble de façon coordonnée pour veiller à la sécurité des résidents de l'EHPAD et à leur bonne prise en charge ? Ces questionnements seront l'objet d'une nouvelle enquête, lancée le 4 décembre 2020 par la cellule de veille des instances gériatriques. (35)

Pendant cette période de crise sanitaire vécue dans les EHPAD, les missions du médecin coordonnateur telles qu'elles sont définies par le Code d'Action Sociale et des Familles, ont été indiscutablement incompatibles avec les ETP définis par le décret du 11 avril 2007. Rappelons que, du fait d'ETP contractuel en temps partiel, les médecins coordonnateurs exercent aussi en libéral ou en hospitalier, ou bien sont coordonnateurs de plusieurs établissements. Ce temps travaillé en EHPAD leur donne-t-il les moyens d'exercer leur rôle de médecin coordonnateur en cas de gestion de crise ? Nombreux sont ceux qui demandent une augmentation de leur temps de travail, avec un changement des grilles d'ETP. L'item concernant les difficultés ressenties mettait en évidence une grande souffrance de ce corps de métier, avec une importante surcharge de travail et des conséquences psychologique chez la moitié des répondants (médecins et infirmiers coordonnateurs). La période de crise sanitaire a causé de nombreux burn-out dans le secteur médical, y compris au sein des EHPAD.

Dans les axes d'amélioration proposés par les répondants, une meilleure implication et un meilleur suivi des médecins traitants est attendu. Certains répondants sont en faveur de l'embauche d'un médecin prescripteur salarié au sein de l'EHPAD. Il est difficile de savoir si cette solution est envisageable, quand on sait par exemple que 30% des EHPAD en France n'ont pas de médecin coordonnateur du fait de carence de médecins sur le marché du travail, dans un contexte où la démographie médicale est en déficit de plus en plus important.

En 2009, un rapport a été remis à la secrétaire d'État chargée des Aînés, Nora Berra, par le président du Collège de Gériatrie et la présidente de la FFAMCO-EHPAD (Fédération Française des Associations des Médecins Coordonnateurs en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ce texte propose 13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD, avec pour principal objet : « missions, valorisation du métier

de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents » (36)

Certaines de ces propositions ont été mises en place, avec un renforcement progressif du rôle du médecin coordonnateur. D'autres ne sont pas effectives et sont retrouvées dans les demandes des répondants à travers les questions à champ de réponse libre. Par exemple, le temps ETP recommandé par ce rapport est supérieur à celui actuellement en vigueur. Selon ce même rapport, établi avec les professionnels du secteur, les principales difficultés liées à la fonction de médecin coordonnateur résultent des missions larges qui leur sont confiées, alors même que leur statut au sein de l'établissement n'est pas toujours très précis et que leur temps de présence, le plus souvent insuffisant, est incompatible avec une coordination efficace de l'ensemble des personnels soignants intervenant dans l'EHPAD.

#### 4.2.2.3. Permettre un travail conjoint avec les gériatres hospitaliers

Une articulation entre les services de soins de ville et de l'hôpital est nécessaire. Les résidents des EHPAD doivent pouvoir bénéficier d'une expertise gériatrique et les services de gériatrie hospitaliers ont besoin d'une bonne communication avec les établissements pour permettre des transferts de patients dans les meilleures conditions, que ce soit lors d'une admission ou d'un retour d'hospitalisation (et ainsi éviter les ré-hospitalisations précoces). De nombreuses conventions et partenariats existent et se développent. Des hôpitaux de jour pour les personnes âgées vivant à domicile sont créés, à l'hôpital comme en EHPAD ; et de plus en plus de liens entre la ville et l'hôpital se mettent en place, notamment grâce aux équipes mobiles de gériatrie.

Mais, lors de la première vague épidémique, les patients nécessitant des soins ont été si nombreux que toutes les offres de soins ont été largement dépassées. Dans ce contexte, les soutiens aux EHPAD ont connu de grandes disparités en fonction des territoires. D'après les témoignages des répondants, l'organisation de ces liens a été souvent mise en place par les professionnels directement, avec une défaillance du pilotage institutionnel. Selon Olivier Guérin, président de la SFGG, la crise a aussi mis en évidence le rôle d'expertise de l'hôpital au regard des DAC (dispositifs d'appui à la coordination) pilotés par les ARS « sous-dotés, voire absents ». (37)

Sous l'égide de la SFGG, les gériatres hospitaliers ont remédié à ces disparités territoriales avec la mise en place des hotlines gériatriques, partout en France, à l'attention des EHPAD et des médecins généralistes, disponibles 7jours/7. Ces astreintes téléphoniques permettent une expertise gériatrique et un accès facilité aux hospitalisations dans les services adéquats lorsque celles-ci sont nécessaires. (38)

#### 4.2.2.4. Repenser le modèle des EHPAD, inadapté aux besoins du terrain

Dès le 5 mai 2020, la communauté gériatrique s'interrogeait sur la place des soins médicaux dans les EHPAD. Elle estime, au regard de la gestion de l'épidémie par les établissements médicaux-sociaux, que le dispositif actuel a échoué : « **un des premiers constats majeurs de cette crise est sans doute que le modèle français des EHPAD est défaillant et inadapté à faire face à des enjeux sanitaires de cette ampleur** ». (39)

Ce communiqué de presse fait état des « fragilités et de l'inefficience d'un modèle qui n'est plus adapté pour répondre aux enjeux de la transition démographique et épidémiologique, ni à la gestion d'une crise sanitaire comme celle que nous vivons ». Les EHPAD sont : « depuis leur création des petits hôpitaux qui ne disent pas leur nom, mais sans les ressources humaines et moyens logistiques des hôpitaux ».

