



**SEMINAIRE DE TRAVAIL  
HCFEA ET CNSA  
« RETOURS D'EXPERIENCES COVID  
DANS LE CHAMP DE L'ÂGE »**

**Actes du séminaire  
du Conseil de l'âge et de la CNSA  
du 12 octobre 2021**

## SOMMAIRE

<b>Programme</b> .....	<b>5</b>
<b>Ouvertures</b> .....	<b>14</b>
<b>Introduction : Virginie Magnant, directrice de la CNSA</b> .....	<b>14</b>
<b>Ouverture. Bertrand Fragonard, président du Conseil de l'âge du HCFEA</b> .....	<b>16</b>
<b>Table 1. Entre liberté et sécurité, la crise Covid révélateur des enjeux d'évolution des lieux de vie des personnes âgées vulnérables : convergences et controverses</b> .....	<b>18</b>
<b>I) Interventions</b> .....	<b>18</b>
Vanessa Wisnia-Weill, secrétaire générale adjointe du HCFEA <i>Surmortalités en temps de crise selon les lieux de vie.</i> .....	<b>18</b>
Anne Caron-Déglise, avocate générale à la Cour de cassation Liberté <i>Sécurité et risques de maltraitance institutionnelles, des questions pour le domicile ordinaire comme pour l'Ehpad</i> .....	<b>22</b>
A) Nadia Sahmi, architecte-conseil en qualité d'Us-âges, et Cyrus Mechkat, architecte <i>Pistes d'évolution de l'organisation spatiale de l'Ehpad et du logement ordinaire pour le virage domiciliaire : combiner résilience, intimités, convivialité et liberté de circulation</i> .....	<b>25</b>
B) Jérôme Perrin, directeur du développement et de la qualité à l'ADMR <i>Quels enseignements tirer de la crise Covid-19 dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) Quels modèles de responsabilités dans les Saad et quelles limites ?</i> .....	<b>29</b>
C) Pierre Czernichow, président de la Fédération 3977 contre la maltraitance <i>Évolution des alertes pour maltraitances depuis l'épidémie de Covid-19 en France</i> et Jacques Rastoul, expert national de la CFDT Retraités <i>Le rôle des conseils de la vie sociale (CVS) dans les lieux de vie collectifs, un modèle à développer ?</i> .....	<b>34</b>
D) Romain Gizolme, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées <i>Les modèles de responsabilité des directeurs d'Ehpad et la citoyenneté des personnes âgées</i> ...	<b>41</b>
<b>II) Discussion</b> .....	<b>45</b>
A) Discutants.....	<b>45</b>
B) Discussion avec la salle .....	<b>48</b>
<b>Table 2. Résiliences et pilotages : alertes et protocoles mobilisables pour servir les populations âgées et les professionnels de premières lignes en aides et biens essentiels et assurer les coordinations territoriales</b> .....	<b>52</b>
<b>I) Interventions</b> .....	<b>52</b>
Jérôme Jumel, adjoint de la directrice générale de la cohésion sociale (DGCS) et directeur de la cellule de gestion de crise <i>L'État en temps de crise, quel pilotage pour prendre en compte les besoins des personnes âgées en établissement ou à domicile ?</i> .....	<b>52</b>

A) Maryse Duval, directrice générale du groupe SOS Seniors <i>Montée en qualité des normes d'hygiène dans les Ehpad, disparités public / privé pour l'accès à la réserve sanitaire, oubli de certaines professions dans les dispositifs nationaux</i> .....	54
B) Isabel Madrid, membre élue du conseil d'administration de l'Unccas <i>Systèmes d'alerte et de priorisations dans les CCAS, liens avec les acteurs économiques locaux</i> ..	59
C) Frédérique Garlaud, directrice nationale de l'action sociale à la Cnav <i>Quel pilotage pour prendre en compte les besoins des retraités confinés à domicile ?</i> .....	64
D) Céline Martin, dirigeante fondatrice d'Alliance Vie, réseau de services d'aide à domicile, et présidente de la Commission dépendance handicap de la Fédération française des services à la personne et de proximité (Fédésap) <i>Des enseignements : plans de continuité de l'activité, tensions liées à l'exode des urbains et prises en compte par la puissance publique (personnels de Saad, protocoles ARS)</i> .....	68
E) Marylène Cahouet, Fédération syndicale unitaire (FSU) <i>La mobilisation des CDCA en période de crise</i> .....	72
<b>II) Discussion</b> .....	<b>77</b>
A) Discutants.....	77
B) Discussion avec la salle .....	79
<b>Table 3. La structuration de la filière sanitaire et médicosociale : la crise Covid accélérateur ?</b> .....	<b>82</b>
<b>I) Interventions</b> .....	<b>82</b>
<i>Dr Gaël Durel, gériatre, président de l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médicosocial (MCOOR)</i> <i>La structuration de la filière sanitaire et médicosociale : la crise Covid accélérateur ?</i> .....	82
A) Boris Duponchel, secrétaire général du Reso-Occitanie, et Jean-Sébastien Marchand, M.A.P., Ph. D. <i>Quelques enseignements de la recherche sur l'appui du sanitaire au médicosocial pendant la crise selon le projet Reso-Occitanie</i> .....	85
B) Marc Bourquin, conseiller stratégique auprès de la fédération hospitalière de France (FHF) <i>Les appuis du secteur hospitalier au médicosocial dans une logique de responsabilité populationnelle</i> .....	88
C) Marie-Anne Fourier, directrice transformation et développement France du groupe Korian <i>Le renforcement des coopérations entre EHPAD et structures sanitaires et l'accélération du déploiement de la télémédecine en EHPAD pendant la crise Covid</i> .....	92
D) Marc Dupont, vice-président de l'UNA <i>La crise Covid-19 comme levier de la transformation de l'offre des services et les moyens pour assurer la continuité de services</i> .....	95
E) Sébastien Podevyn, directeur général France Silver-Eco <i>La silver économie à l'appui de la structuration des filières : la crise comme accélérateur</i> .....	99
<b>II) Discussion</b> .....	<b>102</b>
A) Discutants.....	102
B) Discussion avec la salle .....	105

**Table 4. Ressources humaines, réserves sanitaires, coordination des ressources..... 110**

**I) Interventions ..... 110**

A) Carole Bonnet, conseillère scientifique du HCFEA  
*Quelques premiers éléments sur l'évolution des heures APA et Exo 70 + (emploi direct) pendant la pandémie sur le territoire ..... 112*

B) Marie-Béatrice Levaux, présidente de la Fepem  
*Maintien des services essentiels et dispositifs de priorisations et de coordination..... 118*

C) Marine Boisson-Cohen, directrice scientifique de la CNSA  
*Premiers enseignements des recherches et des retours d'expérience soutenus par la CNSA.... 123*

**II) Discussion ..... 129**

A) Discutants..... 129

B) Discussion avec la salle ..... 130

## PROGRAMME

Le Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), en partenariat avec la Caisse nationale pour l'autonomie (CNSA), organise un séminaire pour tirer des enseignements de la crise Covid en matière d'organisation des Ehpad, des services à domicile et de continuité du cadre de vie des personnes âgées.

La journée est structurée en quatre tables rondes.

La première table ronde partira de la conception des lieux de vie des personnes âgées vulnérables, questionnée à nouveaux frais par la crise Covid.

La deuxième table ronde se centrera sur la gestion de crise et la résilience opérationnelle en vue de crises futures.

Les deux dernières tables rondes revisiteront à la lueur de la crise Covid des problématiques structurelles : coordination sanitaire de la filière médicosociale et hospitalière, conditions de travail et coordination des ressources humaines.

**Matin : 9h – 13h15**

**Ouverture : 9h–9h15**

**Virginie Magnant, directrice de la CNSA**

**Bertrand Fragonard, président du Conseil de l'âge du HCFEA**

\*

## Table 1 : 9h15–11h15

### Entre liberté et sécurité, la crise Covid révélateur des enjeux d'évolution des lieux de vie des personnes âgées vulnérables : convergences et controverses

*En ouverture de la table ronde 1*

**Vanessa Wisnia-Weill**, secrétaire générale adjointe du HCFEA  
*surmortalités en temps de crise selon les lieux de vie.*

À côté d'un débat sur l'évolution de libertés publiques en régime exceptionnel, que nous n'aborderons pas dans cette journée, la pandémie permet de questionner la manière dont les besoins de protection et de respect des droits concourent à façonner les lieux de vie des personnes âgées vulnérables et leurs prises en charge. Des enseignements peuvent en être tirés en termes d'organisation de l'Ehpad (conception des espaces, type de surveillance et régulation des circulations de visiteurs et de résidents), et aussi relativement aux hébergements regroupés et au logement ordinaire pour faire évoluer les modèles de responsabilités des services à domicile par rapport aux personnes âgées et leur prise en compte par la puissance publique.

Présidente : **Anne Caron-Déglise**, avocate générale à la Cour de cassation  
*Liberté, sécurité et risques de maltraitance institutionnelles, des questions pour le domicile ordinaire comme pour l'Ehpad*

**Jérôme Perrin**, directeur du développement et de la qualité à l'ADMR  
*Quels enseignements tirer de la crise Covid-19 dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) : quels modèles de responsabilités dans les Saad et quelles limites ?*

**Cyrus Mechkat**, architecte, et **Nadia Sahmi**, architecte conseil en qualité d'Us-âges  
*Pistes d'évolution de l'organisation spatiale de l'Ehpad et du logement ordinaire pour le virage domiciliaire : combiner résilience, intimités, convivialité et liberté de circulation*

*Familles et lieux de vie des personnes âgées :*

**Pierre Czernichow**, président de la fédération 3977 contre la maltraitance  
*Evolution des alertes pour maltraitances depuis l'épidémie de Covid-19 en France*  
*et*

**Jacques Rastoul**, expert national de la CFDT retraités  
*Le rôle des conseils de la vie sociale (CVS) dans les lieux de vie collectifs, un modèle à développer ?*

**Romain Gizolme**, directeur de l'association des directeurs au service des personnes âgées  
*Les modèles de responsabilité des directeurs d'Ehpad et la citoyenneté des personnes âgées*

\*\*\*

**10h45–11h15 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion, interventions de Citoyennâge et de Old-up*

## Table 2 : 11h15–13h15

### **Résiliances et pilotages : alertes et protocoles mobilisables pour servir les populations âgées et les professionnels de premières lignes en aides et biens essentiels et assurer les coordinations territoriales**

Face aux tensions d'approvisionnement en matériel et aux besoins des populations en temps de crise, la pandémie a mobilisé les agents publics, les acteurs de proximité et les opérateurs pour des coopérations inédites et à des échelles diverses, auto-organisées ou au contraire pilotées. Des modalités d'organisation et de pilotage ont pu se développer, mais on a également assisté à un redéploiement des agents publics vers des missions plus opérationnelles et/ou hors de leurs registres habituels. À l'instar des registres de personnes âgées de la canicule, faut-il en pérenniser certains acquis ? Quels enseignements en tirer du point de vue des instances de pilotage collective pour augmenter la résilience lors de prochaines crises ?

On abordera spécifiquement ici les outils de gestion de crise de la puissance publique pour mieux prendre en compte les personnes âgées et tous les professionnels potentiellement concernés, à domicile ou en établissement. On reviendra dans l'après-midi sur des enseignements plus structurels au regard de l'évolution des coordinations des filières sanitaire et médicosociales et de la mobilisation des professionnels auprès des personnes.

Président : **Jérôme Jumel**, adjoint de la directrice générale de la cohésion sociale (DGCS) et directeur de la cellule de gestion de crise

*L'État en temps de crise, quel pilotage pour prendre en compte les besoins des personnes âgées en établissement ou à domicile ?*

**Maryse Duval**, directeur général du groupe SOS Seniors

*Montée en qualité des normes d'hygiène dans les Ehpad, disparités public / privé pour l'accès à la réserve sanitaire, oubli de certaines professions dans les dispositifs nationaux*

**Isabel Madrid**, membre élue du conseil d'administration de l'Unccas

*Systèmes d'alerte et de priorisations dans les CCAS, liens avec les acteurs économiques locaux*

**Frédérique Garlaud**, directrice nationale de l'action sociale à la Cnav

*Quel pilotage pour prendre en compte les besoins des retraités confinés à domicile ?*

**Céline Martin**, Dirigeante fondatrice d'Alliance Vie, réseau de services d'aide à domicile et Présidente de la Commission Dépendance Handicap de la fédération française des services à la personne et de proximité (Fédésap)

*Des enseignements : plans de continuité de l'activité, tensions liées à l'exode des urbains et prises en compte par la puissance publique (personnels de Saad, protocoles ARS)*

**Marylène Cahouet**, fédération syndicale unitaire (FSU)

*La mobilisation des CDCA en période de crise*

\*\*\*

### **12h45–13h15 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion : retour sur l'implication des acteurs du bénévolat (Monalisa), les questions sur la veille épidémiologique et son utilisation (chercheurs)*

**Après-midi : 14h30–18h00**

**Table 3 : 14h45–16h30**

**La structuration de la filière sanitaire et médicosociale :  
la crise Covid accélérateur ?**

Dans certains territoires, la crise a accéléré les coopérations au sein et entre des filières médicosociale et sanitaire, entre opérateurs privés, associatifs et publics, souvent accompagnées d'une mise en œuvre d'outils numériques y contribuant. Quels enseignements en tirer sur le parcours de soin des personnes âgées entre hospitalisations et lieux de vie ? Comment faire vivre des coopérations après la pandémie ?

Président : **Dr Gaël Durel**, gériatre, président de l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médicosocial (MCOOR)

**Boris Duponchel**, secrétaire général du Reso-Occitanie et **Jean-Sébastien Marchand, M.A.P, Ph.D**

*Quelques enseignements de la recherche sur l'appui du sanitaire au médicosocial pendant la crise selon le projet Reso-Occitanie*

Marc Bourquin, conseiller stratégique auprès de la fédération hospitalière de France (FHF)

*Les appuis du secteur hospitalier au médicosocial dans une logique de responsabilité populationnelle*

**Marie-Anne Fourier**, directrice transformation et développement France du groupe Korian

*Le renforcement des coopérations entre EHPAD et structures sanitaires et l'accélération du déploiement de la télémédecine en EHPAD pendant la crise Covid*

**Sébastien Podevyn**, directeur général France Silver-Eco

*La silver économie à l'appui de la structuration des filières : la crise comme accélérateur*

**Marc Dupont**, vice-président de l'UNA

*La crise Covid-19 comme levier de la transformation de l'offre des services et les moyens pour assurer la continuité de services*

\*\*\*

**16h–16h30 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion : interventions du Pr Olivier Guérin, président de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)<sup>1</sup> et de Delphine Mallet, directrice silver, La Poste.*

---

<sup>1</sup> Par zoom.



## Table 4 : 16h30–18h

### Ressources humaines, réserves sanitaires, coordination des ressources

Il est bien connu que le secteur du *care* est en tension. Il est difficile d'y recruter et surtout de s'y maintenir durablement. La pandémie a sollicité des besoins inédits de main d'œuvre et a servi de révélateur à une exigence de valorisation des métiers de l'autonomie, d'insuffisance de la réserve sanitaire, mais également potentiellement de possibilités de redéploiement des ressources (entre petite enfance et grand âge dans les CCAS, entre actifs inoccupés et structures débordées, entre opérateurs). Quels enseignements pour l'exercice des métiers de l'autonomie, en établissement et au domicile ? Quelles modalités de coordination et de redéploiement des ressources doivent être maintenues ? Quels leviers pour poursuivre et favoriser souplement les innovations ?

*Président : Cyril Carbonnel*, directeur autonomie du conseil départemental du Nord

**Carole Bonnet**, conseillère scientifique du HCFEA

*Quelques premiers éléments sur l'évolution des heures APA et Exo 70 + (emploi direct) pendant la pandémie sur le territoire*

**Marie-Béatrice Levaux**, présidente de la Fepem

*Maintien des services essentiels et dispositifs de priorisations et de coordination*

**Marine Boisson-Cohen**, directrice scientifique de la CNSA

*Premiers enseignements des recherches et des retours d'expérience soutenus par la CNSA*

\*\*\*

#### **17h20 – 17h50 : Discussion avec la salle**

*Avec Dr Deschamps, directrice médicale Sos seniors, et des membres de l'una, la fedesap..*

\*\*\*

## Clôture : 17h50 -18.00

**Marie-Anne Montchamp**, présidente du Conseil de la CNSA

## Table 1 : 9h15–11h15

### Entre liberté et sécurité, la crise Covid révélateur des enjeux d'évolution des lieux de vie des personnes âgées vulnérables : convergences et controverses

*En ouverture de la table ronde 1*

**Vanessa Wisnia-Weill**, secrétaire générale adjointe du HCFEA  
*surmortalités en temps de crise selon les lieux de vie.*

À côté d'un débat sur l'évolution de libertés publiques en régime exceptionnel, que nous n'aborderons pas dans cette journée, la pandémie permet de questionner la manière dont les besoins de protection et de respect des droits concourent à façonner les lieux de vie des personnes âgées vulnérables et leurs prises en charge. Des enseignements peuvent en être tirés en termes d'organisation de l'Ehpad (conception des espaces, type de surveillance et régulation des circulations de visiteurs et de résidents), et aussi relativement aux hébergements regroupés et au logement ordinaire pour faire évoluer les modèles de responsabilités des services à domicile par rapport aux personnes âgées et leur prise en compte par la puissance publique.

Présidente : **Anne Caron-Déglise**, avocate générale à la Cour de cassation  
*Liberté, sécurité et risques de maltraitance institutionnelles, des questions pour le domicile ordinaire comme pour l'Ehpad*

**Jérôme Perrin**, directeur du développement et de la qualité à l'ADMR  
*Quels enseignements tirer de la crise Covid-19 dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) : quels modèles de responsabilités dans les Saad et quelles limites ?*

**Cyrus Mechkat**, architecte, et **Nadia Sahmi**, architecte conseil en qualité d'Us-âges  
*Pistes d'évolution de l'organisation spatiale de l'Ehpad et du logement ordinaire pour le virage domiciliaire : combiner résilience, intimités, convivialité et liberté de circulation*

*Familles et lieux de vie des personnes âgées :*

**Pierre Czernichow**, président de la fédération 3977 contre la maltraitance  
*Evolution des alertes pour maltraitances depuis l'épidémie de Covid-19 en France*  
et

**Jacques Rastoul**, expert national de la CFDT retraités  
*Le rôle des conseils de la vie sociale (CVS) dans les lieux de vie collectifs, un modèle à développer ?*

**Pascal Champvert**, président, association des directeurs au service des personnes âgées  
*Les modèles de responsabilité des directeurs d'Ehpad et la citoyenneté des personnes âgées*

\*\*\*

**10h45–11h15 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion, interventions de Citoyennâge et de Old-up*

## Table 2 : 11h15–13h15

### **Résiliances et pilotages : alertes et protocoles mobilisables pour servir les populations âgées et les professionnels de premières lignes en aides et biens essentiels et assurer les coordinations territoriales**

Face aux tensions d'approvisionnement en matériel et aux besoins des populations en temps de crise, la pandémie a mobilisé les agents publics, les acteurs de proximité et les opérateurs pour des coopérations inédites et à des échelles diverses, auto-organisées ou au contraire pilotées. Des modalités d'organisation et de pilotage ont pu se développer, mais on a également assisté à un redéploiement des agents publics vers des missions plus opérationnelles et/ou hors de leurs registres habituels. À l'instar des registres de personnes âgées de la canicule, faut-il en pérenniser certains acquis ? Quels enseignements en tirer du point de vue des instances de pilotage collective pour augmenter la résilience lors de prochaines crises ?