L'objectif de ce communiqué était d'alerter à nouveau sur les conséquences catastrophiques de la crise sanitaire dans les établissements : « combien faudra-t-il encore de décès en EHPAD pour comprendre que ce modèle ne peut plus répondre aux enjeux sanitaires et à l'hétérogénéité des profils et lourdeur des soins ? [...] Tant que l'on ne renforce pas les EHPAD en moyens humains, nous ne pourrons pas stopper l'épidémie et éviter les morts. Nous le crions haut et fort : le manque de personnel soignant en EHPAD est responsable de la contamination des résidents en EHPAD. » (39)

Dans notre étude, nombreux sont les témoignages des médecins et infirmiers coordonnateurs qui auront illustré ces mots... Selon les médecins et infirmiers coordonnateurs interrogés, ce modèle ne pourra tenir qu'avec un renforcement très important des moyens alloués : humains, techniques et financiers. La fonction des EHPAD évolue avec la dépendance

et le besoin en soins de ses résidents. Tandis que leur statut et les moyens restent les mêmes, en dehors de quelques évolutions minimales et inégales selon les territoires.

#### **4.2.3. Remettre en question le système institutionnel actuel**

Notre étude a permis aux médecins et infirmiers coordonnateurs des EHPAD de s'exprimer librement sur les axes d'amélioration à proposer pour la gestion de cette crise sanitaire. Ils ont été très nombreux à décrire des carences des institutions lorsqu'ils avaient besoin de soutien, ainsi que des complexités et contradictions dans les directives.

Nous avons également recueilli des témoignages de discordances entre les recommandations et les pratiques possibles sur le terrain, beaucoup de textes et protocoles étaient soit inadaptés soit inapplicables. Ces divergences apparaissaient dans notre enquête comme la 3<sup>ème</sup> principale difficulté lors de cette crise sanitaire, de l'avis de 65% des répondants (371 réponses).

Concernant les appuis efficaces sur lesquels ils ont pu compter, les directions des établissements ont été le principal appui efficace selon 77% des répondants. Certains répondants ont exprimé en revanche de grandes difficultés lorsqu'il y avait un manque d'écoute ou encore la présence de conflits avec leur direction, ce qui a pu malheureusement conduire à des situations dramatiques. Pour cette question, nous avons conservé uniquement les réponses des médecins et infirmiers pour éviter un biais de réponse de la part des cadres et des directeurs d'établissements.

Dans notre étude, les appuis efficaces aux EHPAD ont été ensuite : les équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et l'HAD dans 45% des réponses, le CH de proximité dans 33% des cas. Les médecins traitants ont été un appui efficace dans 32% des cas, autant que les ARS 31%. Le SAMU a été un appui efficace dans 23% des réponses, les autorités locales dans 21 % des cas et le CHU dans 16,5% des cas. Il y a donc une grande disparité de réponses dans les soutiens efficaces. Concernant les appuis institutionnels, malgré beaucoup de critiques, 31% des répondants estiment que les ARS ont été un soutien efficace.

Les différentes problématiques exprimées par les répondants au sujet de nos tutelles ont été exposées dans les *verbatim*. Elles sont nombreuses : des recommandations et protocoles complexes, contradictoires et inadaptés au terrain ; des tutelles aux abonnés absents lorsque les EHPAD ont eu besoin d'elles et un manque de connaissance des réalités du terrain responsable d'une incohérence entre les besoins et les réponses données. Nombreux sont les répondants souhaitant une remise en cause du système institutionnel actuel, certains proposent même la suppression des ARS. En tous les cas, une meilleure écoute et communication des institutions avec le secteur médico-social semblent indispensables et urgentes.

Selon Olivier Guérin, président de la SFGG : « Cette crise a montré la désorganisation complète de la prise en soins dans notre pays notamment pour les personnes âgées polypathologiques. Que ce soient les capacités de structuration et de projection, le positionnement des agences, les liens sur les territoires, beaucoup d'aspects organisationnels sont objectivement assez catastrophiques. » (40)

#### **4.2.4. Tirer les leçons de cette crise**

Nous avons pu assister, au cours de cette crise sanitaire, à une mise en lumière et un intérêt majeur de la population pour la souffrance des patients et des soignants des EHPAD, ainsi que des hôpitaux. Rappelons que la canicule de 2003, qui avait causé 20 000 décès chez les personnes « avancées en âge », n'avait pas soulevé ces problématiques avec une ampleur aussi médiatique. Ni même l'épidémie de grippe de l'hiver 2014-2015 qui avait causé plus de 11 000 décès chez les personnes âgées. À ce jour, la société est en demande d'enquêtes et de réponses du gouvernement au sujet de la gestion de cette crise dans les EHPAD. Toutefois, la conclusion évidente de cette étude est que les problématiques de ces établissements (manque de personnel, manque de moyens, discrimination etc.) datent de bien avant la crise.

Les principaux rapports et commissions des dernières années, dont le rapport El Khomri ou le rapport Libault qui a suivi la consultation grand âge (440 000 participants) ; n'ont pas encore trouvé écho dans la réalisation effective de la plupart des mesures qu'ils proposent. La mortalité importante chez les personnes âgées, imputable à l'épidémie de la

Covid-19 et à ses conséquences directes et indirectes, permettra-t-elle une réelle amélioration des conditions de vie et de soins de nos aînés vivants en EHPAD ?

C'est ce que l'on est en droit d'espérer avec la création de la branche Autonomie de la sécurité sociale. Attendue depuis plus d'une dizaine d'années, la création de la 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale vient d'être actée. La création de cette branche marque un tournant majeur de notre système de soins, en espérant qu'elle s'accompagnera de moyens financiers à la hauteur, ainsi que de concertations et de propositions venant du terrain.

## 5. CONCLUSION

Les principaux thèmes concernant la lutte contre la pandémie de la Covid-19 au sein des EHPAD ont pu être abordés dans cette étude, grâce aux 571 réponses obtenues de la part des médecins et infirmiers coordonnateurs des différentes régions françaises.

La problématique majeure exprimée était celle d'un manque de personnel formé dans les établissements. Cette étude a également permis de mettre en évidence une arrivée tardive des masques dans de nombreux EHPAD, des difficultés pour réaliser l'isolement-contact des résidents atteints de troubles cognitifs à type de déambulation ou encore des ressentis de discrimination envers les résidents nécessitant un accès aux soins d'urgences ou hospitaliers.

Les médecins et infirmiers coordonnateurs ont décrit de grandes incompréhensions et parfois des ingérences des institutions dans la gestion de cette crise. Ils témoignent de l'insuffisance de moyens dont ils disposent pour remplir leurs missions ainsi que du manque de moyens des EHPAD, dont les besoins actuels sont ceux du secteur sanitaire.

La pandémie de la Covid-19 et ses conséquences ont mis en lumière les grandes difficultés vécues dans ces établissements par le personnel et les résidents. Il est maintenant urgent d'œuvrer pour maintenir, former et revaloriser les professionnels des carrières du grand âge. Ceci semble aujourd'hui indispensable pour permettre la « survie » du système actuel des EHPAD.

L'espoir d'une résolution de cette crise sanitaire pourrait prochainement voir le jour avec le déploiement de la vaccination contre la Covid-19 en priorité au sein de ces établissements, où la prévention de ce virus est la plus nécessaire. Enfin, la création de la 5<sup>ème</sup> branche de l'Assurance Maladie, l'Autonomie, et des remises en question du système sont en cours. Ces grands défis de demain ne pourront se faire qu'avec la connaissance des attentes des professionnels du secteur, dont nous espérons avoir pu témoigner de façon la plus juste et la plus libre possible.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Santé publique France. « Surveillance de la mortalité au cours de l'épidémie de COVID-19 du 2 mars au 31 mai 2020 en France ». Publication du 22 Juillet 2020.
- (2) Synthèse du rapport Petits frères des pauvres. « Isolement des personnes âgées : les effets du confinement ». Publication du 4 juin 2020.
- (3) Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Code de l'action sociale et des familles.
- (4) Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [En ligne] consulté le 30 avril 2020 <http://pour-les-personnes-agees.gouv.fr>
- (5) Dumont N. « Prise en charge aux urgences de la personne âgée institutionnalisée : état des lieux et propositions d'amélioration. Étude qualitative », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine soutenue le 5 octobre 2015.
- (6) Iborra M., Fiat C. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 14 mars 2018. Déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- (7) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). « Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS ».
- (8) Agence Régionale de Santé Occitanie. « Grilles AGGIR – PATHOS. La tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est modulée à partir de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents ».
- (9) Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- (10) Conseil National Professionnel de Gériatrie. Le référentiel métier. Rôle du médecin coordonnateur. [En ligne] <https://www.cnpgeriatrie.fr/medecin-coordonnateur-en-ehpad/> Consulté le 24 septembre 2020
- (11) Stillmunkés A. « Le médecin coordonnateur en EHPAD » [En ligne]. Capacité de gérontologie; 2015 févr 27. Disponible sur : [http://www.medecine.upstlse.fr/capacite/geriatrie/2015/le%20medecin%20coordonnateur\\_27\\_fevrier%202015.pdf](http://www.medecine.upstlse.fr/capacite/geriatrie/2015/le%20medecin%20coordonnateur_27_fevrier%202015.pdf)
- (12) Veuilotte I. « Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Thèse présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2020 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.
- (13) Bosson W. « Médecin coordonnateur en EHPAD : vocation ou mutation contrainte d'une crise identitaire, enquête qualitative auprès de professionnels en Seine et Marne » Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecin soutenue à Paris, 2008.
- (14) Pétaçsou F. « Aspects relations et déontologiques entre médecin coordonnateur et médecin traitant. A propos d'un EHPAD ». Diplôme interuniversitaire de Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur. Novembre 2017.

- (15) Observatoire Covid19 Éthique et Société. Résultats Enquête nationale, Grand âge et maladies neuro-évolutives, EHPAD et domicile, 26 mars 2020
- (16) Collège National des Généralistes Enseignants. « Enquête national Covid-19 et Médecine générale ». Communiqué de presse du 26/03/2020.
- (17) Impact psychologique du COVID19 sur les soignants et aidants sur le terrain pendant la crise sanitaire. Équipe de recherche en psychologie de l'Université Toulouse II/CERPPS.
- (18) LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine
- (19) Site officiel du gouvernement de la république. Carte et données Covid-19 en France. [En ligne] <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees> Consulté le 10 juillet 2020.
- (20) Com-Space. Covid-19. Fiches pratiques. [En ligne] <https://covid.com-scape.fr/coronavirus-ehpad/> Consulté le 5 septembre 2020.
- (21) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Lignes directrices pour la mise en œuvre des mesures de confinement en établissements médico-sociaux ». Publication le 28/03/2020.
- (22) Le Monde. « Les Ehpads face au casse-tête du recrutement d'aides-soignants. De nombreux directeurs d'établissement expliquent avoir du mal à pourvoir ces postes réputés pénibles, peu payés et peu considérés ». Publication du 11 mai 2018.
- (23) Le Monde. « Le nombre de candidats aux écoles d'aides-soignants en baisse. Depuis deux ans, le nombre de candidats aux concours des instituts de formation d'aides-soignants (IFAS) baisse de près de 30 % dans plusieurs régions ». Publication du 11 mai 2018.
- (24) Pelissier C. « Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes ». UMRESTTE UMR T9405 - Unité Mixte de Recherche Épidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement
- (25) Société Française de Gériatrie et Gérontologie. « Manque de masques en Ehpads : la communauté gériatrique et gérontologique alerte le Ministre de la Santé Olivier Véran ». Publication du 21 mars 2020.
- (26) Santé Publique France. Bulletins épidémiologiques hebdomadaires du 2, 9 et 16 avril 2020.
- (27) Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Logigramme COVID en EHPAD. Publication du 7 novembre 2002.
- (28) Point sur la situation sanitaire du 6 avril 2020. Discours du Ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran. Déploiement massif de dépistage du Covid-19 dans les EHPAD.
- (29) Le Quotidien du Médecin. « Covid-19 en EHPAD : gériatres et urgentistes du CHU de Toulouse créent une équipe mobile de dépistage ». Publié le mercredi 8 avril 2020.
- (30) Reportage JT France 2. « Coronavirus : à Angers, des unités mobiles du CHU dépistent dans les Ehpads ». Publication du mercredi 22 avril 2020
- (31) Ministère des Solidarités et de la Santé. Protocole relatif aux consignes applicables dans les établissements médico-sociaux et USLD, Le 20/04/2020.