On abordera spécifiquement ici les outils de gestion de crise de la puissance publique pour mieux prendre en compte les personnes âgées et tous les professionnels potentiellement concernés, à domicile ou en établissement. On reviendra dans l'après-midi sur des enseignements plus structurels au regard de l'évolution des coordinations des filières sanitaire et médicosociales et de la mobilisation des professionnels auprès des personnes.

Président : **Jérôme Jumel**, adjoint de la directrice générale de la cohésion sociale (DGCS) et directeur de la cellule de gestion de crise

*L'État en temps de crise, quel pilotage pour prendre en compte les besoins des personnes âgées en établissement ou à domicile ?*

**Maryse Duval**, directeur général du groupe SOS Seniors

*Montée en qualité des normes d'hygiène dans les Ehpad, disparités public / privé pour l'accès à la réserve sanitaire, oubli de certaines professions dans les dispositifs nationaux*

**Isabel Madrid**, membre élue du conseil d'administration de l'Unccas

*Systèmes d'alerte et de priorisations dans les CCAS, liens avec les acteurs économiques locaux*

**Frédérique Garlaud**, directrice nationale de l'action sociale à la Cnav

*Quel pilotage pour prendre en compte les besoins des retraités confinés à domicile ?*

**Céline Martin**, Dirigeante fondatrice d'Alliance Vie, réseau de services d'aide à domicile et Présidente de la Commission Dépendance Handicap de la fédération française des services à la personne et de proximité (Fédésap)

*Des enseignements : plans de continuité de l'activité, tensions liées à l'exode des urbains et prises en compte par la puissance publique (personnels de Saad, protocoles ARS)*

**Marylène Cahouet**, fédération syndicale unitaire (FSU)

*La mobilisation des CDCA en période de crise*

\*\*\*

### **12h45–13h15 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion : retour sur l'implication des acteurs du bénévolat (Monalisa), les questions sur la veille épidémiologique et son utilisation (chercheurs)*

**Après-midi : 14h30–18h00**

**Table 3 : 14h45–16h30**

**La structuration de la filière sanitaire et médicosociale :  
la crise Covid accélérateur ?**

Dans certains territoires, la crise a accéléré les coopérations au sein et entre des filières médicosociale et sanitaire, entre opérateurs privés, associatifs et publics, souvent accompagnées d'une mise en œuvre d'outils numériques y contribuant. Quels enseignements en tirer sur le parcours de soin des personnes âgées entre hospitalisations et lieux de vie ? Comment faire vivre des coopérations après la pandémie ?

Président : **Dr Gaël Durel**, gériatre, président de l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médicosocial (MCOOR)

**Boris Duponchel**, secrétaire général du Reso-Occitanie et **Jean-Sébastien Marchand, M.A.P, Ph.D**

*Quelques enseignements de la recherche sur l'appui du sanitaire au médicosocial pendant la crise selon le projet Reso-Occitanie*

**Marc Bouquin**, conseiller stratégique auprès de la fédération hospitalière de France (FHF)

*Les appuis du secteur hospitalier au médicosocial dans une logique de responsabilité populationnelle*

**Marie-Anne Fourier**, directrice transformation et développement France du groupe Korian

*Le renforcement des coopérations entre EHPAD et structures sanitaires et l'accélération du déploiement de la télémédecine en EHPAD pendant la crise Covid*

**Sébastien Podevyn**, directeur général France Silver-Eco

*La silver économie à l'appui de la structuration des filières : la crise comme accélérateur*

**Marc Dupont**, vice-président de l'UNA

*La crise Covid-19 comme levier de la transformation de l'offre des services et les moyens pour assurer la continuité de services*

\*\*\*

**16h–16h30 : discussion avec la salle**

*Pour ouvrir la discussion : interventions du Pr Olivier Guérin, président de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)<sup>2</sup> et de Delphine Mallet, directrice silver, La Poste.*

---

<sup>2</sup> Par zoom.

## Table 4 : 16h30–18h

### Ressources humaines, réserves sanitaires, coordination des ressources

Il est bien connu que le secteur du *care* est en tension. Il est difficile d'y recruter et surtout de s'y maintenir durablement. La pandémie a sollicité des besoins inédits de main d'œuvre et a servi de révélateur à une exigence de valorisation des métiers de l'autonomie, d'insuffisance de la réserve sanitaire, mais également potentiellement de possibilités de redéploiement des ressources (entre petite enfance et grand âge dans les CCAS, entre actifs inoccupés et structures débordées, entre opérateurs). Quels enseignements pour l'exercice des métiers de l'autonomie, en établissement et au domicile ? Quelles modalités de coordination et de redéploiement des ressources doivent être maintenues ? Quels leviers pour poursuivre et favoriser supplément les innovations ?

*Président* : **Cyril Carbonnel**, directeur autonomie du conseil départemental du Nord

**Carole Bonnet**, conseillère scientifique du HCFEA

*Quelques premiers éléments sur l'évolution des heures APA et Exo 70 + (emploi direct) pendant la pandémie sur le territoire*

**Marie-Béatrice Levaux**, présidente de la Fepem

*Maintien des services essentiels et dispositifs de priorisations et de coordination*

**Marine Boisson-Cohen**, directrice scientifique de la CNSA

*Premiers enseignements des recherches et des retours d'expérience soutenus par la CNSA*

\*\*\*

#### **17h20 – 17h50 : Discussion avec la salle**

*Avec Dr Deschamps, directrice médicale Sos seniors, et des membres de l'Una, la fedesap...*

\*\*\*

## Clôture : 17h50 -18.00

**Marie-Anne Montchamp**, présidente du Conseil de la CNSA

## OUVERTURES

### Introduction : Virginie Magnant, directrice de la CNSA

#### Virginie Magnant

Je suis heureuse de vous accueillir et très honorée d'accueillir le vice-président du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge dans nos locaux physiques et virtuels pour ce séminaire dédié aux retours d'expériences et de travaux de recherche en lien avec l'épidémie de Covid et sa gestion, qui a pour intitulé « Retex Covid dans le champ de l'âge ».

Nous sommes vraiment très heureux de ce séminaire de travail qui est partenarial avec le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. L'initiative, il faut le reconnaître, est venue du Haut Conseil. Nous étions très heureux de nous y associer, tant le sujet est évidemment d'intérêt commun. Il permettra, tout au long de la journée, d'illustrer et de rendre compte de la manière dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'est notamment saisie de ce sujet et a mobilisé ses outils traditionnels (soutien à l'innovation, soutien à la recherche) pour accompagner ces retours d'expérience. Celle-ci a essayé, avec les nombreux acteurs qui ont été mobilisés à la fois par la crise et par ce Retex, de contribuer à ce tamisage de l'ensemble des expériences et innovations qui ont surgi pendant la crise. Le but est d'identifier sinon les pépites, en tout cas les transformations que cette expérience a pu susciter, et de contribuer à ce que ces transformations durent, perdurent, soient d'abord modélisées (ce qui est la condition de leur essaimage) et puissent ensuite être partagées. Cette journée commence précisément à organiser le partage. C'est un point important.

Parmi les deux outils et leviers que nous avons mobilisés lors de cette crise, l'appel à projets thématique d'actions innovantes « Tirer les enseignements de la crise Covid pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap » qui a permis de soutenir vingt-cinq retours d'expériences ou consolidations d'expérimentations, quinze dans le champ de l'âge, cinq dans le champ partagé de l'âge et du handicap, cinq dans le champ du handicap seulement. Bien sûr, nous parlerons davantage dans cette journée des projets dans le champ de l'âge ou dans le champ partagé du handicap et de l'âge. Je voudrais souligner néanmoins combien cet appel à projets a été lancé très tôt l'année dernière, dans les premiers jours de l'année 2020. Cela signifie qu'il a été conçu dans le courant du mois d'avril.

C'est peut-être l'occasion, en évoquant à nouveau cette chronologie, de nous remettre dans l'état d'esprit collectif d'il y a à peine seize mois, cet état d'esprit de sidération a, me semble-t-il, touché l'ensemble des Français. Puis, il a donné lieu à une mobilisation extrême de tous les professionnels chargés de l'accompagnement des personnes âgées et l'on sait combien la crise a également très fortement mobilisé les soignants et les acteurs du handicap, une mobilisation extrême pour faire face à la crise qui s'est traduite par une suractivité d'une partie des acteurs. Puis, pour ceux moins directement en première ligne dans la crise, cette interrogation profonde, cette sidération, puis ce questionnement : comment soutenir ceux qui aident ?

Le confinement général a été décrété le 17 mars 2020 et s'est traduit par la fermeture totale du pays. Mi-avril, soit un mois plus tard, à la CNSA s'interroge sur les modalités de soutien des professionnels touchés de plein fouet par cette crise. Face à cette sidération, face à ce

bouleversement complet des fonctionnements, le CNSA a tenu à réorienter ses outils et à se mobiliser sur ce Retex.

Le deuxième outil a été le soutien à des projets de recherche, notamment à un projet de recherche sur la fin de vie en Ehpad lors de la première vague Covid dont il sera rendu compte dans la journée.

Ces deux leviers mobilisés ont permis d'interroger les divers modes de réaction face à la crise et nous mettre en capacité de recueillir la parole et l'expérience non seulement des professionnels, aussi bien en établissement qu'à domicile, mais également des personnes elles-mêmes, de leurs aidants, des experts de la société française de gériatrie

C'est un élément fondamental du soutien à la recherche et à l'innovation de la CNSA que de pouvoir croiser les savoirs experts et les savoirs « expérientiels ». Cette recherche participative avec les professionnels, avec les personnes, avec les fédérations de professionnels, constitue, en cela, le fil rouge du soutien à la recherche et à l'innovation à la CNSA.

Enfin, je voulais souligner qu'il me semble que consacrer du temps, de l'intelligence et des ressources à ce Retex s'est imposé avec une force d'évidence au sein de la CNSA. Cette évidence se relie, je pense, à plusieurs fondamentaux, notamment à ce que l'on appelle la « résilience », le besoin de faire un retour sur l'expérience pour rebondir et réagir. C'est aussi les fondements de la recherche et du progrès scientifique que d'interroger et de formaliser pour capitaliser l'expérience. C'est donc plus globalement un outil de progrès. Cela se rattache assez fondamentalement à un élément complètement universel : en temps de crise, nous avons aussi besoin de lever le regard, de chercher l'espoir. Penser en avril dernier que nous allions tirer des expériences positives de la lessiveuse dans laquelle nous étions collectivement en train de tourner,, c'était aussi nous rattacher et nourrir l'espoir.

Nous sommes encore aujourd'hui dans l'espoir, l'espoir que nous contribuons à construire ensemble des accompagnements de qualité pour les personnes âgées. C'est ce que nous allons partager tout au long de la journée. Je passe maintenant la parole à Bertrand Fragonard.

## Ouverture. Bertrand Fragonard, président du Conseil de l'âge du HCFEA

**Bertrand Fragonard** - Merci beaucoup.

Le Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a effectivement souhaité organiser ce séminaire pour tirer des premiers enseignements de la crise Covid en matière d'organisation des Ehpad, des services à domicile et de continuité du cadre de vie des personnes âgées, et souhaité le faire en partant des contributions des membres du Conseil et en les croisant avec des premiers résultats du monde académique. Nous sommes très heureux que la CNSA se soit associée à cette initiative.

Comme vous l'avez indiqué, l'ambition de nos deux organismes pour ce séminaire consistait à mesurer, au-delà de la période active dont on peut espérer voir s'esquisser le terme, les conséquences de cette crise sur le secteur du soutien aux personnes âgées et vulnérables. C'est un choc majeur. Par exemple, si je le compare à ce qu'a été la canicule. Au demeurant, je n'ai jamais vu un bilan permettant de savoir si l'on avait tiré durablement les conséquences de la canicule. J'en doute. Néanmoins, on est là sur un choc beaucoup plus intense par sa durée et, surtout, par le fait que, à la différence de la canicule qui avait été, si je puis dire, bien « gérée » dans les Ehpad, on a eu un choc absolument considérable sur les Ehpad. Par son intensité, sa durée, les contraintes que les uns et les autres ont vécues, nous sommes sur un événement qui devrait marquer l'histoire de la branche et de la politique de soutien à l'autonomie.

Ce qui m'intéresse, c'est que l'on voie si le choc, une fois qu'il sera passé, créera durablement une modification dans la prise de conscience. Ce qui est très intéressant, c'est que la crise est arrivée à un moment un peu particulier. Elle intervient dans un secteur qui est tout de même très secoué et dans lequel la plupart des intervenants considèrent qu'il est sous-financé, sous-administré, passéiste. On voit bien que l'on a été pris au dépourvu par l'intensité.

Toutefois, on sentait bien, les années précédant juste la crise, quelques signes de craquement, en particulier dans les Ehpad, et le fait que les enjeux se déplaçaient peu à peu. Ce qui nous intéresse, c'est si possible de regarder si la crise sera l'occasion de dépasser la situation morose dans laquelle nous nous situons autour de la qualité et de la continuité du service apporté aux personnes âgées. Sur certains sujets très précis, il y avait déjà une réflexion très engagée. Par exemple, sur l'évolution des Ehpad, nous avons tout de même, depuis quelques années, un renouvellement de la réflexion, le lancement d'hypothèses de réformes profondes. À domicile, je trouve, personnellement, que nous sommes très au-dessous de la cible pertinente en termes de contenu et de montant des plans APA exécutés. Par conséquent, les professionnels sont incroyablement contraints à une pratique que nous jugeons, les uns et les autres, discutable. Mon espoir est que la crise provoque un effet de choc suffisamment durable pour que l'on n'en épuise pas trop vite les conclusions.

À cet égard, il sera intéressant, peu à peu, de regarder comment les décisions des pouvoirs publics s'inscrivent ou non, à commencer par le PLFSS<sup>3</sup>. Après avoir déploré l'abandon d'une loi plus ambitieuse de moyen terme, nous avons réfléchi sur des mesures positives qui ont été prises au titre du Ségur (par exemple : dégager des crédits pour la rénovation des Ehpad, essayer de

---

<sup>3</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.



poursuivre le rapport El Khomri en matière de personnel sur les métiers du grand âge). Je crois que nous sommes encore loin sur beaucoup de sujets. Mon but serait que l'on n'oublie pas trop vite la crise du Covid, comme on a oublié la canicule.

Nous avons choisi d'organiser cette journée commune avec la CNSA autour de quatre tables rondes :

- la première que vous présidez, Madame Caron-Déglise, sur la conception des lieux de vie des personnes âgées et vulnérables, qui a été au cœur de la crise ;
- la deuxième table ronde, présidée par M. Jumel, se centrera sur la gestion de la crise – en postulant qu'elle n'est pas achevée, mais largement derrière nous – et la résilience opérationnelle en vue de futures crises. Sommes-nous prêts pour la prochaine crise, dont nous ne savons ni la date ni la nature ? En particulier, est-ce une crise qui frappera directement la disponibilité des aidants et des soignants ?
- les deux dernières tables rondes revisiteront à la lueur de la crise des problématiques structurelles (coordination sanitaire de la filière médicosociale et hospitalière, conditions de travail et coordination des ressources humaines).

Au terme de cette journée, nous envisageons de sortir des actes de ladite journée. Si vous en êtes d'accord, chacun pourra apporter des contributions écrites, qui seraient annexées aux actes de cette journée.

Voilà ce que je pouvais dire. Je pense que la parole est maintenant à Vanessa Wisnia-Weill en préliminaire de la première table ronde.

# TABLE 1. ENTRE LIBERTE ET SECURITE, LA CRISE COVID REVELATEUR DES ENJEUX D'EVOLUTION DES LIEUX DE VIE DES PERSONNES AGEES VULNERABLES : CONVERGENCES ET CONTROVERSES

## I) Interventions

VANESSA WISNIA-WEILL, SECRETAIRE GENERALE ADJOINTE DU HCFEA  
SURMORTALITES EN TEMPS DE CRISE SELON LES LIEUX DE VIE.

Anne Caron-Déglise présidera cette table ronde.

En ouverture, je voulais revenir sur certains éléments de mortalité, de surmortalité. Vous me pardonnerez le côté un peu froid de cette présentation<sup>4</sup>, un peu technique. Heureusement, d'autres interventions auront lieu, mais il faut tout de même partir de là, de ces statistiques de mortalité.

Dans cette crise, des personnes sont mortes en nombre, plus précisément des personnes âgées. Peut-être encore plus précisément, puisque c'est l'impression première que nous en avons tous eue, pour nous en tenir en tout cas aux premiers effets de la première vague, des personnes âgées en Ehpad sont décédées en grand nombre. Et dans tous les pays, d'ailleurs, ce qui a mené au confinement que nous savons. Ces chiffres suffisent-ils à dire quelque chose des lieux de vie des personnes âgées ? Lorsqu'on dit « lieux de vie », bien sûr, on a en tête le virage domiciliaire et peut-être des tentations de comparaison entre ce qu'il se passe en Ehpad et ce qu'il se passe à domicile. En réalité, ce n'est pas si facile. C'est pourquoi il est important de repartir de ces chiffres de mortalité et de surmortalité, qui permettent un retour et vont nous permettre de questionner à nouveau les espaces de vie, les lieux de vie, leur configuration et ce qu'ils peuvent induire en période de crise ou non.

Je vous ai mis quelques références bibliographiques dans cette diapositive, pour ceux qui veulent y voir de plus près. Je passe rapidement.

Quelques aspects méthodologiques : il y a plusieurs manières de compter. Il y a eu des comptages de certificats de décès Covid. Ce n'est pas là-dessus que je vais mettre l'accent, mais plutôt sur l'approche en « excès de mortalité ». En effet, les certificats de Covid sont très intéressants, mais il y a le problème de la remontée de ces certificats et le problème de la cause de décès. Si nous voulons essayer de compter les causes de décès, il faut pouvoir comparer la manière dont on compte les causes de décès. Et cela n'est pas un indicateur homogène entre les pays. Puis, la

---

<sup>4</sup> Présentation powerpoint « surmortalités dans les lieux de vie », disponible dans l'annexe des actes de ce séminaire.

mortalité Covid, au total, peut être liée au Covid en lui-même, mais elle peut aussi être liée à des causes indirectes (confinement, sous-recours aux soins, etc.). Je vous présenterai donc plutôt une autre approche, qui a été utilisée par les épidémiologistes, il s'agit de l'approche par les excès de mortalité. On compte et on compare par rapport au taux de mortalité « usuel ».

Quelques nuances : ces excès de mortalité ou cette surmortalité, nous utiliserons tantôt l'un ou l'autre mot, on peut les comparer de manière assez basique simplement par rapport à une année de référence (par exemple, nous allons comparer le nombre de décès ou l'augmentation du nombre de décès par rapport à 2019). On peut aussi les comparer par rapport à une période moyenne, qui permet d'établir la moyenne des tendances, ou même par rapport à de l'estimé (c'est-à-dire que l'on projette une structure de population et, compte tenu des tendances démographiques de la structure de population, on compare ce qu'aurait été le nombre de décès estimé en 2020 ou en 2021 par rapport à ce qu'il a été). Tout cela tourne autour de la notion de l'excès de mortalité et de surmortalité, mais, derrière, des modèles peuvent être plus ou moins sophistiqués.

Enfin, dernier point, des difficultés techniques qui se sont posées en début de période, qui sont maintenant un peu derrière nous. Lorsqu'on essaye de parler de la mortalité des résidents en Ehpad, il a fallu compter tous les décès, c'est-à-dire à la fois ceux qui étaient décédés à l'hôpital et ceux qui étaient décédés dans l'Ehpad. Cette difficulté concernait le comptage par les causes de décès. Lorsqu'on est en excès de mortalité, c'est un peu plus facile à suivre.