(32) Recommandation professionnelle multi-disciplinaire opérationnelle (RPMO). Aspects éthiques et stratégiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19. Pistes d'orientation provisoires, 24 mars 2020

(33) EHPA. « Crise du Covid : un bilan et beaucoup de questions. » [En ligne] <https://www.ehpa.fr/actualite/crise-du-covid-un-bilan-et-beaucoup-de-questions/>  
Consulté le 2 octobre 2020

(34) Olivier Guérin dans « Pourquoi Docteur ». « Les personnes âgées ont-elles été écartées des hôpitaux au pic épidémique de Covid-19 ? Ce que l'on sait ». Publication du jeudi 6 août 2020.

(35) Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Enquête Flash EHPAD – COVID19.  
Publication du vendredi 4 décembre 2020

(36) Rapport de Mission remis à Madame Nora Berra, secrétaire d'état aux aînés. 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD. Décembre 2009.

(37) Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Guérin O. « La crise du covid-19 a mis en lumière ce que l'on savait d'un crépuscule d'un monde sanitaire non structuré vers l'intérêt de filières et de logique de parcours ». Publication du mardi 19 mai 2020.

(38) Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Carte de France des hotlines gériatriques COVID-19 déployées en France. Publication du 28 avril 2020.

(39) Conseil National Professionnel de Gériatrie. « La communauté gériatrique d'interroge sur la place des soins médicaux dans les EHPAD » [En ligne] <https://www.cnpgeriatrie.fr/la-communaute-geriatrique-sinterroge-sur-la-place-des-soins-medicaux-dans-les-ehpad/> Consulté le 5 juin 2020.

(40) Guérin O. dans EHPADIA. « Cette crise a montré la désorganisation complète de la prise en soins des personnes âgées poly-pathologiques ». Publication du 16 juillet 2020.

# **ANNEXES**

## Annexe 1

### **Les missions du médecin coordonnateur (au nombre de 13) sont définies dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (Articles D312-158, 2 septembre 2011) (7) :**

1. Élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonner et évaluer sa mise en œuvre
2. Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution
3. Organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an par la commission de coordination gériatrique.
4. Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins
5. Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins
6. Contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions (...). À cette fin, élaborer une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement.
7. Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
8. Élaborer un dossier type de soins
9. Établir un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents
10. Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels
11. Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés
12. Identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques (plan canicule, gestion du risque infectieux en EHPAD...)
13. Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

## Annexe 2

### **Recommandations pour les EHPAD concernant la pandémie de la Covid-19**

- 5 mars 2020 : Avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2.
- 10 mars 2020 Avis du HCSP : Liste des indications prioritaires du diagnostic par RT-PCR.
- 14 mars 2020, Avis du HCSP relatif à la prise en charge des patients à risque de forme sévère de COVID-19. Cet avis sera suivi d'une actualisation le 26 mars et d'un complément le 31 mars.
- 16 mars 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique adressé aux établissements de santé, Médecine de ville, Établissements et services médico-sociaux. Préparation à la phase épidémique de Covid-19.
- 21 Mars 2020 : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19.
- 20 Mars 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Lignes directrices pour la mise en œuvre des mesures de confinement en établissements médico-sociaux.
- 28 Mars 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Protocole de la surveillance active des cas de COVID-19 en EHPAD et EMS, joint avec la Fiche de signalement des cas de COVID-19 en EHPAD et EMS.
- 30 Mars 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche ARS. Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19.
- 30 Mars 2020 : Note du Conseil Scientifique. Les EHPAD : Une réponse urgente, efficace et humaine.
- 31 Mars 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche établissement de Santé. Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- 2 Avril : L'URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) des Hauts-de-France : Mise à disposition d'un outil d'aide à la décision pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD ou médecins « renfort », en période épidémique COVID-19.
- 5 Avril 2020. Mission relative à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement. Rapport d'étape n°1 et principales recommandations de la mission confiée par Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement. Plan de mobilisation nationale d'urgence Un plan d'action territorial reposant sur les 10 besoins essentiels des personnes fragiles. Des jalons pour l'après-crise

- 9 Avril 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche Professionnels de Santé de ville. Proposition concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- 10 Avril 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Procédure. Dispositif national de soutien médico-psychologique aux soignants et aux professionnels en charge de l'accompagnement de personnes vulnérables dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.
- 18 Avril 2020 : Mission relative à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement. Rapport d'étape n°2. 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
- 20 Avril 2020 : Avis n°6 du Conseil Scientifique. Sortie progressive de confinement. Pré-requis et mesures phares.
- 20 Avril 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins longue durée.
- 27 Avril 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche professionnels de santé de ville. Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- 6 Mai 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche ARS. Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après le déconfinement.
- 6 Mai 2020 : Avis du HCSP relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur.
- 23 Mai 2020 : Avis du HCSP relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2.
- 25 Mai 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche Professionnels de santé. Recommandations relatives à la prise en charge des patients en cas de forte chaleur dans le contexte de l'épidémie Covid-19.
- 29 Mai 2020 : COREB, Coordination Opérationnelle Risque Épidémique et Biologique, COVID-19 en EHPAD : repérer et prendre en charge A destination des médecins responsables/coordonnateurs
- 5 Juin 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche ARS, DRJSCS (directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) et ESSMS. Modalités de facturation et de financement des dépistages collectifs du Covid-19 en établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement
- 16 Juin 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, USLD et Résidences autonomie)

- 27 Juin 2020 : : Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide Méthodologique à l'attention des Établissements de santé et des Établissements médico-sociaux. Gestion des cas groupés-clusters de Covid-19.