Si l'on revient aux chiffres que vous voyez dans cette diapositive, la hausse des décès s'élève à + 9 % en 2020, + 7,5 % au premier semestre 2021. Il y a donc eu + 56 000 décès<sup>5</sup>, par exemple, en 2020. Cependant, juste pour vous montrer que les choses ne sont pas si faciles à interpréter, il y a eu en même temps 68 000 décès attribués au Covid, tout simplement parce que des décès ont été évités par ailleurs.

Que nous indique cette hausse ? Est-elle importante ? Elle paraît importante, mais par rapport à quoi peut-on la dimensionner ? Il s'avère qu'elle est plus importante que lors de la canicule de 2003, plus importante que lors de la grippe de Hong-Kong de 1969. Ces décès sont concentrés chez les personnes âgées, chez les plus de 70 ans. En même temps, cela ne modifie pas la structure des décès. Par ailleurs, dans la revue de littérature, des éléments montrent que l'âge est un facteur déterminant, mais que la comorbidité ou la fragilité, qui est par ailleurs plus répandue aux âges élevés, est tout aussi importante.

Cette surmortalité que l'on a connue en France, on l'a connue dans tous les pays. On peut aussi compter/comparer en espérance de vie perdue. On n'a pas encore assez de recul pour tirer un bilan précis, intégrant en particulier la période plus récente de vaccination. Néanmoins, sur la base des données disponibles, la France fait partie des pays qui ne s'en sortent pas si mal. Selon les études, on sera en position médiane, médian plus, voire bien. Dans le graphique que je vous ai mis, la France, qui apparaît en bas, est plutôt bien placée, car, en bas, cela signifie que la population a perdu le moins d'espérance de vie.

---

<sup>5</sup> Pour les statistiques de décès, on se réfère notamment à Insee, synthèse pluri-annuelle décès ; *Insee première*, n° 1847, mars 2021 + blog Insee sur Covid.

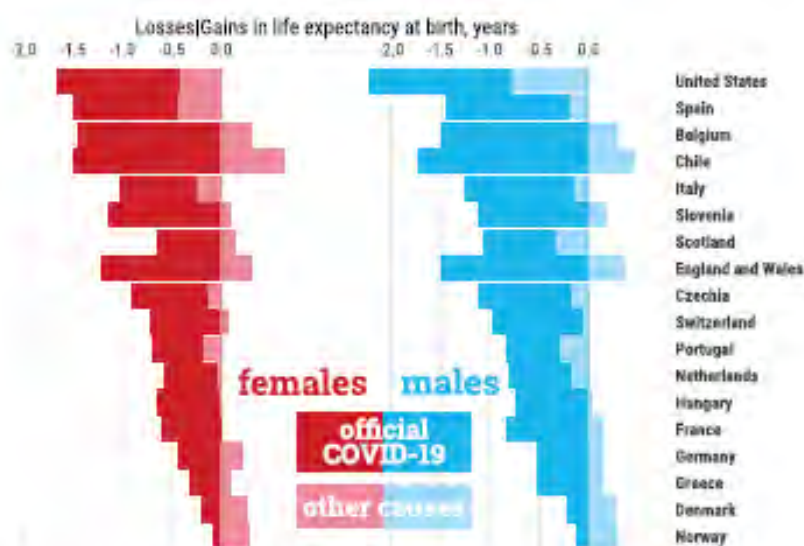


Figure 5 Contributions (in years) to changes in life expectancy at birth from 2019 to 2020 attributable to official COVID-19 deaths and remaining causes of death. Countries are sorted from largest to smallest losses. The sum of both components adds to the total change from 2019 to 2020 in a given country. All data points are provided in a table in Supplementary File 3, available as Supplementary data at IJE online.

Maintenant, voyons ce qui concerne plus spécifiquement les personnes âgées et ce qu'il se passe en Ehpad. La mortalité a augmenté de 9 % au total, mais de 43 % en Ehpad. Cela se relie au choc dont nous parlions, au traumatisme. Plus 43 %, c'est simplement pendant la première vague. Finalement, les Ehpad représentaient 51 % de cette surmortalité que nous avons qualifiée. Est-ce beaucoup ? Cela paraît beaucoup, mais peut-on facilement en conclure quelque chose ? Ce n'est pas si évident. Pourquoi ? D'abord, comment qualifier cette proportion ? Au fond, on aurait envie de comparer cela avec les taux de surmortalité de personnes comparables, c'est-à-dire à la fois âgées, mais aussi avec des profils de pathologies comparables, à domicile. Nous n'avons pas ce chiffre aussi précis. J'y reviendrai dans un instant.

Cette surmortalité en Ehpad, il y a quand même des choses que l'on peut dire, grâce à des études qui ont été menées. Il n'y a pas eu « d'effet moisson », c'est-à-dire que l'on n'a pas observé que cette très forte surmortalité aurait simplement fait avancer des décès qui « devaient » avoir lieu<sup>6</sup>. Non, ce sont vraiment des décès liés au Covid. Par ailleurs, on sait bien que, en Ehpad, il y a des effets de sélection. Les personnes qui sont en Ehpad ne sont pas les mêmes qu'à domicile. Ce sont ces éléments que nous avons un peu de mal à démêler à date.

Lorsque je dis qu'il n'y a pas d'études, il y a tout de même quelques éléments, plutôt à l'étranger. Il existe notamment une étude suédoise, qui a essayé de comparer la surmortalité en Ehpad, à domicile lorsqu'il y a du *care* ou à domicile lorsqu'il n'y a pas de *care*. Bien sûr, tous les pays sont différents. Dans cette étude suédoise<sup>7</sup>, l'écart entre le domicile et l'Ehpad paraît moins important.

<sup>6</sup> Canoui-Poitaine F., Rachas A., Thomas M. et I., 2021, « Magnitude, change over time, demographic characteristics and geographic distribution of excess deaths among nursing home residents during the first wave of Covid-19 in France: a nation wide cohort study », MedRxiv, Cold Spring Harbor Laboratory Age Ageing. 2021 Sep 11;50(5):1473-1481. doi: 10.1093/ageing/afab098.

<sup>7</sup> Modig K., Lambre M., Alhom A., Ebeling M., 2021, Excess Mortality for men and women above 70 according to level of care during the first wave of Covid -19 pandemic in Sweden : a population based study, The lancet Regional Health – Europe.

Surtout, l'étude conclut à une importance très forte des aspects de sélection de comorbidités plus que de typologie du lieu. À côté, une étude canadienne montre au contraire que le risque de décès par Covid était multiplié par treize en institution par rapport à ce que l'on a observé chez les personnes vivant à domicile. Nous aurions envie d'évaluer la même chose en France. Pour l'instant, nous n'avons pas exactement cette donnée. C'est peut-être un appel du pied en termes de recherches à mener que je fais ici.

Comparaison entre le domicile et l'Ehpad : vous avez vu que l'on peut dire beaucoup de choses sur la surmortalité en Ehpad. On ne peut pas si facilement dire que c'est vraiment beaucoup plus terrible que ce qu'il s'est passé à domicile. Ce n'est pas si évident, même si des éléments (notamment la proportion de surmortalité que cela a représenté en première vague) le laissent penser.

Maintenant, si l'on regarde spécifiquement ce qu'il s'est passé au sein des Ehpad, peut-on voir des différences entre les différentes sortes d'Ehpad ? Des études ont été menées, je pense à celles de la Drees ou à celles de l'Ined. On constate d'abord que trois quarts des Ehpad ont eu au moins un résident infecté, 38 % des résidents d'Ehpad contaminés et 5 % sont décédés. Dans la deuxième vague, il y a eu plus de contaminations, mais moins de décès. Reste encore à tirer le bilan global après la période de vaccination. Tous les chiffres que je vous cite ici, c'est avant la mise en place de la stratégie vaccinale.

C'est sur la première vague que l'on a le plus de recul. On constate que ce sont les Ehpad hospitaliers publics qui ont eu la probabilité la plus faible pour leurs résidents à la fois d'être contaminés et d'avoir un taux de décès important. Alors, des facteurs peuvent être liés à cela. Est-ce lié à la connaissance en matière d'hygiène, de procédures d'hygiène, y compris chez les soignants ? Nous pourrions en reparler. En revanche, pour les autres Ehpad, une fois que l'on met à part ces Ehpad hospitaliers (publics) qui ont mieux résisté, ce sont les Ehpad non lucratifs qui ont été légèrement plus concernés. Des questions se posent. Est-ce lié aux profils des résidents et aux zones où se situaient ces Ehpad ?

D'une manière générale, si l'on regarde la revue de littérature plutôt sur des études étrangères, qu'observe-t-on sur la variabilité du risque d'infection et du taux de décès parmi les Ehpad :

- un point important, c'est le personnel. Le personnel est-il infecté ou non ?
- le taux d'occupation, plus il est élevé, plus le risque augmente. Puis, on tombe sur un effet paradoxal : la taille. La taille de l'institution est un facteur très important. Plus l'institution est grande, plus le risque augmente. Néanmoins, une fois que l'on a contrôlé le niveau de contamination de la zone d'implantation de l'Ehpad, les choses changent un peu. Plus le ratio soignants/soignés est élevé, ce qui va dans le sens de plus de personnes et plus de taille, à ce moment, le risque diminue. Il y a donc ces deux effets contradictoires ;
- d'autres éléments sont moins probants, comme la typologie de l'institution. Des études montrent que les Ehpad lucratifs ont moins bien résisté que les Ehpad publics, mais c'est finalement assez peu fiable. D'une manière générale, les études sans contrôle du taux de contamination de la zone où se situe l'Ehpad sont peu fiables ;
- on en arrive au déterminant majeur, qui est l'environnement où se trouve l'Ehpad. Il faut contrôler par rapport à cela pour se faire une idée des facteurs de résistance à l'épidémie.

En conclusion, avant d'ouvrir la discussion sur les lieux de vie, qu'observons-nous ? Des facteurs de résilience semblent liés aux caractéristiques des lieux de vie, en tout cas nous amènent à nous interroger :

- il y a la question de la taille. Cela nous donne-t-il envie d'aller vers des petites unités de vie avec de bons taux d'encadrement ? Je vous renvoie aussi au rapport Guérin. Il y a la question du taux d'encadrement,
- la question de l'Ehpad hospitalier et, derrière, du *care*, des protocoles sanitaires que l'on peut déployer dans les Ehpad ;
- il faut aussi mieux prendre en compte le domicile des personnes âgées dans la gestion de crise. C'est un truisme, nous le savons tous, mais on le voit aussi dans le comptage, c'est-à-dire jusqu'au comptage des décès qui n'est pas suivi dans la gestion épidémique ;
- enfin, les déterminants environnementaux pointent sur la question des expositions différenciées selon les territoires, avec derrière cela des questions d'aménagement du territoire qui se posent ( et de gestion de crise).

Je passe la parole à Anne Caron-Déglise.

**ANNE CARON-DEGLISE, AVOCATE GENERALE A LA COUR DE CASSATION**  
**LIBERTE, SECURITE ET RISQUES DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLES, DES QUESTIONS**  
**POUR LE DOMICILE ORDINAIRE COMME POUR L'EHPAD**

**Anne Caron-Déglise.** - Merci. Bonjour à tous et à toutes.

Ces premiers éléments nous permettent de voir combien il est important d'avoir de nouveaux travaux de recherche, en particulier en France. En effet, Vanessa Wisnia-Weill l'a rappelé, nous avons eu énormément de décès. Maintenant, il faut pouvoir les analyser. Il faut pouvoir également analyser les effets retard de la Covid sur les décès, car ceux-là ne sont pas pris en compte. Nous savons que cela peut avoir de l'influence.

La crise sanitaire mondiale sans précédent que nous traversons exigeait que des mesures soient prises pour protéger la vie de toutes et de tous et pour enrayer rapidement l'épidémie. Les personnes âgées accueillies en Ehpad ont été identifiées comme étant particulièrement vulnérables à la Covid, notamment en raison de leur âge et des pathologies ou comorbidités possibles qu'elles pouvaient présenter et qu'elles peuvent présenter. Ce constat a conduit les autorités à organiser une protection accrue pour ces personnes par l'adoption de mesures restrictives rigoureuses, dérogoires au droit commun, hors cadre normatif spécifique. La question du domicile, où elles résident pour beaucoup d'entre elles, a tardé à être abordée. Nous l'avons vu, puisque nous n'avons pas d'éléments sur les premières études.

L'objet de cette première table ronde est de tenter d'apporter ensemble, à relative distance des premières mesures prises, des éléments de lecture au plan juridique et institutionnel, mais aussi en les croisant avec les enseignements qui peuvent être tirés des réalités de terrain vécues par les acteurs des lieux de vie des personnes les plus vulnérables adultes, donc les établissements, mais aussi le domicile. Il est également important d'avoir un retour sur ce qu'ont vécu les personnes elles-mêmes et leurs familles ou leurs proches. Les intervenants nombreux de cette table ronde alimenteront notre réflexion et susciteront probablement de multiples questions, même si nous avons un temps limité de questions de 30 minutes. Nous allons avoir un certain nombre d'interventions,

dont le fil rouge est d'interroger tout à la fois les besoins de protection et de sécurité des personnes les plus vulnérables, âgées, et le respect de leurs droits en matière d'organisation des lieux de vie.

Quelques observations liminaires de ma place de magistrat et de présidente de cette première table ronde.

Le premier point sur lequel je souhaitais insister de ma place, c'est évidemment une lecture juridique. Comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel dans sa décision du 11 mai 2020, le législateur a pour rôle d'assurer la conciliation entre l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé, mais aussi le respect des libertés. À cette fin, je crois important de commencer cette table ronde en le disant, il appartient au législateur de respecter l'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, c'est-à-dire la bonne compréhension du cadre juridique qui est fixé par la loi, pour que chacun puisse être protégé d'une interprétation contraire aux principes de la Constitution ou aux risques d'arbitraire. On voit bien que c'est souvent la difficulté que rencontrent à la fois les personnes et les familles, mais aussi les différents intervenants. C'est la question de la compréhension de la loi.

L'objectif est toujours que les mesures envisagées soient élaborées – c'est la construction de la loi – en concertation avec toutes les autorités publiques compétentes, dans des délais raisonnables, pour que l'inscription de dispositions dans la loi, puis dans les décrets et les arrêtés, ne laisse aucune place aux interprétations divergentes ni aux décisions discrétionnaires. À la lumière de cet objectif, il nous faut sans doute travailler et faire des propositions concrètes. C'est ce qu'essayent de faire le Haut Conseil, ainsi que la CNSA, au travers des recherches qui sont les siennes. Il faut faire des propositions concrètes pour attirer l'attention sur nombre de dispositions qui ne sont pas assez claires et qui pourraient donner lieu à des interprétations extensives, de nature à restreindre les droits et libertés au-delà de ce que prévoit la loi, parfois d'ailleurs par simple protection des personnes, bien sûr, mais aussi par application du principe de précaution par les décideurs et les décideurs en première ligne.

Il nous faut aussi réfléchir aux organisations à partir de ce qu'a révélé ou confirmé la crise sanitaire et promouvoir en parallèle une démarche éthique. De ce point de vue, je rappelle les importants travaux commandés par le cabinet de Brigitte Bourguignon à Fabrice Gzil, notamment la charte éthique et le document-repère, documents qui ont déjà été largement diffusés.

Deuxième point sur lequel je voulais également ouvrir cette table ronde, c'est la question de la liberté d'aller et venir et la question du respect de la vie privée et familiale. Considérée comme une liberté fondamentale par le Conseil d'État, la liberté d'aller et venir constitue un principe à valeur constitutionnelle également, protégé au même titre que le respect de la vie privée par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Les restrictions qui ont été apportées aux droits et libertés collectives, mais aussi aux libertés personnelles et parfois intimes, doivent donc être encadrées, strictement limitées et proportionnées à l'objectif poursuivi en toute période, mais plus particulièrement en période de crise et plus particulièrement en période de crise sanitaire. Nous savons tous combien l'équilibre est délicat à trouver, en particulier entre la protection de la santé publique, l'obligation de sécurité et la préservation des droits et libertés de chacun pris individuellement.

Tout cela appelle, bien sûr, à repenser les espaces de vie des personnes les plus vulnérables elles-mêmes, mais aussi les espaces de circulation des autres (les familles, les professionnels, les bénévoles), pour lesquels ces espaces peuvent être aussi des espaces de travail. Tant à un niveau collectif qu'interne aux structures et organisations, il nous faut donc encore avancer. Sous cet angle, les conseils de la vie sociale, instances élues qui représentent l'ensemble des personnes participant à la vie de la structure, qui n'ont quasiment pas, sauf exception, été associés aux procédures, doivent certainement être mobilisés.

Enfin, troisième point, il nous faut, me semble-t-il aussi et toujours de ma place de magistrat, repenser les espaces et les droits collectifs en ne faisant pas l'économie d'une approche par les droits des personnes concernées elles-mêmes. Les espaces à imaginer doivent aussi faire vivre les droits des personnes les plus vulnérables en lien, toujours en lien, avec l'ensemble de la société. Cela nous oblige à réinterroger les atteintes constatées pendant la crise sanitaire sur les droits individuels, par exemple, sur les atteintes importantes apportées au droit de visite, au droit à la vie privée et familiale et au droit aux accès aux soins. Tous ces droits doivent être respectés, non seulement pendant la vie des personnes, mais aussi jusqu'à cette période si difficile qu'est la fin de vie et au-delà de la fin de vie. N'oublions pas également cet aspect des choses. La crise sanitaire nous a appris énormément la manière dont pouvait être considérée cette période très particulière de l'accompagnement des mourants.

Nous percevons bien que les enjeux de liberté, de sécurité, mais aussi de protection de chacun et de tous sont complexes pour les décideurs publics et privés. Les régulations collectives sont indispensables, les retours d'expériences aussi, mais ils ne sont pas suffisants. Il nous faudra entrer véritablement par cette approche individuelle et pas uniquement collective.

Notre table ronde va commencer par une intervention de M. Perrin sur le domicile. Nous aurons ensuite une intervention de Nadia Sahmi et, à distance, à la fin de son intervention, de Cyrus Mechkat s'il a réussi à se connecter, puisqu'il est malheureusement souffrant. Nous le regrettons, car il avait évidemment beaucoup de choses à nous dire.

**Virginie Magnant.**- Il est avec nous.

**Anne Caron-Déglise.**- C'est parfait. Bonjour, Cyrus Mechkat.

Ensuite interviendront Pierre Czernichow et Jacques Rastoul pour un retour sur l'expérience à la fois en matière de bienveillance/maltraitance sur les alertes, mais aussi sur le retour des familles des personnes, en particulier sur les CVS. C'est également un élément important. Ensuite, Romain Gizolme interviendra lui-même sur les Ehpad. Chaque fois, qu'il me pardonne, je lui ajoute un « L ». Il interviendra du côté des directeurs des établissements. Nous aurons ensuite trois témoignages importants de personnes et de familles, avant de lancer la discussion générale.

Monsieur Perrin, c'est à vous. Vous pouvez partager votre écran.

**Jérôme Perrin.**- Bonjour à toutes et à tous.

J'aurais vraiment voulu être en présentiel, mais je ne pouvais pas être à deux endroits ce matin, malheureusement.