- 2 Juillet : Avis du HCSP relatif aux mesures d'accompagnement de la reprise d'une activité physique adaptée (APA) des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées.

- Juillet 2020 : Santé Publique France. Données de Surveillance de la mortalité au cours de l'épidémie de Covid-19 du 2 mars au 31 mai en France.

- 16 juillet 2020 : Mission relative à la lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement. Rapport final remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé par Jérôme Guedj. Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées

- 11 août 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection des établissements médico-sociaux accompagnant des personnes à risque de forme grave de Covid-19, en cas de dégradation de la situation épidémique

- 28 août 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche établissements de santé. Anticipation et renforcement des mesures d'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en cas de dégradation de la situation épidémique.

- 31 août 2020 : Santé Publique France. Guide méthodologique. Guide pour les établissements. Signalement de cas de Covid-19 dans les Établissements sociaux et médico-sociaux.

- 1<sup>er</sup> octobre 2020 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan de lutte contre l'épidémie de Covid-19 dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes à risque de forme grave de Covid-19.

### **Rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 14 mars 2018**

En 2018, une mission a été demandée par la Commission des Affaires sociales sur la situation des EHPAD en France. Les députées Mme Monique Iborra et Mme Caroline Fiat ont publié leur rapport d'information à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018. C'est le premier rapport qui traite spécifiquement de la situation des EHPAD depuis leur création en 1999. L'objectif de cette mission a été : « d'appréhender les défis de ce secteur en souffrance, qui nécessite non seulement une prise de conscience des législateurs, mais aussi des décisions rapides à court et à moyen terme. » (2)

Les députées se sont déplacées sur le terrain, en interrogeant les professionnels de 19 EHPAD en France, le CCNE (comité consultatif national d'éthique), ainsi que les principales associations représentatives : MCOOR (Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social), FHF (Fédération hospitalière de France), SYNERPA (syndicat national des établissements et résidents privés pour personnes âgées), FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs) etc.

Ce rapport fait état de 4 constats unanimes issus du terrain :

- 1) Des résidents de plus en plus âgés et malades sont pris en charge dans les EHPAD, des structures très encadrées sur le plan technocratique sans que les moyens nécessaires ne leur aient été donnés pour faire face à l'évolution du profil de cette population.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement encourage les maintiens à domicile mais ne traite pas de la place des EHPAD dans le parcours de la personne âgée, pourtant lieu de vie obligatoire dans de nombreuses situations. Les personnes qui entrent en EHPAD ont en moyenne plus de 85 ans, et leur temps de séjour est en moyenne de deux ans et demi. Les résidents présentent des pathologies multiples, des complications de maladies chroniques et souffrent pour nombreux d'entre eux de troubles du comportement (80%), notamment liés à la maladie d'Alzheimer.

Cette évolution de la population d'EHPAD a été traduite par les pouvoirs publics en un encadrement plus technocratique qu'efficace et un foisonnement de normes qui pèsent

aujourd'hui sur les établissements, sans cependant leur donner les moyens de l'évolution nécessaire pour répondre aux besoins des personnes accueillies. A été négligée l'implication des EHPAD dans le parcours et la filière gériatrique, « la question du financement venant nuire aux autres aspects du problème. »

- 2) Des sous-effectifs considérables en personnel au regard des besoins de soins des résidents, engendrent à la fois une dégradation des conditions de travail et une « maltraitance institutionnelle ».

La charge de travail des personnels soignants est alourdie par l'augmentation du niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD, et rend les conditions de travail, notamment pour les aides-soignants, particulièrement préoccupantes tant du point de vue physique que psychologique. Le taux d'absentéisme est en moyenne de 10 %, les accidents du travail en EHPAD seraient aujourd'hui deux fois supérieurs à la moyenne nationale, et supérieurs par exemple à ceux du secteur du BTP. Une enquête de la DRESS en 2015 met en évidence des conditions de travail difficiles pour des personnels très engagés et dont il faut absolument reconnaître l'investissement. L'organisation du travail est en tension et peut être la source de dégradation importante des conditions d'exercice des métiers de soignants. Dans certains EHPAD, on parle de « maltraitance institutionnelle ».

Certaines problématiques concernant le personnel en EHPAD sont également abordées :

- L'absence d'infirmiers de nuit dans la grande majorité des établissements est souvent la cause d'hospitalisations aux urgences qui auraient pu être évitées ainsi que de mise en difficulté du personnel de nuit (glissements de tâches, responsabilités...)
- On constate aujourd'hui dans toutes les catégories de soignants un déficit de formation initiale en gérontologie.
- On constate des difficultés de recrutements de personnels, notamment chez les aides-soignants. Ce manque de personnel entraîne des recrutements de « faisant-fonction » dont la qualification est insuffisante au regard des personnes accueillies. Il existe alors des glissements de tâches préjudiciables à la qualité des soins, et sources d'inquiétudes pour les soignants, qui sont conduits à exercer des tâches pour lesquels ils ne sont pas formés.
- Le médecin coordonnateur, dont la présence est rendue obligatoire dans les EHPAD, est de plus en plus difficile à recruter et à fidéliser. Un tiers des établissements en

seraient dépourvus, ne respectant pas ainsi la réglementation en vigueur. Le statut du médecin coordonnateur est estimé « peu clair », son temps de présence est toujours en temps partiel.

- La continuité des soins des patients en EHPAD est assurée par les médecins généralistes pouvant être aussi nombreux que les résidents, ce qui nécessite une coordination très complexe.

- 3) La réforme de la tarification a accru la complexité du financement des EHPAD, tout en engendrant des inégalités importantes au détriment des acteurs publics.