*(Jérôme Perrin rencontre des problèmes de connexion.)*

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Nous ne vous entendons pas bien. Désolée. Comme nous avons un petit souci technique, nous tentons de le régler. Nous allons inverser. C'est Nadia Sahmi qui va intervenir.

**Anne Caron-Déglise.**- Je vais donner la parole à Mme Sahmi. Puis, Cyrus Mechkat, qui nous entend, pourra intervenir pour compléter la présentation, s'il le veut bien. Je parlais de la complexité de la loi et de la nécessité de bien la comprendre. La complexité de la technique est aussi une difficulté qu'il nous faut surmonter. Nous sommes tous, enfin, on l'espère, en relative bonne santé. Nous commençons par Mme Sahmi, c'est mieux.



A) **NADIA SAHMI, ARCHITECTE-CONSEIL EN QUALITE D'US-AGES, ET CYRUS MECHKAT, ARCHITECTE**

**PISTES D'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION SPATIALE DE L'EHPAD ET DU LOGEMENT**

**ORDINAIRE POUR LE VIRAGE DOMICILIAIRE : COMBINER RESILIENCE, INTIMITES, CONVIVIALITE ET LIBERTE DE CIRCULATION**

**Nadia Sahmi.** - En attendant que le PowerPoint soit mis en ligne, je voulais rebondir sur ce que vous avez dit. « *Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde* », disait Albert Camus. Lorsque vous parlez de mesures envisagées qui ne laissent pas la place aux interprétations divergentes, cela me permet de rebondir sur le fait que, dans la loi, pour le milieu du bâtiment, j'entends, il est question de maintien à domicile. Or, ces deux mots, « maintien à domicile », me posent énormément de problèmes sur le terrain, car, systématiquement, on nous appelle pour maintenir à domicile les personnes âgées, c'est-à-dire les confiner à domicile. En effet, dans leur esprit, un raccourci se fait : « *Cyrus, Nadia, venez nous aider à faire des salles de bains adaptées pour qu'ils puissent rester à domicile* ». C'est un raccourci abominable, qui ne génère que du confinement. Déjà, s'il vous plaît, si nous pouvions changer, dans la loi de décembre 2015, ces deux mots et parler de maintien sur son lieu de vie en lien avec les autres, dans son quartier, déjà, nous n'aurions plus au niveau de la programmation, juste de la programmation des lieux de vie, les erreurs que nous avons aujourd'hui et qui sont, de fait, une bataille interminable à mener systématiquement avec Cyrus.

Pour revenir à la question du Covid, mais cette petite chose fait tout à fait écho à la question du Covid, puisque nous connaissions la notion de confinement avant le Covid du fait de ce type de travers – nous la remettons en question depuis très longtemps avec Cyrus. Cela fait vingt ans que nous travaillons chacun de notre côté, certes, mais nous nous sommes retrouvés sur ces items, sur ces approches. Le Covid, pour nous, a été un révélateur et un accélérateur. Depuis vingt à vingt-cinq ans, nous nous battions. Avec le Covid nous avons réussi à faire avancer le sujet en quelques mois. Nous allons vous parler d'expériences que nous avons mises en œuvre sur nos terrains respectifs, mais avec des difficultés à nous faire entendre par les financeurs, par les aménageurs et par les politiques, que ce soient les politiques nationales ou les politiques locales.

La première diapositive, pour paraphraser Cyrus sur cette phrase, on avait déjà des logements, des lieux de vie qui dysfonctionnaient avant le Covid. Nous les pointions du doigt. Nous n'arrivions pas à le faire entendre. Le Covid l'a mis en exergue. Maintenant, enfin, « grâce » au Covid, les élus nous entendent. On peut réorienter les politiques locales et nationales. À quelle échelle ? La première chose que nous savons tous et vous encore mieux que moi, identifiée, c'est que la spécificité du vieillissement, c'est le périmètre de mobilité qui se réduit. Partant de cela, nous devons réfléchir autrement. Nous devons réfléchir avec des mots-clés qui sont le « lent », non pas en opposition, mais en lien avec le « rapide », qui sont la « gestion de la douleur » en lien avec ceux qui n'en ont pas. Ce sont des mots tout à fait nouveaux. J'en ai beaucoup d'autres, mais nous allons nous arrêter là-dessus, sinon nous allons prendre beaucoup de temps.

Les facilitateurs de lien, nous devons les travailler à l'échelle du quartier, nous le savons, mais à l'échelle des 30 mètres, des 300 mètres et du dernier kilomètre. Le Covid nous a mis là-dedans de plein fouet. Cela faisait déjà des années que nous en parlions. Dans les 30 mètres, je vais acheter mon pain, je vais faire mes petites courses. Dans les 300 mètres, je fais ma promenade aller et retour, cela représente tout de même 600 mètres de déplacement. Puis, sur le dernier kilomètre, je

vais chercher les transports et je vais commencer à me déplacer en « tribu » pour aller au restaurant, au cinéma, au musée, etc. On voit bien que les attitudes sont différentes. Cela exige de nous des aménagements différents. Cela exige des prescriptions que nous appelons des « prescriptions d'usage », qui n'existent pas dans les programmes fonctionnels. En effet, sur la pyramide de Maslow, on ne s'occupe que de la dernière base qui est physiologique et absolument pas psychologique, c'est-à-dire le bien-être, l'accès au plaisir. Vous disiez tout à l'heure les droits, les droits à la liberté, les droits à la protection ; j'ai envie d'ajouter les droits au plaisir, on n'en parle jamais, les droits à exister, les droits au bien-être, les droits à être, en lien avec les autres, par et pour, avec eux.

Sur cette diapositive, on a une illustration sur un quartier à Pau, 16 000 habitants, typiquement, où nous avons eu une commande de l'Anru<sup>8</sup>. On nous demandait de traiter le maintien à domicile. On nous a appelés en nous disant : « *Aidez-nous sur 16 000 logements à faire des salles de bains adaptées* ». Nous avons répondu : « *Stop. Ce n'est surtout pas ce qu'il faut faire.* » Nous avons appliqué les règles du papier, les règles de l'escalier, les règles des 300 mètres, les règles des 30 mètres. Aujourd'hui, nous sommes sur quelque chose qui est efficient, efficace. Nous sommes au-delà de la simple application sur le bâti. Nous intervenons dans les domaines systémiques organisationnels, technologiques, bâtis et humains, humains pour apporter une réponse pertinente et globale à la question du maintien sur son lieu de vie, en lien avec les autres, dans le respect des êtres sensibles avec lesquels nous œuvrons.

Sur la diapositive précédente, on voit que, dans l'application à l'intérieur des parties communes, nous avons aussi des difficultés à nous faire entendre. Je parle des bâtiments d'habitation collective, car nous n'avons pas le temps de tout voir. Typiquement, le hall de partage, l'escalier de partage, les paliers de partage et l'escalier deviennent clés. Si le Covid a été un révélateur pour les aménageurs, il nous a aussi aidés sur l'escalier. L'ascenseur devient la boîte à microbes qu'il faut éviter de prendre quand notre santé physique le permet. L'escalier nous maintient en bonne santé. Nous allons tous vieillir. L'objectif est de nous donner les outils et de réaliser les aménagements qui nous permettent de bien vieillir. Bien vieillir, c'est rester en mouvement et en lien avec les autres. Nous devons donc aménager et changer les mobiliers. Nous avons changé les immobiliers de manière à les orienter correctement, à les retravailler, à les repenser.

Reprenons l'exemple de l'escalier. « Je dois inviter tout le monde à prendre l'escalier, je dois donc obtenir des financements de l'Anru, pour ce faire. » L'Anru résiste en disant que ses financements concernent uniquement l'ascenseur, car le vieillissement et le handicap, c'est l'ascenseur. Quelle erreur ! Prendre un escalier, monter et descendre un escalier, c'est se maintenir en bonne santé, c'est repousser d'autant le moment où l'on ne pourra plus pendre que l'ascenseur, c'est produire du neurone jusqu'à la fin de ses jours. Nous ne le savions pas assez, mais c'est scientifiquement prouvé. Nous travaillons donc à valoriser des espaces qui ne le sont pas, que ce soient des espaces extérieurs, communs, privés, intimes, intimes partagés. À domicile, nous avons également toute une salve d'actions qui nous permettent de rester en mouvement. C'est là que je suis censée laisser la parole à Cyrus Mechkat pour partager un peu ses expériences, si cela veut bien fonctionner.

Rentrons un peu dans le logement. Il nous faut cette modularité et, là encore, le Covid l'a mis en exergue. Il nous la fallait déjà sur les questions qui nous intéressent, car nous avons mis le doigt

---

<sup>8</sup> Agence nationale pour la rénovation urbaine.

sur les aidants familiaux et professionnels auxquels il faut faire une place dans le logement. Heureusement, beaucoup de petites lignes ont été rajoutées pour les aidants (le répit aux aidants, la place des aidants). Il nous faut pouvoir créer cet espace qui devient un espace de loisirs, un espace d'accueil de l'aidant familial, un espace de soin, un espace d'accueil du travail à domicile, etc. Ces cloisons mobiles, cloisons neutres que l'on peut déplacer, ces placards intelligents qui s'ouvrent sur des niches pratiques de sommeil ou d'activités diverses et variées, qui se referment, qui redonnent de l'espace, qui permettent de créer cette niche dont on a besoin, car il est insupportable de voir papa et maman au milieu du salon lorsqu'on les récupère à la maison, l'aidant familial qui est aussi au milieu du salon, qui génère du conflit intergénérationnel. On a besoin de retrouver ces bulles, dont nous parlions, à l'extérieur, ces bulles de déplacement, ces bulles de lien social. On a aussi besoin de ces bulles de confort, de lien à l'intérieur, qui vont générer du mieux-être, du bien-vivre et qui vont donner envie justement de partager.

On retrouve également cela sur les paliers. On oublie énormément la question des paliers, où l'on peut trouver tous ces lieux de partage et de connexion, on est dans l'intime partagé, où l'on se sent aussi en sûreté et sécurité. C'est-à-dire que l'on a plusieurs frontières à passer. Dans chaque univers, on va pouvoir évoluer à son rythme et à sa manière, dans le rapport à l'autre et non privé du rapport à l'autre. On sait que dans le Covid, avec les bonnes ventilations aux bons endroits, on peut complètement, sur les escaliers, sur les paliers, sur les halls, sur les pieds d'immeuble, réaliser ces aménagements, amener ces technologies, qui vont nous permettre de vivre avec l'autre et de vivre ensemble.

**Anne Caron-Dégliise.**- Nous allons essayer de passer la parole à Cyrus Mechkat. Êtes-vous avec nous ? Pouvez-vous compléter ce que vient de dire Nadia Sahmi ? En effet, vous aviez l'intention de nous expliquer et de développer la modularité. C'est important. Malheureusement, dans un temps un peu court, puisqu'il nous reste quelques minutes seulement.

**Cyrus Mechkat.**- Je reprends le témoin sur la planche qui est à l'écran. Vous voyez sur cette planche un circuit de petits schémas. Je vous invite à lire dans l'image en haut à gauche, tout à gauche, c'est le plan d'un Ehpad au rez-de-chaussée. Au milieu, c'est un plan d'étage. Après, c'est le plan d'une chambre. Nous avons une lecture plus bas et, à droite, des moyens que l'architecte et l'ingénieur ont mis en œuvre pour créer un acteur qui peut évoluer ici, dans cet Ehpad. Vous voyez à droite, juste à côté de la flèche, un rectangle gris avec quelques petits points. Nous avons fait une dalle et quelques poteaux. Ensuite, nous avons construit les chambres, les lieux de travail pour le personnel, etc., avec des matériaux démontables. En fait, le dur est en béton (dalle et poteaux). Le reste est totalement démontable. On pourrait en faire demain un magasin ou deux appartements, ce que l'on veut, donc répondre à la demande.

Ensuite, tout en donnant cette opportunité, on mélange les chambres et les lieux de convivialité pour un petit-déjeuner, pour un café, etc. C'est tout ce qui est en jaune dans les espaces du milieu. À droite, la chambre, avec W-C et salle de bains. Cette chambre a deux portes coulissantes des deux côtés de la chambre et de l'autre côté, coulissantes envers la chambre pour les personnes malades d'Alzheimer. Puis, pour ceux qui ont toute leur tête et qui ne vont pas avoir leur toilette tous les jours, on ferme cette porte et on a une autre porte coulissante. C'est ce type d'éléments que nous avons mis en place.

À partir de là, à droite, vous avez un plan au milieu avec des hachures. Nous avons repris ce système pour le logement courant. Il y a des surfaces où l'on peut faire ce que l'on veut. Ce sont des modules

de 4,20 mètres sur 4,20 mètres. Vous avez en hachuré des emplacements où l'on peut continuer à faire des surfaces de résidence ou des surfaces de circulation ou des surfaces de rangement. Tout au milieu, c'est bleu. Sur la deuxième image du plan à droite, vous avez tout ce qui est service, etc. À partir de là, nous sommes allés sur un schéma avec des zones très rouges. C'est juste un deux-pièces. On livre une surface. Dans cette surface, on peut concilier l'intime et le convivial. Dans la surface intermédiaire, qui peut avoir trois dimensions, on peut faire des loisirs ou toute autre chose.

C'est ce principe que j'aimerais que l'on retienne. Il y a des mesures possibles.

**Anne Caron-Dégliise.**- Merci beaucoup. Je suis obligée de vous interrompre, même si c'est passionnant de vous écouter. Je retiens deux choses, avant de laisser éventuellement Nadia Sahmi compléter très brièvement.

Vous nous expliquez qu'il faut respecter absolument les allures, comme disait Georges Canguilhem, les allures des personnes, respecter leurs droits, qui vont au-delà des droits fondamentaux que je citais. Respecter les droits, c'est en particulier considérer que l'approche des personnes vieillissantes n'est pas seulement l'approche de la santé somatique, mais c'est vraiment la santé psychique, le bien-être des personnes et le lien permanent avec tous. Je pense que cet élément sera sans doute dans la discussion et dans les différentes interventions.

Autre élément que nous aurions pu mettre dans le débat, c'est la question de la sécurité. On voit bien que la tension porte souvent sur les personnes qui manifestent des difficultés de comportement et qui peuvent avoir des problèmes pour elles-mêmes, comme pour les autres. Cette dimension de la sécurité, Nadia Sahmi, en deux mots, est-ce aussi une contrainte majeure ? Nous en reparlerons, je pense, dans la discussion.

**Nadia Sahmi.**- Oui, la sécurité reste une contrainte. Néanmoins, ne pas réduire la sécurité à du contrôle, à du « flicage ». Pardon pour ce mot, mais la sécurité, le sentiment de sécurité, se traite aussi en amont par des aménagements. Vous avez des lieux et des espaces qui vont générer de l'insécurité et vous avez des lieux et des espaces qui vont générer de la sécurité. C'est d'abord le sentiment de sécurité qu'il faut travailler avant la sécurité. Le sentiment d'insécurité va générer, accentuer les problèmes de sécurité, alors que si vous renforcez le sentiment de sécurité, vous aurez moins de problèmes de sécurité. En architecture et en aménagement, ce qui génère le sentiment de sécurité, c'est le choix des couleurs, les matériaux, l'acoustique qui donne à contrôler son espace auditif, l'éclairage, la lumière, les ouvertures et le jeu de miroirs qui donnent à contrôler son espace visuel, pour les communs, la gestion du cycle circadien au moment du coucher du soleil pour le logement, etc., etc. Nous sommes donc sur des solutions à la fois subtiles, techniques et, à la fois, très humaines.

Pour la reformulation de la commande publique, vous venez très bien de le faire. C'est donc parfait, je n'ai rien à rajouter.

**Anne Caron-Dégliise.**- Merci beaucoup d'avoir tenu compte des contraintes.

**B) JEROME PERRIN, DIRECTEUR DU DEVELOPPEMENT ET DE LA QUALITE A L'ADMR<sup>9</sup>  
QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE LA CRISE COVID-19 DANS LES SERVICES D'AIDE ET  
D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD) : QUELS MODELES DE RESPONSABILITES DANS  
LES SAAD ET QUELLES LIMITES ?**

**Anne Caron-Déglise.** - Sans désespérer, je vais passer la parole à M. Perrin, puisque nous avons manifestement rétabli la connexion dans de bonnes conditions. Vous allez nous présenter vous-même, concrètement, en tant que directeur du développement et de la qualité du réseau ADMR, le retour que vous pouvez nous faire sur l'expérience Covid, en particulier à domicile.

**Jérôme Perrin.**

Bonjour à toutes et à tous.

L'objet de mon intervention consiste à vous présenter dans un premier temps une étude réalisée grâce au soutien de la CNSA, à la suite de l'appel à projets dont parlait Mme Magnant tout à l'heure, sur l'impact, en tout cas la perception que les personnes au sens large ont vécue pendant cette crise.

Je vous propose de vous plonger sept mois en arrière. Il faut vraiment imaginer que les questions ont été posées il y a près d'un an. Les personnes sortaient du confinement. Se replonger dans ce moment où les personnes ont été confinées chez elles pendant plusieurs mois. L'étude est quantitative et qualitative. Nous avons interrogé près de 3 000 personnes, principalement par téléphone. C'était essentiellement des personnes qui bénéficiaient déjà d'une aide à domicile, puisque c'était déjà le cas tous les jours pour 36 % d'entre elles et 2 à 3 fois par semaine pour 41 % d'entre elles.

Dans un premier temps, je vous propose de voir comment les impacts ont été vécus auprès des personnes, donc des bénéficiaires. Ensuite, nous parlerons des salariés et des bénévoles.

Dans un premier temps, concernant les bénéficiaires, les impacts ont été vécus différemment. Il faut analyser deux facteurs à prendre en compte : le degré de dépendance des personnes et le lien au sens large qu'elles pouvaient avoir vers l'extérieur. Curieusement, 65 % des personnes, d'une façon générale, qui ont été interrogées ont bien vécu la crise. Nous nous attendions à un chiffre plutôt bas, mais nous avons tout de même eu 65 % des personnes qui ont bien vécu la crise. Les moins impactées par le confinement étaient finalement les personnes les plus dépendantes, celles qui ont une forte dépendance (Gir 1-2, voire Gir 3-4), qui ont des situations dégradées, mais pour lesquelles il y avait la présence d'un proche pour les aider au quotidien. Certaines nous indiquaient que, de toute façon, elles étaient déjà confinées et que cela ne changeait pas grand-chose pour elles.

Pour les personnes moyennement impactées, de nouveau deux facteurs : ce sont plutôt les personnes vivant avec un handicap ou qui ont une dépendance physique, mais qui avaient tout de même un lien avec la famille ou avec un soutien social. En revanche, celles qui ont vraiment moins bien vécu le confinement sont celles qui avaient des dépendances modérées et qui n'avaient pas de lien avec la famille, un isolement social qui était renforcé. Nous verrons pourquoi après, à travers les analyses que nous avons faites de ces études.

---

<sup>9</sup> Aide à domicile en milieu rural.

Quelques chiffres aussi pour bien poser le décor : 48 % des bénéficiaires ont reçu la visite de leurs proches pendant le confinement, pour les personnes qui ont été interrogées, alors que, d'habitude, 79 % d'entre elles reçoivent la visite d'un proche. 47 % des bénéficiaires ont reçu de l'aide de leurs proches durant le confinement contre 58 % avant le confinement. Cela signifie que, pour plus de la moitié d'entre elles, la seule aide possible au domicile était des services d'aide à domicile ou des Ssiad<sup>10</sup>. Lorsque je dis « services d'aide à domicile », c'est vraiment au sens large.

Pour bien comprendre l'impact sur les personnes, il faut aussi analyser la façon dont les services ont été maintenus ou annulés pendant le confinement. 72 % des bénéficiaires ont reçu de l'aide pendant le confinement. C'est assez intéressant. Une grande majorité ne s'est pas retrouvée complètement isolée au niveau des interventions de l'aide à domicile. Dans 60 % des cas ou deux tiers, c'est l'association qui a pris la décision, pour différentes raisons que nous analyserons tout à l'heure. Pour un tiers de ces personnes qui ont décidé d'arrêter ou de baisser les interventions, c'est soit le bénéficiaire (24 %), soit un proche (6 %).

Ces arrêts des interventions ou la baisse des interventions ont aussi créé des tensions, un paradoxe entre le besoin d'aide et le besoin de protection. D'une part, il y avait la volonté de maintenir les prestations, donc le lien social avec l'aide à domicile, et de l'autre il y avait une forte crainte de la contamination. La contamination a vraiment été dès le départ, c'est normal, la raison principale du refus des interventions, notamment les contaminations véhiculées à travers les médias. Il est vrai que les seules sources d'information étaient essentiellement les médias. Cela a créé une sorte de peur que nous avons tous vécue, mais c'était encore plus prégnant chez les personnes âgées. Les intervenantes à domicile étaient vraiment perçues comme le corps étranger, la personne qui venait de l'extérieur et qui pouvait vous mettre en danger, qui pouvait rapporter le virus. Au domicile, on est justement protégé. On était vraiment sur la crainte d'être contaminé, puisque 66 % des bénéficiaires qui ont décidé d'arrêter les interventions l'ont fait par crainte d'être contaminés.

À noter également qu'il y avait aussi des doutes à l'époque sur l'efficacité des protocoles, même si des équipements pouvaient rassurer les bénéficiaires. Néanmoins, on avait très peu d'équipements au départ. Je me souviens, tout au début, les intervenantes avaient souvent un masque pour intervenir toute la journée. Parfois, c'était un à deux masques pour intervenir toute la semaine. Ces éléments de gestes barrières et en même temps d'équipements ont aussi créé un obstacle aux échanges interpersonnels. Parfois, je l'évoquerai plus tard, les personnes ont mal vécu cette barrière qui était installée. Elles avaient l'habitude d'avoir parfois un contact physique, charnel avec l'aide à domicile, qu'elles ne pouvaient plus avoir. Cela a aussi participé au mal-vivre de ce confinement.

Si nous nous concentrons un peu plus sur les personnels d'intervention et le personnel administratif qui étaient au cœur du réacteur, là aussi un chiffre intéressant, puisque 72 % des intervenants ont bien vécu la période du confinement et 64 % pour les administratifs. Nous notons que chacun l'a vécu différemment et qu'il y a tout de même eu des tensions aussi au niveau des salariés, notamment entre les intervenants et les salariés administratifs. Nous avons remarqué au cours de cette enquête que beaucoup d'intervenants à domicile reprochaient, quelque part, aux administratifs qui faisaient du télétravail, pour la plupart des cas, de rester tranquillement chez eux pendant que les autres allaient au front. C'est quelque chose qu'il a fallu gérer par la suite pour bien rétablir la

---

<sup>10</sup> Service de soins infirmiers à domicile.

vérité, puisque, vous le verrez plus tard, les personnels administratifs sont finalement ceux qui ont eu le plus de travail pendant cette crise par rapport aux intervenants.

Nous avons dû nous réorganiser, car les prestations les moins essentielles ont été réduites, l'amplitude horaire des interventions a été élargie. On intervenait plus tôt le matin et plus tard le soir. En même temps, les emplois du temps ont été fractionnés, car nous avions des interventions plus courtes. C'était un peu la doctrine. À l'époque, il fallait rester le moins longtemps possible à domicile pour éviter la contamination, soit d'être contaminé soi-même, soit de contaminer la personne. Nous étions aussi face à une pénurie parfois de personnel. Nous étions moins concernés qu'en Ehpad, mais cela a également été assez prégnant. Puis, il a fallu organiser toutes les sorties d'hospitalisation. Nous le faisons déjà avant, mais nous le faisons de façon beaucoup moins importante. Certains services n'avaient pas forcément l'habitude d'organiser ces sorties d'hospitalisation. Cela remettait aussi en cause tous les enjeux de la coordination, dont je parlerai tout à l'heure, par rapport aux résultats que peut nous donner la vision de cette crise.

C'est une réorganisation qui a été souvent source de stress pour les intervenants, car il y avait pénurie d'équipements, car elles devaient souvent faire des tâches plus complexes, car il y avait souvent moins de personnels et, parfois, il fallait aller au-delà des tâches pour lesquelles elles avaient l'habitude d'intervenir. Il a fallu mettre en place de nouveaux protocoles sanitaires, qui compliquaient aussi leurs tâches. Je vous rappelle que, à l'époque, entre chaque intervention, il fallait désinfecter la totalité de sa voiture. Lorsqu'on rentrait le soir, il fallait mettre ses vêtements dans un sac en plastique et les laisser plusieurs heures ou plusieurs jours.

Ensuite, il y a eu un surcroît de travail pour les personnels administratifs, puisqu'il a fallu complètement repenser et réorganiser les interventions de façon extrêmement fractionnée, avec des personnels très fluctuants, puisque certains étaient en arrêt de travail ou en arrêt maladie ; pas forcément parce qu'ils étaient malades ou atteints du Covid, mais parce qu'il fallait quelqu'un pour s'occuper des enfants à la maison, même s'ils étaient aussi des personnels prioritaires. Puis, des tensions avec les bénéficiaires pour accepter les protocoles et rompre un peu le lien qu'il pouvait y avoir auparavant.

Derniers publics sur lesquels nous allons nous concentrer concernant l'impact de la crise, ce sont les bénévoles. Ils ont aussi été extrêmement mobilisés au cœur des territoires. La notion d'entraide et de solidarité était prégnante. 78 % affirment avoir bien vécu la période de confinement, mais 80 %, donc la majorité, ont réduit leurs visites à domicile, ce qu'on appelle les visites de courtoisie principalement, comme on avait l'habitude de le faire. Cette situation était difficile à arbitrer pour ces bénévoles. D'un côté, il y avait une contradiction entre la nécessité de préserver du lien, puisque c'était leur volonté d'aider les autres, c'est l'essence même du bénévolat, puis de l'autre côté la volonté et le besoin voire la nécessité de se protéger. La plupart des bénévoles que nous avons interrogés sont assez âgés, ils voulaient donc se préserver.

Face à cette situation, en revanche, ils ont pu s'appuyer sur beaucoup de solidarité, un tissu local extrêmement important. Je me souviens de bénévoles qui allaient, par exemple, à Leroy Merlin qui leur donnait des masques. Il y avait des interconnexions avec des acteurs avec lesquels ils n'ont pas forcément l'habitude d'échanger, qui ont pu se créer. Une réduction des visites de courtoisie, mais un contact qui a été maintenu la majorité du temps en distanciel.

Une fois que nous avons posé tout cela, nous allons enfin évoquer un peu les conclusions,

**Anne Caron-Déglise.**- Monsieur Perrin, excusez-moi. Je suis obligée d'avoir le rôle désagréable de vous dire que c'est absolument passionnant, mais il vous reste cinq à six minutes. Excusez-moi. Si vous pouviez concentrer votre propos. Merci beaucoup.

**Jérôme Perrin.**- Pas de souci. Très bien. De toute façon, j'ai bientôt terminé.

L'idée consiste à ouvrir le débat avec ces constats et à vous expliquer aussi que, finalement, cette organisation a plutôt bien fonctionné grâce au maintien de l'aide à domicile, qui était une priorité pour les aidants et les aidés. L'implication du personnel a été saluée, nous l'avons vu aussi. Les intervenants ont joué un rôle salubre, parfois le seul lien avec l'extérieur, un rôle de réassurance et un sentiment de reconnaissance vis-à-vis de la société, puisque 59 % des intervenants reconnaissent avoir un regard plus positif sur leur métier.

Ensuite, un point important, c'est le recours au digital pour maintenir le lien. Une nouvelle organisation a dû se créer avec un gain de réactivité, mais le lien a été maintenu grâce au digital auprès des proches.

Nous devons améliorer beaucoup de choses : le manque de ressources, le manque de personnels, des compétences parfois manquantes, un manque de coordination. La question de la coordination est au cœur de nos sujets sur les modèles de responsabilité, justement. Puis, l'organisation en interne pourrait être optimisée, avec un manque aussi de suivi des patients ou des bénéficiaires, parfois, pendant cette période de crise. Là aussi, une coordination peut être différente à imaginer. Je ne reviendrai pas sur le manque de reconnaissance, avec la crise qu'il y a eu sur la prime Covid ou le Ségur de la santé.

De tous ces éléments, nous pouvons imaginer différentes préconisations pour imaginer les modèles de responsabilité de demain, qui doivent s'appuyer sur deux principes. Le premier principe consiste à assurer une prise en considération optimisée des besoins des personnes. Nous le faisons déjà, mais il faut que ce soit encore plus visible, encore plus prégnant. Il s'agit également d'accompagner l'évolution des organisations. L'un ne va pas sans l'autre. L'erreur que nous avons commise durant cette crise, peut-être, est de ne pas maintenir des prestations d'accompagnement au quotidien. Cela a vraiment généré des situations compliquées par la suite. Il s'agit d'apporter des réponses personnalisées aux besoins des personnes, en prenant en considération l'impact du service ou la qualité de vie au quotidien des personnes et, donc, de leur lieu de vie. Nous en parlions tout à l'heure.

Il s'agit également de mettre en place un plan d'urgence. Aujourd'hui, il existe des plans blancs et des plans bleus pour les Ehpad et pour les hôpitaux. Demain, il ne faut pas qu'on aille rechercher dans les outils le protocole de la DGCS<sup>11</sup>, qui sont extrêmement bien faits, mais il faut réorganiser, en tout cas imaginer un modèle d'urgence si une crise devait se créer à nouveau.

Second grand principe : il faut proposer aux personnes accompagnées des services évolutifs en fonction de leurs besoins dans une logique de parcours. Pour cette organisation, il y a deux conditions : c'est d'abord affirmer le rôle de pilote d'organisation du service d'aide à domicile, encore une fois au sens très large, puisque nous avons vu tout ce qu'il a pu apporter pendant cette crise au domicile des personnes, mais c'est aussi affirmer, organiser en tout cas, travailler sur une organisation souple et agile.

---

<sup>11</sup> Direction générale de la cohésion sociale.



Je vais terminer mes propos par des questions pour ouvrir aussi le débat.

Ce qui ressort de toute cette crise, et de la question des modèles de responsabilité pour les Saad<sup>12</sup> de demain et, finalement, puisque les réponses sont à travers tout ce que nous avons pu nous dire et ce que nous nous dirons aujourd'hui. Jusqu'où doit aller ce besoin de coordination des services pour répondre au vécu des personnes ? Comment mieux s'organiser sans créer des usines à gaz ? Comment éviter de créer un millefeuille de coordinateurs sur les territoires ? Nous avons les Dac<sup>13</sup>, les Ehpad ressources, les CPTS<sup>14</sup>, nous aurons demain peut-être les services autonomie à domicile, comme l'explique le PLFSS 2022. Comment organiser cette nuée de coordinateurs sur les territoires ? Puis, comment ne pas enfermer la personne dans un parcours d'aide et de soins à domicile ? Finalement, il n'y a rien de pire que d'être enfermé à son domicile. Les personnes l'ont déjà suffisamment vécu pendant le confinement.

Merci. Je vais m'arrêter là, en espérant avoir respecté les délais.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci mille fois, Monsieur Perrin. Non seulement vous avez respecté les délais, mais votre exposé était vraiment passionnant, y compris les ouvertures et les questions sur lesquelles ne manqueront pas de rebondir toutes les personnes qui vous écoutent.

J'en ajouterai évidemment une autre, c'est la centralité de la personne, puisque vous, les services à domicile, avez fait absolument ce que vous pouviez, compte tenu des circonstances, avec beaucoup de mobilisation. Je note qu'il y a eu des réponses en matière, par exemple, d'extension du digital. C'est probablement très bien, mais il y a des personnes pour lesquelles c'est sans doute très difficile. Je relève aussi que vous avez dû faire des arbitrages en tant que services à domicile, ce qui réinterroge forcément non seulement la coordination, mais la coordination entre les droits collectifs et les droits personnels.

---

<sup>12</sup> Service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>13</sup> Dispositifs d'appui à la coordination.

<sup>14</sup> Communautés professionnelles territoriales de santé.

## C) PIERRE CZERNICHOW, PRESIDENT DE LA FEDERATION 3977 CONTRE LA MALTRAITANCE ÉVOLUTION DES ALERTES POUR MALTRAITANCES DEPUIS L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN FRANCE

ET JACQUES RASTOUL, EXPERT NATIONAL DE LA CFDT RETRAITES

LE RÔLE DES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE (CVS) DANS LES LIEUX DE VIE COLLECTIFS, UN  
MODÈLE À DÉVELOPPER ?

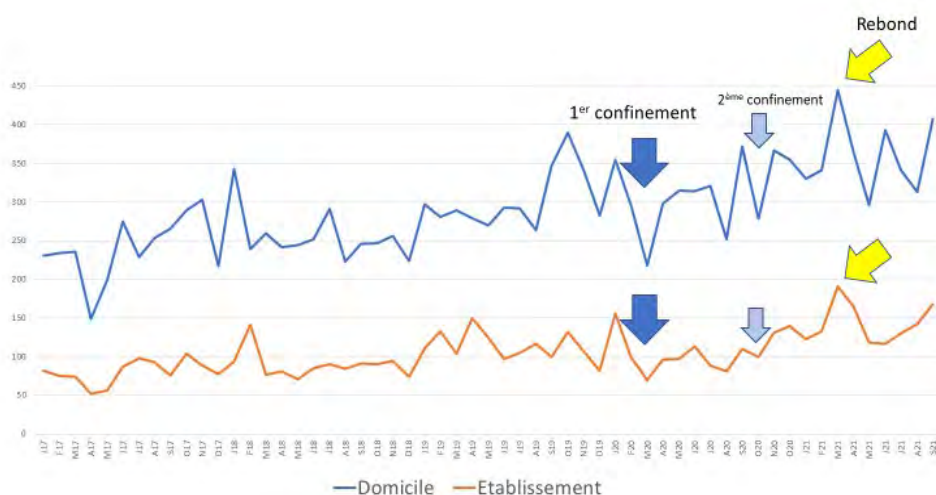
**Anne Caron-Dégliise.**- Je laisse tout de suite la parole à la troisième phase de cette table ronde, dans laquelle nous allons aborder, au travers des propos de Pierre Czernichow, président du 3977, et de Jacques Rastoul, expert national de la CFDT Retraités, la question des alertes sur les questions de bientraitance et de maltraitance. C'est directement en lien avec les deux intervenants précédents, sous forme de deux questions que je pose, puisque vous êtes deux, aux deux intervenants du moment :

- d'abord, pour M. Czernichow : quelle a été selon vous, de vos places, l'influence de la Covid-19 sur les déterminants de la maltraitance que vous avez pu observer du côté des personnes et des familles ?
- pour M. Rastoul, ce qu'il a pu lui-même observer du côté des CVS<sup>15</sup>, par exemple.

Je vous laisse la parole à l'un et à l'autre, sachant qu'il y aura d'autres questions après.

**Pierre Czernichow.**-

La Fédération combine une plateforme téléphonique nationale située à Paris, qui reçoit l'essentiel des alertes pour maltraitances, et un réseau d'une cinquantaine de centres associatifs répartis sur le territoire, qui reçoivent une part des appels reçus. C'est sur la base des informations recueillies à l'occasion de ces alertes que repose la synthèse qui suit.



Pour visualiser l'impact de l'épidémie de Covid sur les alertes pour maltraitances reçues, le schéma ci-dessus montre la séquence des dossiers ouverts chaque mois, depuis 2017. Ce schéma distingue les alertes reçues pour des personnes vivant à domicile, de celles de résidents en établissement,

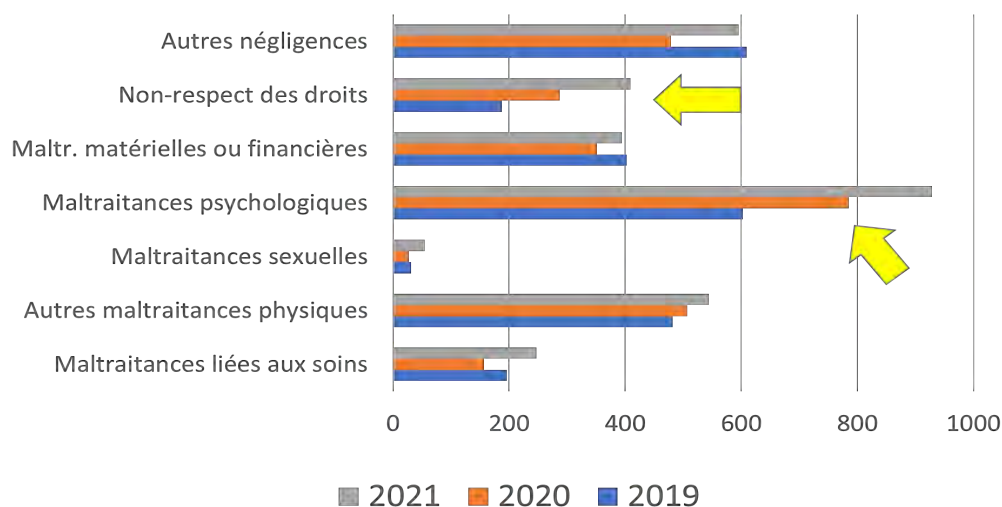
<sup>15</sup> Conseil de la vie sociale.

les situations à domicile prédominant très nettement, quelle que soit la période. L'évolution montre une certaine stabilité durant les années 2017 et 2018, puis dès le début de l'année 2019, une période de croissance du nombre des dossiers ouverts, sans qu'on puisse expliciter s'il s'agit d'un plus grand nombre de situations réelles de maltraitements, ou bien à d'une pratique plus fréquente d'appels à nombre de situations réelles constant. Les deux mécanismes interviennent probablement.

Si l'on regarde spécifiquement l'évolution au cours de l'année 2020, pendant la période de l'épidémie, on voit au mois de mars 2020 une diminution ponctuelle du nombre des alertes, de façon statistiquement significative. Ce repli des alertes est constaté aussi bien pour les situations à domicile que dans les établissements. Cependant, on constate une reprise très rapide des alertes issues du domicile, y compris pendant le confinement, alors que, pour les alertes venant des établissements, ce repli a été prolongé. Lorsqu'on analyse le nombre des alertes cumulées pour l'année 2020, comparativement à celles de l'année 2019, on observe un repli pour les alertes en établissement, alors que celles issues du domicile ont augmenté.

Au mois d'octobre 2020, lors du deuxième confinement, la même inflexion s'est manifestée, de façon toutefois moins marquée. Il est possible que cette « réplique » atténuée traduise une capacité d'adaptation des acteurs compte-tenu de leur première expérience.

Enfin, la clôture des deux périodes de confinement a été marquée par un fort rebond des alertes reçues, notamment pour celles issues des établissements.



Sur un plan plus qualitatif, ces alertes reçues en 2020 et 2021, au cours de l'épidémie, comparativement celles de 2019, ont surtout porté sur deux types de maltraitements. Les altérations de la santé mentale (maltraitements dites psychologique) ont très fortement augmenté recoupant les constats de Santé publique France sur l'ensemble de la population. Les faits de maltraitements liés au non-respect des droits des personnes, notamment les restrictions de liberté et les confinements contraints, ont également été l'objet d'une forte croissance depuis le début de l'épidémie.