En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement impose à l'ensemble des gestionnaires d'EHPAD l'obligation de conclure un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec les présidents des conseils départementaux et les directeurs généraux des ARS, en lieu et place des anciennes conventions tripartites. D'une part, ce document mériterait d'être simplifié pour être véritablement opérationnel. D'autre part, le décret du 21 décembre 2016 qui a suivi a défini des équations tarifaires extrêmement complexes qui conduisent à accentuer des inégalités territoriales d'un département à l'autre. D'après certains acteurs comme la Fédération hospitalière de France (FHF), cette nouvelle tarification pénalise particulièrement les EHPAD publics, et, dans une moindre mesure, les EHPAD associatifs. Ce décret suscite aujourd'hui une levée de boucliers de l'ensemble des acteurs du secteur public auditionnés.

- 4) Le reste à charge demeure particulièrement conséquent pour les familles alors que certains départements se désengagent financièrement.

Un mouvement de déshabilitation à l'aide sociale départementale provoque un reste à charge que certaines personnes ne peuvent assumer, notamment les femmes qui sont majoritaires dans les EHPAD et dont les revenus ne peuvent couvrir un hébergement dont le coût peut avoisiner 2 000 euros en moyenne, malgré la participation financière des obligés alimentaires (enfants et petits-enfants). La déshabilitation des places d'aide sociale est souvent demandée par les établissements pour rentrer dans un système classique permettant de libérer les tarifs. Et d'autre part, les départements veulent limiter leur charge financière pour les EHPAD, ce qui doit faire l'objet d'une vigilance particulière sur leur compétence d'action sociale, dont ils doivent être chefs de file...

## Annexe 4 : Questionnaire de l'étude, 1<sup>ère</sup> partie :

<h3>Point de vue des Médecins et IDE coordonnateurs d'EHPAD</h3> <p>Gestion de la crise sanitaire du Covid19 dans les EHPAD Questionnaire National et Anonyme, en ligne du 11 au 22 Mai inclus Publication des réponses le 25 mai sur cette page</p>	<p>A ce jour, il persiste un risque de pénurie en équipement individuel dans votre établissement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Les masques chirurgicaux</li><li><input type="checkbox"/> Les masques FFP2</li><li><input type="checkbox"/> Visières de protection</li><li><input type="checkbox"/> Les surblouses et tabliers à usage unique</li><li><input type="checkbox"/> Les charlottes ou surchaussures</li><li><input type="checkbox"/> Certaines thérapeutiques sédatives ne sont plus disponibles en pharmacies en quantité suffisante</li><li><input type="checkbox"/> Nous avons tous les EPI en quantité suffisante sans risque de pénurie</li><li><input type="checkbox"/> Autre : _____</li></ul>
<p>Vous êtes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Médecin coordonnateur d'EHPAD</li><li><input type="radio"/> IDE coordonnateur d'EHPAD</li><li><input type="radio"/> Autre : _____</li></ul>	<p>L'établissement comporte-t-il une unité protégée ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Oui</li><li><input type="radio"/> Non</li></ul>
<p>Dans quelle région exercez-vous ?</p> <p>Sélectionner ▼</p>	<p>Le cas échéant, comment peuvent s'organiser l'isolement des résidents déambulants ? (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hospitalisation des résidents tant que le nombre de cas est inférieur à 3</li><li><input type="checkbox"/> Isolement individuel en chambre fermée à clef si cas isolé</li><li><input type="checkbox"/> Création d'un secteur Covid possible y compris en unité protégée</li><li><input type="checkbox"/> Pas de possibilité d'isoler les cas suspects chez les patients déambulants</li><li><input type="checkbox"/> Il n'y a pas de résident déambulant dans notre établissement</li><li><input type="checkbox"/> Autre : _____</li></ul>
<p>Situation géographique :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> En ville</li><li><input type="radio"/> A la campagne</li></ul>	<p>Avez-vous eu des cas cliniquement suspects dans l'établissement ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Oui</li><li><input type="radio"/> Non</li></ul>
<p>Êtes-vous coordonnateur d'un ou plusieurs établissements ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> 1</li><li><input type="radio"/> 2</li><li><input type="radio"/> 3 ou plus</li></ul>	<p>Avez-vous eu des cas confirmés par PCR et/ou scanner ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Oui</li><li><input type="radio"/> Non</li></ul>
<p>Si vous êtes coordonnateur de plusieurs EHPAD Merci de répondre pour l'établissement qui vous a posé le plus de problématiques en terme de gestion sanitaire</p>	<p>Avez-vous eu des décès dans l'établissement dus au Covid ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Oui</li><li><input type="radio"/> Non</li></ul>
<p>Nombre de résidents dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Moins de 50 résidents</li><li><input type="radio"/> Entre 50 et 99 résidents</li><li><input type="radio"/> Entre 100 et 150 résidents</li><li><input type="radio"/> Plus de 150 résidents</li></ul>	<p>Un dépistage à grande échelle du personnel et des résidents a-t-il été réalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Oui et le nombre de tests POSITIFS est plus important que prévu</li><li><input type="radio"/> Oui et le nombre de tests NEGATIFS est plus important que prévu</li><li><input type="radio"/> Oui et les résultats sont en cours</li><li><input type="radio"/> Non car absence d'intérêt</li><li><input type="radio"/> Non car absence de moyen technique de réalisation</li><li><input type="radio"/> Autre : _____</li></ul>
<p>Mode de gestion de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Privé</li><li><input type="radio"/> Public</li><li><input type="radio"/> Associatif/Réseau mutualiste</li><li><input type="radio"/> Autre : _____</li></ul>	
<p>A partir de quelle date avez-vous eu des masques en quantité suffisante pour la protection du personnel et des résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Avant le 15 Mars</li><li><input type="radio"/> Entre le 16 Mars et le 31 Mars</li><li><input type="radio"/> Entre le 1er avril et aujourd'hui</li><li><input type="radio"/> Pas encore de masques en quantité suffisante à ce jour</li></ul>	

## Questionnaire de l'étude, 2<sup>ème</sup> partie :

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face depuis le début de la crise sanitaire ? (plusieurs réponses possibles)