En définitive, on ne peut pas imputer l'évolution au seul Covid, puisqu'une tendance à la hausse préexistait. On peut parler d'un effet suspensif des confinements sur les alertes, mais qui semble s'atténuer avec le temps. L'évolution à la hausse pour les situations de maltraitements à domicile est restée forte. En ce qui concerne les situations de maltraitements en établissements, le phénomène

est plus complexe, avec un repli plus prolongé suivi d'un rebond particulièrement important, qu'il importe de comprendre.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup.

Peut-être une petite question pour tout à l'heure. Le confinement a un effet suspensif, mais les personnes sont aussi plus seules. Attention, donc, aux effets retard. Il faudra aussi que nous nous interroguions.

Merci beaucoup pour cette présentation très intéressante.

Monsieur Rastoul, je vous laisse la parole.

**Jacques Rastoul.**- Merci.

Je représente la CFDT Retraités, mais aussi les réseaux inter-CVS que l'on a développés et qui sont reconnus par le ministère de la Santé, celui de l'Essonne, mais il en existe d'autres aussi en Île-de-France et ailleurs.

Nous nous sommes trouvés très à l'aise dans le slogan « Protéger sans isoler », mais nous avons vu que, dans la pratique, cela n'a pas été le cas, que ce soit sur l'exercice des droits, du dialogue et du conseil de la vie sociale. Malgré les consignes régulières du ministère et de l'ARS<sup>16</sup> de consulter le CVS, la consultation est loin d'être effective, même s'il y a eu des ouvertures, des visioconférences, etc. La grosse difficulté qui recoupe ce que vous avez souligné, c'est la privation des libertés pour les résidents, mais aussi pour les familles. Les familles, comme les élus de CVS, contribuent au fonctionnement de l'établissement. À domicile, c'est encore plus, on l'a vu dans les travaux. C'est-à-dire que s'il n'y a personne, que l'on ne peut pas circuler, dialoguer, se rencontrer, etc., y compris dans les chambres, c'est cela le drame qui a été plus mal vécu dans la deuxième période que dans la première. Nous avons mené une étude dans la première : qualitatif sur 80 % de réponses, cela allait donc à peu près. Dans la deuxième, l'accumulation au fil des mois a été une tension très forte, avec un climat de défiance qui s'est instauré entre des familles, voire des élus de CVS, mais surtout des familles et les directions sous pression. Nous avons aussi interrogé des directeurs qui avaient peur, qui devaient gérer des consignes contradictoires.

Un troisième phénomène que je voudrais aussi souligner, c'est une hypothèse qu'il faudrait vérifier dans des études : malgré le rôle important que jouent des familles avec des professionnels, lorsqu'ils vont dans les chambres, on le voit maintenant, on l'a vu à Noël l'année dernière, lorsqu'un Ehpad a accepté d'ouvrir ses portes, il y a eu un effet très positif pour le personnel, pour les résidents, bien sûr, et pour les familles. Chaque fois, on ferme tout. Les structures ont déjà parfois une configuration qui ressemble... je ne dirai pas à des prisons, mais des portes fermées, pas fermées, des fonds de couloir, etc. Je suis content qu'il y ait des travaux sur l'architecture pour repenser l'Ehpad de demain.

Autre aspect que nous observons aussi, mais qui était antérieur au Covid et qui est amplifié, les citoyens, les résidents et les familles méconnaissent les droits. C'est-à-dire que l'on va protester, mais les personnes ignorent complètement tout ce que vous évoquez, tout ce qui est évoqué, tout ce que nous avons fait dans un guide sur la bientraitance et le rôle du CVS. Il y a une méconnaissance des droits. Comment accéder aux droits ? Accéder, c'est le rôle des CVS qui ne

---

<sup>16</sup> Agence régionale de santé.

sont pas uniquement là pour se réunir avec la direction. Ils sont là pour apporter des conseils aux familles, qui ne le demandent pas forcément, mais qui sont étonnées de lire le projet de vie amont : « *Qu'est-ce que le projet de vie ? On ne savait même pas que cela existait. On m'a téléphoné et on m'a demandé si j'étais d'accord pour signer* ». Autrefois, il y a eu des périodes où l'on consultait la famille. On se mettait autour de la table. C'est dans la loi de 2002. Beaucoup de choses se sont perdues. Je ne fais pas le reproche aux professionnels qui ont été saturés, que ce soit à domicile ou en établissement. Les familles actives jouent un rôle. Je ne parle pas des bénévoles, qui ont été interdits dans beaucoup d'endroits.

Pouvons-nous imaginer pour demain une future crise où l'on a à la fois de la sécurité et de la liberté, en protégeant ? Avoir des espaces Covid qui se créaient, c'est positif, mais qui n'obligent pas à fermer tout l'établissement, alors qu'il y a deux ou trois cas de Covid. Nous avons connu de tels cas. Cela crée une tension qui perdure et qui ternit l'image de l'Ehpad. L'Ehpad fait des efforts. Nous sommes plutôt adeptes de valoriser l'image de l'Ehpad, qui est un lieu de vie et un lieu de fin de vie. La fin de vie est peu appréhendée, y compris avec les familles et dans les CVS. Les morts sont cachées, les décès. Au début, nous avons parlé des décès. C'est bien, nous nous sommes battus, nous avons enfin obtenu. Nous avons fait pression dans plusieurs CVS pour que des informations plus régulières et plus transparentes soient envoyées aux CVS et aux familles. On nous dit que cela va ternir. Oui, mais si l'on cache, au bout d'un moment, cela se sait que c'est caché. On se dit : « *Il est décédé ? Votre mère est décédée, vous ne le savez pas ?* ». Je ne jette pas la pierre aux professionnels et aux directeurs. C'est difficile, mais il y a une tension qui s'est reconnue.

Pour finir sur cette première question, le regard croisé que permet le CVS entre les professionnels, les représentants des familles et des résidents et la direction a été occulté, il n'a pas eu lieu. C'est la clé pour que cela se passe au mieux à tous les niveaux, même à domicile. Il faut cet échange, ce regard croisé, pas seulement dans la réunion du CVS, dans les couloirs, comme cela a été dit, dans des espaces, dans la restauration, dans l'animation. Encore au mois de septembre, il était interdit d'aller dans les animations ou dans les couloirs, de rencontrer les résidents dans leurs activités.

Tout dernier point qui est très important, c'est la conséquence de l'enfermement dans les chambres (les plateaux-repas qui rentrent comme ils sont sortis...). On n'arrive pas, dans les CVS, à avoir des informations pour analyser les causes du décès, vous l'avez dit au début. Est-ce lié au Covid ou aux conséquences indirectes du Covid (le syndrome du glissement, etc.) ? Certaines personnes ont déprimé. Les professionnels ont aussi déprimé et les résidents eux-mêmes. La surmortalité, nous pouvons l'expliquer ainsi.

Voilà un peu rapidement. Je suis d'accord pour dire que la maltraitance institutionnelle – qui existait avant, mais qui est peu abordée, personne ne parle de maltraitance – s'est amplifiée pendant la crise. C'est un peu logique.

**Anne Caron-Dégliise.**- Merci beaucoup. L'exercice est difficile, car le temps est très contraint. Je vais revenir à vous dans un instant, mais pour peu de temps, malheureusement.

Monsieur Czernichow, la deuxième question que je voulais vous poser consistait à savoir comment les alertes ont été réellement traitées. Que pouvez-vous nous en dire ? En principe, des instances sont chargées de traiter les alertes. Je ne parle pas des instances judiciaires, mais à votre niveau.

**Pierre Czernichow.**- Les suites données aux situations d'alertes reçues au sein des centres n'ont pas sensiblement changé, en dehors d'adaptations organisationnelles internes. Il y a eu, comme

d'habitude, une phase d'écoute et d'analyse des situations, puis la recherche d'orientations vers les services et institutions jugées pertinentes pour la situation, avec un accompagnement des personnes qui appellent. S'agissant de personnes âgées, ce sont rarement les victimes qui appellent elles-mêmes, contrairement aux adultes vulnérables plus jeunes. Tout au plus peut-on relever une moindre disponibilité des services et institutions, comme on peut le comprendre.

La forte croissance des alertes reçues venant du domicile, qui s'est maintenue, est probablement liée à une majoration des facteurs favorisant les maltraitances en lien avec le confinement. Les cohabitations forcées entre enfants, adultes et parents âgés sont souvent en cause.

Une autre hypothèse explicative de cette augmentation des maltraitances à domicile pourrait être liée à la vulnérabilité accrue des personnes. L'isolement contraint est évidemment un facteur important dans ce contexte, comme on l'a entendu dans une présentation précédente, avec des interactions moins soutenues des personnes vulnérables avec les services d'aide et pendant le confinement. Une dernière explication possible pourrait tenir à l'affaiblissement des facteurs qui jouaient un rôle protecteur vis-à-vis des maltraitances, notamment la moindre disponibilité de l'environnement social, familial et/ou professionnel. Toutes ces hypothèses nécessitent des travaux de recherche.

Dans cette période épidémique, la pratique de lancer une alerte devant une situation de maltraitance a-t-elle été plus marquée ? La majoration des alertes venant du domicile s'explique-t-elle par un surcroît de réactivité vis-à-vis des situations de maltraitance ? Difficile de l'affirmer.

S'agissant des situations de maltraitances en établissement, alors que la vie quotidienne dans les Ehpad était particulièrement contrainte et pesante au cours de cette période épidémique, nous avons reçu un peu moins d'alertes, jusqu'au début de l'année 2021.

À l'évidence, les alerteurs habituels de ces situations, principalement les familles et, dans une moindre mesure, les professionnels, étaient empêchées pour les uns, et mobilisés ailleurs pour les autres : les familles étaient exclues des établissements dans une large part et les professionnels étaient confrontés à une charge de travail accrue et une situation de stress très importante.

En outre, la parole publique, très forte contre les maltraitances envers les enfants et les violences faites aux femmes, à juste titre, a été à peu près absente contre les maltraitances concernant des personnes très âgées vulnérables ou des personnes en situation de handicap.

Enfin, il est possible que, durant cette période, les maltraitances d'origine institutionnelle aient été incomprises ou méconnues, et que les faits de négligence et autres mauvais traitements aient été imputés au Covid plutôt qu'aux réactions et pratiques mises en œuvre vis-à-vis de ce risque infectieux. La Commission de promotion de la bientraitance et Idea lutte contre la maltraitance vient de reconnaître ces maltraitances d'origine institutionnelle dans sa définition, mais celles-ci restent largement méconnues ou incomprises.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup pour cette présentation et pour déjà un essai d'analyse. Cela me permet de rendre hommage, comme vous venez de le faire, à la commission présidée par Denis Piveteau puis Alice Casagrande, issue du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, sur la question de la maltraitance, des maltraitances et en particulier des maltraitances institutionnelles. Nous pouvons évidemment nous appuyer sur ses travaux pour avancer encore. Je tiens aussi à rendre hommage à la DGCS, car elle a été très mobilisée sur ces travaux. C'est tout un collectif qui a permis de mener ce travail.

Cela étant dit, du point de vue des CVS, Monsieur Rastoul, quels enseignements peut-on tirer à ce stade, sachant qu'ils seront forcément incomplets et devront encore être travaillés, de la crise que nous avons et que nous traversons encore ?

**Jacques Rastoul.**- Juste avant, pour faire le lien avec la maltraitance, sachez que l'on évoque rarement le mot « maltraitance » dans les CVS. Nous savons que ce n'est pas... Peu importe. On aborde des dysfonctionnements individuels et on regarde le caractère collectif. On essaye d'analyser. Beaucoup de problèmes sont résolus grâce aux CVS, grâce au dialogue qui s'instaure. Je crois que c'est important. On ne peut pas individualiser. Je n'ai rien contre le 3977. Nous en avons même fait la publicité sur notre site. Cependant, il faut que ce dialogue social existe à tous les niveaux, dans la réunion du CVS, entre les réunions, par des groupes de travail que l'on a suscités, par des visites d'établissement, etc. Sur la crise elle-même, je l'ai dit, ce qu'il faut, c'est l'avenir du CVS, c'est sa capacité justement à mieux maîtriser les droits, les appréhender, avoir une démarche éthique, nous y tenons – quelques CVS ont commencé, mais cela n'a pas forcément été très loin –, avec l'accord des directions.

Je voulais dire que, pour l'avenir, j'ai cité le cas de l'espace Covid. L'architecture se prêtera-t-elle à ce que tout ne soit pas interdit, fermé, etc., que les familles puissent venir participer, les bénévoles aussi ? Ne faut-il pas imaginer autre chose pour que la vie sociale et la vie collective existent ? J'ai bien apprécié les apports sur des espaces, sur l'escalier, etc. Il est inimaginable de parler de l'escalier. On en est à parler des ascenseurs qui sont surchargés de fauteuils roulants. Lorsqu'un ascenseur est en panne, c'est dramatique. La situation est celle-ci. Partons de la réalité. La réalité, il y a de plus en plus de personnes en fauteuil roulant, de plus en plus de personnes atteintes de troubles cognitifs, de dépression, de psychiatrie. C'est cela la réalité. Le personnel en face n'est pas assez nombreux, n'est pas assez qualifié, etc. C'est cela qu'il faut repenser. Nous, CVS, abordons ces questions. Nous ne sommes pas seulement dans les petites questions individuelles. Il y a des choses fondamentales.

Je finis sur les visites. Je crois l'avoir dit tout à l'heure, peut-être. Ma crainte est que les familles à domicile et en Ehpad soient de moins en moins nombreuses. Le système tient grâce aux proches aidants. Nous craignons, nous observons quelques indicateurs qui nous montrent que le nombre de proches aidants présents à domicile et en établissement diminue, y compris dans l'Aveyron. Je suis intervenu dans d'autres départements. Ils me disent : « *Détrompe-toi. Les familles sont aux États-Unis, à Paris. Elles sont là. C'est moins cher et elles vont une fois par an au mieux voir leurs proches* ». C'est cela la réalité. Tout le système médicosocial, domicile et établissement – je ne sais pas pour le handicap – tient aussi grâce à la présence des bénévoles et des proches aidants. Ce n'est peut-être pas vrai dans tous les territoires, mais c'est une question très importante pour l'avenir. Nous le voyons aussi dans le recrutement des candidats aux CVS, puisque cela tourne énormément, même si nous avons eu des progrès pour que les mandats puissent se poursuivre. Voilà ce que j'ajouterai par rapport à ma première présentation.

Dernier point, nous avons besoin, il nous semble vital d'instaurer, comme cela se fait dans le handicap, des conseils de la vie sociale dans les structures à domicile. Soit la démocratie ne se pose que trois ans avant de mourir, car c'est cela la réalité : on vit en moyenne deux ans et demi en Ehpad, selon les études. C'est là que se focalise un espace de dialogue social et de démocratie. Je ne dis pas qu'il ne

se passe rien dans le domicile, mais il existe dans les CVS – j’ai participé à des travaux avec l’APF<sup>17</sup> – des choses très intéressantes pour le domicile. En effet, cette culture du dialogue et cette culture de la prévention collective à domicile ou en établissement doivent s’exercer bien plus tôt. Nous sommes preneurs d’un soutien. Je crois que c’est dans les orientations, je ne sais pas si c’est la CNSA ou autres. Il y a eu des projets de ce type de faire vivre le dialogue social, ce regard croisé, cet espace de discussion dès le domicile, pour que l’on arrive ensuite en résidence autonomie, en Ehpad, etc. Aujourd’hui, c’est un défi, car cela permet d’appréhender les problèmes collectivement et de trouver des solutions collectivement. Nous apprécions lorsque les directeurs nous disent que le CVS, lorsqu’on lui permet de fonctionner, lorsqu’il fonctionne bien, est un allié pour eux afin de gérer la qualité. Pour d’autres, c’est un empêchement de tourner en rond. Il faut le dire.

Pour finir, dans les écoles, parmi les parents d’élèves ou dans les entreprises, en pleine crise du Covid, imaginons que l’on supprime l’activité syndicale, l’activité associative ou les parents d’élèves. C’est en partie ce qu’il s’est passé. C’est un vrai problème.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup, Monsieur Rastoul.

Avant de laisser la parole à Romain Gizolme, je pense que votre propos est qu’il faut faire vivre à la fois les établissements et le domicile. Vous proposez un mode d’organisation collectif qui permettrait, par les CVS, d’entrer dans l’organisation du soutien à domicile. Vous dites aussi être attaché aux dysfonctionnements collectifs, mais aussi individuels.

Pour faire la boucle avec l’intervention de Pierre Czernichow tout à l’heure, la question de l’approche de la maltraitance et de la bientraitance, ce n’est pas simplement l’approche de la plainte dans une volonté de contentieux. C’est vraiment dans une volonté d’écoute, déjà, de reconnaissance de dysfonctionnements, qui peuvent très fortement affecter les personnels, vous l’avez dit, les bénévoles aussi. Nous devons évidemment y travailler pour proposer des solutions et des protocoles qui ne soient pas uniquement collectifs. C’est vraiment une entrée par les besoins des personnes, ce que Nadia Sahmi expliquait sur le bien-être des personnes. C’est tout de même à cela que nous devons essayer de tendre.

---

<sup>17</sup> Association des paralysés de France.



**D) ROMAIN GIZOLME, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS AU SERVICE DES PERSONNES AGEES (AD-PA)**  
**LES MODELES DE RESPONSABILITE DES DIRECTEURS D'EHPAD ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES AGEES**

**Anne Caron-Déglise.**- Dernier intervenant avant que je donne la parole aux représentants des familles : Romain Gizolme. Un modèle de responsabilité pour les directeurs d'Ehpad demain ? Difficile question et vous avez peu de minutes pour nous en parler.

**Romain Gizolme.**- Je vous ai promis de m'astreindre à tenir le peu de minutes que nous avons pour laisser plus de place également aux échanges.

Rapidement, permettez-moi simplement, avant de démarrer, de saluer l'initiative du Haut Conseil et de la CNSA, surtout dans la perspective ou dans les perspectives de progrès, d'espoir et d'effet de choc auxquelles nous invitaient le président et la directrice générale. En effet, il est clair que nous ne saurions sortir de cette période sans en tirer quelques conséquences. Vous l'évoquiez, je vous rejoins parfaitement là aussi, monsieur le président, après la canicule de 2003, avons-nous engagé suffisamment de transformations ? Nous pouvons nous poser la question. En tout cas, ne nous retrouvons pas dans la situation où, après la période que nous avons tous connue, nous nous demanderions justement si nous avons engagé suffisamment de transformations. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, nous sommes là pour réfléchir dans ces perspectives.

Je voudrais aussi rapidement remercier Vanessa Wisnia-Weill et Anne Caron-Déglise qui, travaillant à ce programme de journée, commencent par les questions de liberté, de droit, de citoyenneté. Il nous semble que c'est là certainement déjà un début de transformation.

Je vous prie de m'excuser, enfin. Puisque j'ai promis de tenir les minutes qui m'étaient imparties, je vais essayer d'aller à l'essentiel. Du coup, peut-être pourrais-je avoir un propos un peu lapidaire. Étant donné que nous devons avoir un temps d'échanges après, pour ceux qui le souhaiteraient, ce sera peut-être l'occasion de préciser quelques points.

Très rapidement, je vais essayer de développer mon propos en trois questions :

- la crise, ce qu'elle a percuté dans notre secteur, à notre sens ;
- les raisons également qui ont amené le secteur à vivre la crise comme il l'a vécue. Il nous semble nécessaire de penser notre histoire pour savoir vers où aller et comprendre ce qui nous a amenés là ;
- puis essayer d'aller vers quelques notes d'espoir, de progrès et peut-être d'effet de choc.

Pour ce qui concerne la crise, je vais rejoindre beaucoup de ce qui a été dit. Je ne vais donc pas être très long. À notre sens, la question de la mortalité des plus fragiles dans notre pays en premier lieu. La question aussi de l'atteinte pour les personnes âgées elles-mêmes et leurs familles quant à la qualité de leurs relations. En effet, au-delà des préoccupations physiques, l'effet immédiat de cette crise a été un effet sur les relations sociales, sur les relations familiales, sur la qualité du bien-être psychique et psychologique. Donc, évidemment cette question. La question est d'ailleurs apparue très rapidement. Étant dans une crise sanitaire d'une maladie qui allait toucher au corps, qui allait porter atteinte au corps, toute l'activité des structures, que ce soient les établissements ou les services à domicile, a été complètement recentrée sur le seul soin au corps. Cela a été évoqué ce matin. Cela fait partie de notre histoire. J'y reviendrai.

Par la force des choses, parce que ce virus touchait au corps, tout a été recentré là-dessus. Évidemment, immédiatement, qu'est-il apparu ? Ce qu'évoquaient plusieurs d'entre vous : les effets sur le bien-être psychique. Si l'on s'en tient à la définition de la santé de l'OMS<sup>18</sup>, ce n'est pas uniquement le seul soin au corps. C'est aussi combien on est en santé psychique, sociale, etc. C'est en cela, d'ailleurs, que nous avons, pour ce qui nous concerne, sollicité la saisine du Comité consultatif national d'éthique quant aux restrictions qui étaient imposées pour ne répondre qu'à la seule préservation de la santé physique.

La question des ratios a été évoquée. Évidemment, le manque de professionnels à la fois en nombre, mais aussi en qualité – Jacques Rastoul l'évoquait, j'y reviendrai – est apparu. Je ne vais pas plus loin sur ce sujet. Puis, pour les professionnels, la question du sens profond de ce que sont leurs métiers a été percutée. Recentrer complètement leur activité sur du seul soin au corps, quels qu'ils soient, les a eux aussi amenés à s'interroger sur leur engagement dans ce secteur et sur ce qui fait l'objet de leur travail. Dernier élément sur les questions de professionnels, cela a fait émerger les questions de responsabilité des uns et des autres, à commencer par celle des directeurs et des directrices, mais aussi de l'ensemble des professionnels par effet de cascade.

Au-delà de ces éléments de constat, là aussi, pour ne pas être trop long, quelques éléments historiques qu'il nous paraît nécessaire d'examiner pour comprendre ce qui nous a amenés là. Clairement, pour des raisons historiques, les politiques Vieillesse ont été beaucoup construites autour de l'axe de la sécurité et de la protection. Là aussi, je suis un peu lapidaire, mais ne serait-ce que parce que nous venons d'une histoire de réponse « hospicielle » d'accueil des indigents, etc., les personnes qui vivent en structure sont de fait considérées – c'est le principe de l'institution notamment, c'est aussi pour cela qu'il faut couper, à notre sens, avec le principe de l'institution – comme malades et incapables. Lorsqu'on rentre en établissement, on n'a pas besoin de mesures de protection judiciaire ou juridique. Je parle sous votre contrôle, car je ne sais jamais lequel est le bon terme à utiliser, mais vous m'avez compris. Sans qu'il y ait une décision officielle de protection, les personnes sont d'emblée considérées comme incapables et à soigner. On s'occupe donc de protéger les personnes, on s'occupe de les soigner.

C'est ainsi que les politiques publiques ont construit une réponse à cela, ce qui peut s'entendre si le constat est celui-là. On peut entendre que les politiques publiques aient essayé de construire une réponse à cela, mais qui, du coup, ne s'est traduite que par de la réponse médicotechnique. Effectivement, nul besoin de passer beaucoup de temps dans une structure pour personnes âgées pour voir quels sont les ratios de soignants et aides-soignants. Entendons-nous bien, l'AD-PA compte bien qu'ils soient augmentés à l'avenir. Si nous les regardons aujourd'hui, on voit bien le déficit de ratios entre le nombre de soignants du corps et le nombre de psychologues, par exemple, dans une structure, le nombre d'animateurs de vie sociale, le nombre d'ergothérapeutes, etc. La puissance publique a axé sa réponse sur de la réponse médicotechnique.

Évidemment, pendant la crise, oui, le médicotechnique était nécessaire. Nous avons fait autant que nous le pouvions, aussi bien que nous le pouvions et avec les ressources dont nous disposions. Qu'est-il apparu ? C'est que les personnes déprimaient. Les psychologues, qu'il n'y avait pas en service à domicile et peu en établissement, ont eu de quoi s'affairer. Nous avons bien vu, car, comme toute crise, cela met en exergue les choses. Cela crée rarement des choses nouvelles.

---

<sup>18</sup> Organisation mondiale de la santé.

Généralement, cela met en exergue ce qu'il y a de meilleur et les manquements du passé. Il nous paraît donc indispensable de comprendre ce qui a fait que, par exemple, le manque d'attention au soutien et au bien-être psychique soit apparu si fort. Tout simplement parce que ce n'était pas la volonté des réponses des politiques Vieillesse jusque-là. D'autre part, parce que ce n'était pas cette volonté, il y avait donc peu de ressources pour arriver à y répondre.

Dernier élément, cela fait émerger aussi la question des responsabilités des uns et des autres. À l'évidence, ce qu'il en ressort, c'est que des personnes ont été contraintes au-delà du raisonnable, de l'acceptable, quelle que soit la manière dont on le qualifie, en tout cas de façon excessive, certains considérant que c'était les directeurs qui imposaient, d'autres considérant que c'était l'État qui imposait, etc. Évidemment, dès lors que nous concevons des politiques publiques qui sont là pour répondre à une « prise en charge », termes que nous n'utilisons jamais à l'AD-PA, mais qu'il faut bien nommer ici, une « prise en charge de personnes malades et incapables », oui. De fait, d'ailleurs, cela nous arrange bien qu'elles soient nommées « dépendantes », car dès lors que l'on est considéré comme « dépendant », on dépend de quelqu'un ou de quelque chose, soit de professionnels, soit de sa famille. Par effet de cascade, les personnes sont placées sous responsabilité soit des uns, soit des autres, de façon quasiment automatique.

C'est la conception à laquelle nous sommes confrontés, car combien de familles considèrent qu'elles « confient » leurs parents, une fois entrés en établissement ? Mais est-ce l'objet de l'établissement que de se voir confier quelqu'un ? Est-ce le métier que de s'occuper de quelqu'un du point de vue de tant de responsabilités ? Nous ne le pensons pas. C'est pourquoi j'en viens tout de suite à la troisième partie, en espérant être dans les temps, mais je compte sur vous. Trois minutes, cela devrait suffire.

Dernière partie, l'effet de choc, le progrès, l'espoir. Il nous semble que pour sortir de cette situation et pour éviter de reconnaître les mêmes écueils, à la fois dans une période de crise, mais j'ai envie de dire : n'attendons pas une autre période de crise. Évitions les mêmes écueils dès aujourd'hui pour repenser ce qui a fait notre histoire et essayer de la transformer. Il nous semble que nous pouvons agir sur quatre axes.

Premier axe, c'est penser les personnes que nous accompagnons en capacité de. Il existe tout un mouvement sur l'*empowerment*, la « capacité », etc. Inspirons-nous de cela, pensons-le, croyons-y et partons de cela. C'est pourquoi il me paraissait excessivement important que cette journée commence par une table ronde sur les questions de liberté et de citoyenneté. D'abord, pensons les personnes capables et écoutons-les. Ce sont elles, les expertes de la vieillesse. Ce sont elles, les expertes de la situation de fragilité. Écoutons ce que nous disent attendre de nous les personnes pour lesquelles nous travaillons. C'est ainsi que nous serons à peu près assurés d'aller vers les bonnes offres de services pour répondre à leurs attentes.

Lorsqu'on les écoute, en réalité, ce qu'elles nous demandent, c'est du droit commun, du droit commun. Elles ne cherchent pas à être des concitoyens particuliers mais à part entière. J'ai travaillé en établissement pour personnes âgées. Je n'ai jamais entendu une personne rentrant en établissement me demander quels droits particuliers elle aurait par rapport à tous ses autres concitoyens, lorsqu'elle rentrait dans une structure sur laquelle je travaillais. Les personnes n'attendent pas cela de nous. Les personnes attendent simplement de pouvoir accéder comme les autres et de continuer d'accéder comme les autres au droit commun : avoir son chien ou son chat,

sortir, accueillir des personnes, etc. Le droit commun, pas de sécurité excessive. Ils n'attendent pas que nous portions une responsabilité pour eux-mêmes.

Deuxième élément, c'est évidemment la question de développer des réponses qui permettent de satisfaire cela. Ce qui permettra de satisfaire cela, à notre sens, je vous l'ai dit, c'est d'abord une meilleure réponse aux besoins, à l'évidence, des besoins premiers, ceux du corps, ceux qui ont été le plus investis par la puissance publique, mais pour lesquels il y a encore quelques pas à faire pour arriver à mieux y répondre, prendre plus de temps avec les personnes. Surtout, il va falloir développer dans ce secteur toute la réponse aux attentes et aux aspirations, car c'est cela que nous demandent les personnes pour lesquelles nous travaillons, dont nous faisons l'expérience chacun tous les jours : une fois que l'on est bien lavé, bien nourri, bien soigné si l'on a besoin de l'être, c'est là que la journée démarre.

J'en termine là.

C'est là que la journée démarre. C'est donc à cela que nous devons pouvoir répondre à l'avenir pour les personnes qui ont besoin d'être accompagnées.

Dernier élément, cela signifie très concrètement changer les habitats. Nous proposons qu'un certain nombre d'Ehpad sortent du CASF<sup>19</sup> pour rentrer dans le CCH<sup>20</sup>, c'est-à-dire le droit commun. Je vous invite à essayer de trouver les chiffres des personnes âgées, dont on nous disait qu'elles décédaient en résidences services ou pour lesquelles il y avait un excès de contraintes dans les résidences services, etc. Je pense que vous aurez du mal à y répondre, je n'en doute pas.

Dernier élément, si nous partons sur cela, nous pourrions construire des politiques de l'autonomie qui ne seront non plus axées sur les questions de protection et de sécurité, mais bien sur des questions d'effectivité du droit commun, de citoyenneté. Ce sera au bénéfice à la fois des personnes fragilisées pour lesquelles nous travaillons, à la fois des métiers dans ce secteur qui ne seront plus des métiers de la « prise en charge » ou du soin, mais bien des métiers de l'autonomie au bénéfice de nos concitoyens les plus fragilisés. Accessoirement, ce sera aussi une façon de passer un message aux générations futures que, oui, si l'on est fragilisé, on sera accompagné par des mécanismes nationaux de compensation pour continuer de vivre dans une société parfaitement inclusive.

Merci et excusez-moi pour les deux ou trois minutes de dérapage.

**Anne Caron-Dégliise.**- Merci. C'était parfaitement dans le *timing* et tout le monde l'a été.

Je remercie vraiment tous les intervenants. Je remercie également de la qualité des interventions, pour donner tout de suite la parole aux personnes, puisque chacun de nous a fait un appel à l'expression des personnes elles-mêmes.

---

<sup>19</sup> Code de l'action sociale et des familles.

<sup>20</sup> Code de la construction et de l'habitation.

## II) Discussion

### A) DISCUTANTS

#### 1) *Philippe Wender, président de Citoyennâge, et Isabelle Hartvig*

**Anne Caron-Déglise.**- À la fois Citoyennâge et Old'Up vont pouvoir réagir aux propos entendus, en commençant par Citoyennâge. Qui souhaitez-vous des deux ? Soit Madame Hartvig, soit Monsieur Wender, comme vous le souhaitez.

**Philippe Wender.**- Tous les deux. Je passerai la parole à Mme Hartvig ensuite.

D'abord, merci d'avoir eu cette brillante idée de nous inviter à exprimer la parole des personnes âgées en établissement ou à domicile. Malgré la crise, cela ne nous est pas arrivé aussi souvent que cela dans les instances officielles. Beaucoup dans les médias, mais pas dans les instances. C'est en train de s'améliorer.

Pour commencer, les personnes en établissement ont subi la crise d'une façon beaucoup plus profonde, beaucoup plus aiguë que le reste de la population. On nous dit qu'il y a eu des confinements. Oui, il y a eu des confinements dans la population générale, mais la façon dont nous avons vécu le confinement, je vais insister sur un point qui est, à mon sens, peu connu. Vous me répondrez sur ce point. L'action de la privation de liberté, vous en avez parlé, tout le monde en parle, mais la question de la vie ralentie que nous avons vécue pendant le confinement et encore après est très importante. Il m'est arrivé de parler à certains moments d'une vie volée, d'une vie rabougrie. C'est un mot qui signifie bien les choses. Nous avons vécu à peu près, pas tout à fait, mais nous avons vécu en mode survie. On nous a soignés, nourris, blanchis et le personnel a été formidable, car ils n'ont pas lâché prise et ils avaient peur, c'est sûr. J'insiste vraiment sur ce point.

Il ne faut pas croire que le confinement s'est arrêté à l'enfermement. Nous n'étions pas enfermés à clé dans nos logements, mais nous étions priés de ne pas en sortir et nous faisons attention. Ce qui nous est arrivé après, c'est qu'on nous a séparés. On a séparé nos activités par étage ou par secteur, cela dépend des établissements. Vous ne pouvez pas imaginer à quel point c'est une contrainte de se retrouver sans les personnes avec qui l'on a l'habitude de travailler, d'avoir une vie sociale, de jouer, de chanter, de se distraire. C'est totalement différent de faire cela par étage ou pour l'ensemble de l'établissement. Je sais que des directeurs d'établissement en étaient parfaitement conscients. J'ai eu l'occasion d'en parler avec eux. Toujours est-il que nous étions au niveau de protection maximal.

Avant de passer la parole à Mme Hartvig qui va vous parler de ce que les personnes âgées ont ressenti, pas physiquement, mais que les personnes âgées « maintenues »... Ce terme est affreux. Je suppose que vous aurez un jour une discussion sur le mot « maintien à domicile », car dans « maintien » il y a coercition et c'est un peu ennuyeux. Avant de passer la parole à Isabelle, je voudrais contribuer à la discussion en vous proposant de parler, en plus de liberté, d'autonomie. Ce que nous cherchons à avoir, ce que les personnes âgées cherchent à avoir le plus longtemps possible, c'est leur autonomie.

Maintenant, Isabelle va dire deux mots du domicile.

**Isabelle Hartvig.**- J'ai vécu complètement cela à domicile, toute seule, entourée tout de même par téléphone, par des personnes de mon âge, donc, en gros, de 80 à 85 ans. Je voudrais souligner trois points qui étaient importants.

D'abord, cela a été dit, mais pour des personnes ayant véritablement vécu la guerre enfants, entendre le président dire « *Nous sommes en guerre* » a été un véritable choc. La fermeture des marchés alimentaires n'a rien arrangé, car cela réveillait, cela renvoyait aux restrictions alimentaires bien connues dans l'enfance. Tout cela a évidemment généré beaucoup de mal-être, beaucoup d'angoisses. Ce sont seulement des solidarités privées qui sont venues au secours, c'est-à-dire des voisins plus jeunes qui sont venus aider, proposer, mais c'était toujours des solidarités privées.

Autre élément qui m'a paru important, car j'ai vraiment entendu des choses parmi mes amis qui étaient douloureuses, ce confinement a été vécu comme une sorte de mort sociale. Je sais que c'est un mot très fort, que cela ne correspond pas à une vérité. Toujours est-il que cela a été vécu ainsi, car nos familles, enfants et petits-enfants, ont continué de vivre ensemble leur quotidien, avec toutes les difficultés et les complicités, sans nous, loin de nous, alors que – je le précise – mes enfants habitent à 500 mètres de chez moi. Ils savent d'ordinaire très bien m'entourer. Cela a été très difficile. J'ai entendu autour de moi, auprès d'amis, des personnes dire des choses comme « *Je n'ai plus de place dans la vie de mes enfants* » et, pire encore, « *C'est comme s'ils avaient fait le deuil de moi avant ma disparition* ». Ces choses, je crois qu'elles ont vraiment laissé des traces dans les familles et que beaucoup ont peiné à redonner leur place aux personnes âgées. Je crois que ce n'est pas anodin pour la cohésion des familles, d'autant moins que je ne suis pas sûre que beaucoup aient pris conscience de cette dimension des choses.

Pour être positive, je dois dire que toute l'offre culturelle qui était disponible sur internet et même par téléphone a été vraiment très appréciée, a été d'un grand soutien. Par exemple, le théâtre de la ville proposait par téléphone des « consultations » poétiques. Les prescriptions des comédiens, après une vingtaine de minutes d'entretien, c'était toujours des choses qui touchaient juste, des textes lus, des textes à lire qui touchaient vraiment juste.

Compte tenu de tout cela, j'avais envie de demander ce que, à l'avenir, dans pareille crise, les pouvoirs publics pouvaient envisager pour accompagner les personnes, que ce soit en Ehpad ou à domicile, davantage dans leurs besoins de vie sociale, de vie avec et de vie culturelle également, car cette dimension est peu prise en compte. Lorsque je parle d'accompagnement, c'est vraiment comment favoriser même les déplacements des personnes âgées, qui ont besoin de continuer à aller aux spectacles, aux concerts, selon leurs envies.

Je vous remercie.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup à tous les deux pour ces témoignages extrêmement forts. Nous pouvons d'ores et déjà retenir de vos propos, l'un comme l'autre, que ce qui est essentiel, c'est l'autonomie et pas simplement la question de liberté théorique. Ce qui est également très important, c'est qu'à l'avenir soit pensé véritablement l'accompagnement et l'accompagnement à la vie pour que le deuil ne soit pas fait avant. Je crois que c'est ce que vous avez dit d'extrêmement fort tous les deux. Il faut que cela puisse se traduire en politiques publiques. Ce sont les questions que vous avez posées, je crois.

Merci à vous.

## 2) Martine Gruère, vice-présidente d'Old'Up

**Anne Caron-Déglise.**- Je vais maintenant donner la parole à Mme Gruère pour Old'Up, en lui indiquant, je suis désolée de devoir le dire ainsi, qu'il nous reste, questions incluses, un petit quart d'heure pour que la salle puisse réagir à vos propos. Pardon, je fais un peu le censeur, mais je crois que vous saurez relever le défi. À vous, Madame.

**Martine Gruère.**- Je représente Old'Up. Il s'agit d'une association de vieux, nous le sommes tous, plutôt en amont par rapport à ce qui a été évoqué ici, c'est-à-dire que nous sommes dans la société active.

La première réaction au confinement, cela a été des nonagénaires de notre association qui ont dit qu'ils ne se laissaient pas faire. Ils ont tout de suite proposé à l'association de mener une petite enquête entre nous (il y avait donc un entre-nous, car la chance d'être dans cette association) : que se passe-t-il ? Comment le vit-on ? Comment s'occupe-t-on et comment se représente-t-on l'avenir ? Immédiatement, nous avons eu l'idée entre nous, mais pourquoi pas beaucoup plus large ? Comme il y avait une proposition de la Fondation de France, un appel à projets, en quelques jours et avec un bureau d'études émiCité, nous avons lancé une enquête nationale dans nos réseaux. Puis, très vite, nous avons pensé que, une enquête nationale en ligne, beaucoup de personnes de notre âge ne savent pas répondre. Nous avons donc créé un numéro vert qui a été diffusé à la radio. Nous avons tout de même eu 5 300 réponses.