- Le manque de personnel
- Les pénuries de matériel de protection
- Le manque d'accès aux tests PCR au moins à un moment donné
- Les discordances entre les recommandations et la pratique sur le terrain
- L'accès aux hospitalisations (situations covid et hors-covid)
- La continuité des soins par les médecins traitants (situations covid et hors-covid)
- La continuité des soins par les médecins spécialistes
- Les moyens de communication entre les résidents et leurs familles
- Les conséquences psychologiques pour les résidents
- Les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour le personnel
- Les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour vous
- Autre : \_\_\_\_\_

Concernant les prises en charge par le SAMU, les services d'urgences et les Hospitalisations, pensez-vous que la crise sanitaire du Covid ait conduit à :

- Une aggravation de la discrimination envers les résidents d'EHPAD
- Au contraire, une amélioration des prises en charge
- Pas de changement
- Jamais de discrimination ressentie vis à vis des résidents d'EHPAD (ni avant ni pendant la crise)
- Autre : \_\_\_\_\_

Quels ont été, selon vous, les appuis EFFICACES que vous avez eu depuis le début de l'épidémie ? (plusieurs réponses possibles)

- Directions de l'établissement/du groupe de l'institution
- ARS de votre région
- Autorités locales (municipalité, communauté de communes, préfecture)
- Médecins généralistes des résidents, CPTS et centres Covid ambulatoires
- Le SAMU centre 15
- CH de proximité
- CHU référent
- Équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) et équipes d'HAD
- Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous pu organiser la reprise des visites dans le respect des mesures barrières ?

- Oui, sans trop de difficultés
- Oui, mais cela est compliqué à organiser
- Non, cela est actuellement impossible à mettre en place dans notre établissement
- Autre : \_\_\_\_\_

Auparavant, aviez-vous déjà eu une expérience de gestion d'épidémie dans l'établissement (grippe, gale, gastro-entérites etc) ?

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une fois
- Jamais auparavant
- Autre : \_\_\_\_\_

Quels seraient, selon vous, les axes d'AMÉLIORATION à mettre en œuvre pour les EHPAD dans ce contexte de crise sanitaire ? (plusieurs réponses possibles)

- Augmentation des dotations en personnel (soignant et non soignant)
- Des moyens financiers supplémentaires pour les moyens techniques de l'EHPAD
- La prime exceptionnelle annoncée par le gouvernement pour le personnel en EHPAD
- Formation du personnel par des équipes d'hygiénistes
- Améliorer l'accès aux tests de dépistage
- Améliorer l'accès aux hospitalisations pour les cas suspects/confirmés
- Une communication régulière avec l'Agence régionale de santé pour un meilleur suivi des besoins
- La possibilité de communiquer directement les besoins du terrain au Ministère de la Santé
- Réserve sanitaire réservée au secteur médico-social
- Autre : \_\_\_\_\_

Quels sont vos BESOINS actuels et futurs pour permettre la protection et la qualité des soins des résidents dans les mois à venir ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Avez-vous des AVIS/SUGGESTIONS supplémentaires qui pourraient améliorer la gestion de la crise sanitaire dans les EHPAD ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Considérez-vous qu'il y ait eu un "abandon des EHPAD" dans la gestion de cette crise sanitaire ?

- Oui
- Non

## Annexe 5 : Nombre d'EHPAD référencés par régions

<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>936 EHPAD</b>	<b>Ile-de-France</b>	<b>707 EHPAD</b>
Ain	67	Paris	73
Allier	48	Seine-et-Marne	117
Ardèche	65	Yvelines	92
Cantal	40	Essonne	100
Drôme	69	Hauts-de-Seine	111
Isère	105	Seine-Saint-Denis	65
Loire	110	Val-de-Marne	72
Haute-Loire	49	Val-d'oise	77
Puy-de-Dôme	99	<b>Normandie</b>	<b>381 EHPAD</b>
Rhône	161	Calvados	90
Savoie	57	Eure	44
Haute-Savoie	66	Manche	84
<b>Bourgogne-Franche-</b>	<b>419 EHPAD</b>	Orne	54
Côte-d'Or	83	Seine-Maritime	109
Doubs	43	<b>Nouvelle Aquitaine</b>	<b>907 EHPAD</b>
Jura	50	Charente	65
Nièvre	37	Charente-Maritime	115
Haute-Saône	30	Corrèze	45
Saône-et-Loire	95	Creuse	32
Yonne	71	Dordogne	70
Territoire de Belfort	10	Gironde	173
<b>Bretagne</b>	<b>497 EHPAD</b>	Landes	59
Côtes-d'Armor	118	Lot-et-Garonne	51
Finistère	129	Pyrénées-Atlantiques	111
Ille-et-Vilaine	143	Deux-Sèvres	70
Morbihan	107	Vienne	76
<b>Centre-Val de Loire</b>	<b>313 EHPAD</b>	Haute-Vienne	40
Cher	42	<b>Occitanie</b>	<b>816 EHPAD</b>
Eure-et-Loir	46	Ariège	31
Indre	42	Aude	56
Indre-et-Loire	63	Aveyron	70
Loir-et-Cher	52	Gard	90
Loiret	68	Haute-Garonne	130
<b>Corse</b>	<b>29 EHPAD</b>	Gers	36
Corse-du-Sud	14	Hérault	148
Haute-Corse	15	Lot	36
<b>Grand Est</b>	<b>607 EHPAD</b>	Lozère	28
Ardennes	31	Hautes-Pyrénées	36
Aube	45	Pyrénées-Orientales	51
Marne	47	Tarn	67
Haute-Marne	25	Tarn-et-Garonne	37
Meurthe-et-Moselle	73	<b>Pays de la Loire</b>	<b>579 EHPAD</b>
Meuse	26	Loire-Atlantique	178
Moselle	110	Maine-et-Loire	129
Bas-Rhin	117	Mayenne	60
Haut-Rhin	74	Sarthe	75
Vosges	59	Vendée	137
<b>Hauts de France</b>	<b>582 EHPAD</b>	Alpes-de-Haute-Provence	32
Aisne	68	<b>Provence-Alpes-Côte</b>	<b>596 EHPAD</b>
Nord	253	Hautes-Alpes	25
Oise	72	Alpes-Maritimes	152
Pas-de-Calais	137	Bouches-du-Rhône	198
Somme	52	Var	130
		Vaucluse	59
		<b>Outre-Mer</b>	<b>69 EHPAD</b>
		Guadeloupe	22
		Guyane	4
		La Réunion	19
		Martinique	24

## Annexe 6 : Répartition des régions en zones rouges et non rouges

<b>Zones Rouges :</b>		<b>Zones non Rouges :</b>	
Régions :	Nb de jours en zone rouge :	Régions :	Nb de jours en zone rouge :
Ile-de-France	61 jours	Provence-Alpes-Côte d'Azur	31 jours
Grand Est	54 jours	Corse	31 jours
Bourgogne-Franche-Comté	43 jours	Pays de la Loire	23 jours
Hauts-de-France	42 jours	Normandie	20 jours
Auvergne-Rhône-Alpes	39 jours	Outre-Mer	20 jours
Centre-Val de Loire	36 jours	Occitanie	13 jours
		Bretagne	15 jours
		Nouvelle-Aquitaine	4 jours

## Annexe 7 : Visuel du site internet <http://questionnaire-ehpad-covid.com>

**QUESTIONNAIRE EHPAD COVID**

[Présentation de l'étude](#)
[Le questionnaire](#)
[Matériels et Méthodes](#)
[Résultats >](#)

### Présentation de l'étude

**Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs d'EHPAD**

**Concernant la gestion de la crise sanitaire du Covid19**

Cette étude a vu le jour suite à certaines situations rencontrées en EHPAD lors de l'épidémie du SARS-Cov2, pendant les mois difficiles qui viennent de s'écouler. En tant que médecins généralistes, avec mes collègues du cabinet, nous réalisons le suivi de patients au sein de différents EHPAD et avec les médecins coordonnateurs et le personnel, nous avons dû faire face ces derniers mois à de nombreuses difficultés. Elles étaient tout d'abord pratiques : absence de masque pour le personnel, difficultés d'accès aux tests de dépistage, l'impossibilité d'isoler les patients déambulants etc. Mais elles étaient aussi organisationnelles : publication de recommandations contradictoires, manque de soutien des tutelles régionales, et une longue liste de problématiques que vous connaissez sans doute mieux que moi. Nous avons également assisté à des actions très positives (réactivité des équipes HAD, équipes mobiles d'hygiène du CHU etc.) et surtout à une exemplaire implication et mobilisation de **l'ensemble du personnel** de ces établissements.

L'objectif de cette étude a été de permettre aux soignants du terrain de s'exprimer vis à vis de la gestion de la crise sanitaire en EHPAD. L'enquête a été réalisée via un questionnaire s'adressant aux médecins coordonnateurs ou infirmiers coordonnateurs en l'absence de médecin-co. Il a été diffusé à tous les EHPAD du territoire français et ainsi 571 réponses ont été obtenues. Le

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Résumé

*Introduction* : Les EHPAD ont été des lieux fortement impactés par la pandémie de Covid-19. De grandes difficultés dans ces établissements étaient bien antérieures à la crise.

*Méthodes* : Notre étude a été menée par le biais d'un questionnaire en ligne diffusé sur le territoire national entre le 11 et le 22 mai 2020. L'objectif principal était de recueillir et analyser le point de vue des médecins et IDE coordonnateurs concernant la gestion de la crise sanitaire en EHPAD.

*Résultats* : Nous avons obtenu 571 réponses des médecins et infirmiers coordonnateurs. Ceux-ci ont témoigné de nombreux retards à l'acheminement des masques et équipements de protection individuelle pour le personnel. Les principales difficultés qu'ils ont eu à gérer lors de cette crise étaient les conséquences psychologiques sur les résidents (79%) et les surcharges de travail pour le personnel (71%). Le principal appui efficace qui leur a été apporté venait de leurs directions d'établissements (77% des réponses). À l'aide de 2 questions à champ de réponse de texte libre nous avons analysé les besoins actuels et futurs des répondants, ainsi que leurs avis et suggestions pour améliorer la gestion de cette crise sanitaire. Augmenter les dotations en personnel soignant était, de loin, la principale demande. Ont également été abordés les limites du modèle des EHPAD et du rôle du médecin coordonnateur, ainsi que la remise en question du système administratif en place.

*Conclusion* : Rendre attractif les métiers du grand âge est à ce jour indispensable pour maintenir le modèle actuel des EHPAD.

---

### POINT OF VIEW OF DOCTORS AND NURSES COORDINATORS ABOUT COVID-19 HEALTH CRISIS MANAGEMENT IN THE EHPAD, ON THE NATIONAL TERRITORY

## Abstract

*Introduction* : EHPAD (residential care institution for senior citizen) have been heavily impacted by the Covid-19 pandemic. Great difficulties in these institutions predated the crisis.

*Methods* : Our study was carried out through an online questionnaire distributed nationally between May 11 and 22, 2020. The main objective was to collect and analyze the point of view of physicians and nurses coordinators regarding the management of the health crisis in EHPAD.

*Results* : We received 571 responses from the coordinating physicians and nurses. They witnessed numerous delays in the delivery of masks and personal protective equipment for staff. The main difficulties they had to deal with during this crisis were psychological consequences on residents (79%) and overwork for staff (71%). The main effective support provided to them came from their EHPAD directors (77% of responses). With the help of 2 free-text answer field questions, we analyzed the current and future needs of the respondents, as well as their opinions and suggestions for improving the management of this health crisis. Increasing the number of nursing staff was by far the main demand. The limitations of the EHPAD model and the role of the coordinating physician were also discussed, as well as the reassessment of the administrative system in place.

*Conclusion* : To date, it is essential to make the EHPAD's jobs attractive to maintain the EHPAD current model.

---

**MOTS-CLÉS** : EHPAD, COVID, MÉDECIN, COORDONNATEUR, PERSONNEL, SOIGNANT, CRISE SANITAIRE.