Je vais un peu faire état de cela, car, par rapport à tout ce qui a été dit, on entend bien, je trouve, de plus en plus ce qui nous préoccupe, c'est-à-dire que nous soyons entendus, notre génération, nous qui sommes les premiers impliqués par tout ce qui est dit ici. Ce qui nous a frappés avec cette crise, à la suite de l'analyse que nous avons faite des réponses, c'est qu'elle a véritablement été un révélateur de notre place, de notre fonction (qui nous sommes, quelle place on nous donne, quelle place nous osons occuper) et de la représentation que l'on a des vieux. Nous avons été très étonnés – je serai à votre disposition – des résultats que nous avons eus à notre enquête. Elle concerne un peu un milieu de cadres moyens et peut-être supérieurs, elle ne concerne donc pas tout le monde, et jusqu'à 90 ans. En Ehpad, nous avons eu 1 réponse sur les 5 300. Nous n'y sommes pas arrivés et pour cause, d'ailleurs, sachant tout ce que nous avons entendu.

Simplement vous dire que la première réponse est : « Je ne plaisante pas ». Cette image renvoie à : à nos âges, nous sommes capables d'être responsables. Cela a été beaucoup répété, mais pas tellement pris en compte dans la réalité. Nous avons une expérience qui peut aller jusqu'à avant la guerre et, de toute façon, nous savons qui nous sommes. Nous sommes très nombreux à avoir très mal vécu les injonctions, l'infantilisation, y compris par nos enfants adultes : « *Reste à la maison. Ne bouge pas* ». Je me suis fâchée avec ma belle-fille, gentiment, mais tout de même. Il y a quelque chose qui se joue du côté de notre incapacité à penser et nous prendre en charge. Notre enquête prouve que ce n'est pas du tout le cas. L'inquiétude est plutôt pour les autres. Nous avons posé cette question. Il y avait beaucoup d'inquiétude sur les enfants, les petits-enfants, comment cela allait se passer plus tard. Dans le deuxième confinement, les étudiants, les professionnels.

Certains de nos interlocuteurs ont été complètement déstabilisés, mais beaucoup ont trouvé un bénéfice au confinement : du temps retrouvé, des amis retrouvés *via* le téléphone, de vieux carnets d'adresses, le temps de lire, le temps de réfléchir sur soi, de réinventer sa vie en quelque sorte pour certains. Ce n'était pas du tout aussi négatif que ce que, nous-mêmes, nous avons imaginé. Ils ont aussi été un soutien, chaque fois qu'ils le pouvaient, cela rejoint ce que vous dites, pour leurs

proches et leurs voisins. Beaucoup ont essayé d'organiser un minimum de rencontres ou d'échanges, d'aller chercher les courses, de s'auto-organiser.

Quant à l'avenir, c'était à peu près moitié-moitié confiants et questionnant, confiants sur le fait qu'une nouvelle solidarité va arriver, quelque chose va se jouer autrement. Cela m'a frappée, car beaucoup ont parlé de l'Europe. Il y avait aussi le destin de la France. Ce qui est très manifeste, c'est un usage, tout d'un coup, il fallait savoir utiliser *WhatsApp* ou autres pour rester en lien. Il y a eu beaucoup de progrès dans l'apprentissage de la technologie.

C'est ce que nous avons retenu.

En travaillant encore, l'image que l'on a de nous est que nous sommes plutôt des personnes fragiles, des personnes – cela a été dit – en quelque sorte irresponsables, incapables, incapables de penser, inutiles, isolées, enfin, des images très déconnectées, des images négatives que nous avons fait travailler dans un deuxième temps par des entretiens approfondis et par des organisations de débats à Paris et en province d'Old'Up. Tout cela nous paraît injuste, non représentatif de qui nous sommes, de qui nous souhaitons être et de quelle place nous souhaitons occuper dans la société.

Pour nos propositions – je termine, ainsi, c'est court –, la première proposition que nous avons envie de faire savoir, c'est d'abord à nous, les vieux, de changer nous-mêmes notre image. C'est-à-dire que nous nous coulons dans cette image de : « *Tu es à la retraite, tais-toi. Sois gentil et remercie.* » Nous devons nous autoriser à parler davantage, cela passe beaucoup par des groupes de parole, travailler nous-mêmes sur qui nous sommes et nous autoriser à dire ce qui n'est pas évident. Vous le faites, c'est une chance. Il faut le développer. Ensuite, je l'ai entendu ici, c'est la parole des experts – tant mieux, c'est très bien – qui domine pour tout ce qui nous concerne, des experts qui sont plus jeunes que nous. C'est une bonne nouvelle, mais nous avons des choses à dire, nous, en tant que vieux, dans la lenteur, dans tout ce qui nous caractérise, qui fait que nous sommes autres. Je lisais des psychanalystes qui parlent en ce moment d'une récession, comme si l'on diminuait. Ce n'est pas vrai. Nous pensons que c'est une mutation. Nous vivons une mutation avec la retraite et, en vieillissant, une mutation presque quotidienne. Nous pouvons en parler. Il y a des choses à dire, à partager pour que, lorsqu'on avance, tout le monde y gagne. En tant que citoyens, cela se partage et cela se décide ensemble.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci, Madame. Merci à vous.

## B) DISCUSSION AVEC LA SALLE

**Anne Caron-Déglise.**- Je ne sais pas si nous avons des questions *via* Zoom et dans la salle. Par respect pour la table ronde suivante, nous avons cinq grosses minutes au lieu des trente minutes. Toutefois, je crois pouvoir dire que toutes les interventions étaient extrêmement riches.

**Jacques Doury.**- Je suis membre du Conseil de la CNSA.

J'écoutais attentivement tout ce qui a été dit. En fin de compte, j'ai fait un parallèle avec les personnes en situation de handicap. Je m'aperçois que tout ce qui a été dit concerne aussi ce secteur. Si je veux être très rapide et laisser la discussion à la salle, je suis un tantinet provocateur, mais je pense que nous avons énormément de points communs. Les deux secteurs devraient fusionner, c'est mon vœu pieux, dans une volonté d'autonomie. En effet, nous avons des savoir-



faire que nous pouvons partager avec le secteur des personnes âgées et eux ont aussi des choses à nous apprendre.

Lorsqu'on est avec des personnes malades psychiques ou des personnes en situation de handicap qui vieillissent, leur vieillissement n'est pas le même. On a des difficultés. Soit on se base sur l'âge, mais – je fais rapide – elles ont des problèmes de vieillissement à partir de 40 ans pour certaines. Les difficultés que l'on rencontre sont peut-être les mêmes que dans des accompagnements que font des Ehpad pour des personnes qui ont 70 ans. Il y a des savoir-faire que nous ne savons pas. En revanche, les difficultés rencontrées pour des personnes qui ont des troubles cognitifs ou des problèmes psychiques, ce n'est pas que nous connaissons, mais nous accompagnons cela au quotidien. Je pense que nous avons vraiment énormément de choses à partager. Puis, les infrastructures que nous avons chacun de notre côté peuvent être mises ensemble et, peut-être, apporter de l'efficacité à moindres coûts.

Merci.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci.

Y a-t-il d'autres questions ou une réaction, par exemple, de la CNSA, qui fait ce pont entre le handicap et le vieillissement ?

**Florence Canouï-Poitrine.**- Oui. Bonjour. Merci à tous.

Je suis Florence Canouï. Je suis médecin de santé publique et épidémiologiste. J'ai écouté très attentivement toutes ces interventions. Je remercie Vanessa Wisnia-Weill de m'avoir invitée à écouter ces interventions. Je me permettrai deux petites remarques, s'il vous plaît.

La première remarque concerne le virage domiciliaire. On a parlé du maintien à domicile. Je voudrais aussi questionner le terme du « virage domiciliaire ». Par le terme « virage », on entend que l'on pourrait, au bout de la route, choisir entre Ehpad et domicile. Ce n'est pas le cas, à mon avis, en raison de l'hétérogénéité des situations physiques, psychologiques ou sociales des personnes âgées. Je pense que les réflexions sur le futur et les interventions favorables aux différents lieux de vie doivent être menées de front à domicile et en institution et pas de l'un vers l'autre, puisque les réponses seront différentes, il me semble.

L'autre élément que je voudrais apporter porte sur les déterminants de la surmortalité. Un des représentants de l'association Citoyennâge a dit que le niveau de protection était maximal dans les Ehpad. Pour autant, la surmortalité a été extrême, puisque la moitié des décès en excès sont survenus dans les Ehpad, qui représentent 600 000 personnes environ en France contre 67 millions. J'entends bien que l'on ne connaît pas encore les causes de décès. Néanmoins, à la question « la surmortalité a-t-elle été extrêmement importante ? », la réponse est « oui ».

Maintenant, comment aller plus loin et faire mieux la prochaine fois ? Je rejoins un certain nombre de participants, c'est un effet de loupe sur les déterminants. Je voudrais tout de même dire que même si certaines publications montrent un certain nombre de déterminants environnementaux au niveau de l'Ehpad, il y en a probablement. Le déterminant environnemental le plus important est l'incidence du Covid autour de l'Ehpad. Les déterminants intrinsèques à l'Ehpad, il faudra continuer à les chercher, car, pour l'instant, pour construire l'Ehpad de demain, j'ai entendu cela, nous avons assez peu d'éléments leviers pour savoir quel type d'Ehpad de demain nous devons construire,

hormis la taille qui, c'est vrai, Vanessa Wisnia-Weill l'a rappelé, est un déterminant qui s'est retrouvé de manière consensuelle dans les différentes études.

Je voudrais enfin saluer les différentes recherches qui ont été menées par les associations, par les citoyens. Je trouve qu'elles complètent extrêmement bien les recherches plus académiques que je peux mener avec d'autres institutions. Encore une fois, merci.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup à vous, Madame, à la fois pour les pistes que vous ouvrez et le questionnement à nouveau sur la notion de parcours, donc pas sur un fléchage ou un virage. Je ne sais pas comment on peut l'appeler. Cela participera évidemment aux travaux à mener.

Y a-t-il d'autres réflexions ou questions ? Car le gong va bientôt sonner et notre carrosse va se transformer en citrouille.

**Pierre Czernichow.**-

Il est curieux que le milieu professionnel de la gérontologie, aussi acquis à l'idée qu'il faut considérer la santé des personnes âgées dans son ensemble, ait aussi facilement accepté de la réduire à la seule dimension infectieuse. On saisit bien la menace épidémique, mais on a du mal à comprendre qu'elle ait pu balayer aussi vite une culture professionnelle forte et ancienne.

S'agissant du comportement différentiel des professionnels des Ehpad rattachés aux hôpitaux, comparativement à ceux des établissements indépendants, nous constatons depuis plusieurs décennies des fermetures de lits continues dans les unités de soins de longue durée, qui semblent en extinction, avec un report de patients âgés malades et en perte d'autonomie désormais orientés vers les Ehpad, en alourdissant fortement les besoins d'aide et de soins des résidents de ces établissements. Dans le même temps, dans les seuls établissements de santé, un dispositif concernant la qualité et la sécurité des soins a été mis en place (risques liés aux soins, dont l'hygiène) qui n'existe pas dans les Ehpad, sauf pour ceux qui sont rattachés à un hôpital. La période épidémique illustre l'extrême difficulté d'Ehpad non rattachés à un hôpital pour répondre à des situations sanitaires difficiles. Alors que le rapprochement des dispositifs sanitaire et médicosocial restent l'orientation de référence en France, le dénuement de la plupart des Ehpad pour assurer les soins des résidents dont l'état de santé est plus dégradé n'a pas de réponse explicite.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci beaucoup.

En deux mots, car ce sera compliqué pour la table ronde suivante. Si vous pouvez faire votre observation en deux mots ou éventuellement la reporter à la table ronde suivante. Je suis désolée, mais il y a trois demandes de parole. Je ne voudrais pas trop empiéter, car nous avons déjà une vingtaine de minutes, mais nous avons démarré en retard. Cela étant, le programme est très riche.

**Céline Martin.**- Je m'engage à faire très court. C'est une question que je pose chaque fois que j'ai l'occasion de participer à des réflexions. Je ne voyais pas comment je ne pouvais pas la poser aujourd'hui. La vraie question, après tout ce que nous avons entendu ce matin – je suis arrivée en retard, j'en suis navrée – c'est finalement quelle part de liberté on donne aux personnes pour choisir leur prise de risque. La notion de risque face à une telle crise est importante à poser. Tout comme on se pose la question des directives anticipées à un moment donné, on doit se poser à l'avenir la question de la part de liberté qu'on laisse aux personnes pour décider du risque qu'elles prennent ou non. C'est fondamental, car on pourra se donner tous les moyens que l'on veut, créer tous les

outils que l'on veut, si à un moment donné on n'a pas cet espace de réflexion au départ, je pense que c'est de toute façon voué à l'échec.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci.

Stéphane Corbin.

**Stéphane Corbin.**- Merci. Je ne vais pas développer ni utiliser trop de temps de parole.

D'abord, vous dire vraiment la qualité de cette table ronde, qui répondait bien à la question. Parfois, on ignore ensuite un peu les intitulés en cours de route. C'est cette tension entre liberté et sécurité qui a été pesée par chacun.

Pour la CNSA, toutes les réflexions de cette table ronde, mais de la crise telle que nous avons pu l'avoir, créditent bien le fait qu'il faut réviser, revoir totalement le modèle. Le terme « autonomie », qui a été utilisé à plusieurs reprises, aussi bien dans les attentes des personnes, mais aussi dans ce que disait Jacques Doury sur la nécessité de rechercher des convergences entre les publics, est bien au cœur de ce que nous apprend cette crise. Si nous pouvons le résumer ainsi, finalement, tout ce que nous devons construire comme nouveaux modèles, notamment ces transitions vers le modèle domiciliaire, c'est comment on appréhende le soutien à l'autonomie plutôt que la prise en charge de publics dans un environnement plus ou moins institutionnalisé, plus ou moins sécurisant. C'est quelque chose qui interroge, cela a été beaucoup dit, à la fois les métiers, les services, les établissements, la manière dont on conçoit également les habitats, dont on conçoit la ville. Globalement, cela interroge notre politique publique.

Ce sont de très beaux enjeux. La crise est plutôt un révélateur de tout cela qu'une réelle apparition. C'était effectivement déjà sous-jacent, mais c'est très clairement aujourd'hui devant nous, à mon avis, comme réorientation des politiques de l'autonomie.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci.

Dix secondes pour vous.

**Nadia Sahmi.**- Donc, deux mots.

Attention aux raccourcis et attention à ne pas se tromper de paradigmes de base. Donner le choix, c'est créer des parcours résidentiels différents – cela a été une grosse demande et c'est toujours une demande énorme –, créer des parcours résidentiels seniors qui n'existent pas aujourd'hui et, on l'a dit, reconfigurer la ville. Attention aux raccourcis handicap-vieillesse. Dans le milieu du bâtiment, qui dit vieillesse dit handicap et ils appliquent la loi de 2005 pour tout régler. C'est une erreur fondamentale. Si nous voulons amener à nous les autres, le handicap, la vieillesse, mais c'est aussi l'illettrisme, la paupérisation, l'étudiant, l'isolement, l'isolé... Si nous voulons être bons, nous devons prendre tout le monde en considération, arrêter de cloisonner les sujets et de créer des lois en silo. Sinon, nous n'y arriverons pas et nous allons retomber dans les mêmes raccourcis, repartir des mauvais paradigmes et de fait, remettre en œuvre les mauvaises réponses politiques, bâties, organisationnelles et technologiques.

**Anne Caron-Déglise.**- Merci. Le témoin est transmis.

## TABLE 2. RESILIENCES ET PILOTAGES : ALERTES ET PROTOCOLES MOBILISABLES POUR SERVIR LES POPULATIONS AGEES ET LES PROFESSIONNELS DE PREMIERES LIGNES EN AIDES ET BIENS ESSENTIELS ET ASSURER LES COORDINATIONS TERRITORIALES

### I) Interventions

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Je passe la parole à Jérôme Jumel, qui va maintenant animer cette table ronde. C'est la seule de ces quatre tables rondes à être vraiment centrée sur la gestion de crise. Les autres, vous l'avez compris, revisitent finalement des questions que nous connaissons, qui sont des questions structurelles. Ici, nous serons centrés sur la gestion de crise.

**JEROME JUMEL, ADJOINT DE LA DIRECTRICE GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS) ET DIRECTEUR DE LA CELLULE DE GESTION DE CRISE**  
**L'ÉTAT EN TEMPS DE CRISE, QUEL PILOTAGE POUR PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT OU A DOMICILE ?**

**Jérôme Jumel.**- Merci beaucoup.

Même thématique, mais regard un peu décalé sur cette table ronde.

Je suis Jérôme Jumel, chef du service des politiques sociales et médicosociales à la DGCS et directeur de crise pour la DGCS depuis que je suis entré en fonction.

Cette table ronde vise à essayer, d'abord, de dresser le constat et de voir ce que nous pourrions conserver dans nos nouveaux modes d'action, de coopération et de gestion qui se sont mis en œuvre dans ce contexte de crise sanitaire. Le sujet a déjà été bien abordé dans les interventions précédentes.

Peut-être faut-il se replonger un peu dans le contexte que vous avez tous en tête. Lors du premier confinement, le 17 mars, presque tout s'arrête. Nous sommes tous dans une certaine forme de sidération. La Covid touche principalement les personnes âgées. Des chiffres remontent des établissements, notamment des Ehpad, sans que l'on ait vraiment réussi à les caractériser au début, puisqu'on ne testait pas systématiquement les personnes. Tout se met en place. Les connaissances scientifiques sont très peu développées. Les plans bleus et blancs ont été déployés en Ehpad le 11 mars. Les premiers protocoles, le sujet a été largement débattu, mais le premier protocole du 11 mars suspend les visites et les sorties en structure. On est vraiment sur une approche, comme vous avez pu le dire, assez restrictive.

Tout s'arrête, mais tout ne doit pas s'arrêter. On voit bien que les services essentiels doivent continuer en établissements médicosociaux, en soutien aux personnes isolées, évidemment. Vous avez souligné l'intervention des services et le rôle des services d'aide à domicile, nous y reviendrons, peut-être même dans le repérage de ces personnes isolées que l'on ne connaît pas forcément, avec des besoins nouveaux qui apparaissent, des besoins – le terme a aussi été évoqué – de temps de guerre, des besoins d'approvisionnement, des besoins d'aide alimentaire et, petit à petit, de distribution d'équipements de protection. On n'en avait pas du tout au début, lors du premier confinement. Ensuite, une logistique importante se met en place pour assurer la délivrance de ces biens devenus essentiels.

Dans cette crise, enfin, dans ce contexte de sidération, de nouveaux besoins, mais aussi de nouveaux acteurs et de nouvelles modalités de coopération apparaissent : beaucoup de volontariat, de bénévoles, de fonctionnaires, d'agents de différents services. Des actions se mettent en place de manière assez spontanée sur les territoires. Des acteurs que l'on attendait en première ligne ne sont pas forcément là. Ce n'est pas à moi de distribuer les bons points, mais certains acteurs institutionnels, peut-être pas forcément présents tout de suite et aussi occupés eux-mêmes dans leurs différents plans de continuité. D'autres acteurs très en proximité, les communes, les CCAS<sup>21</sup>, nous y viendrons dans les interventions, s'organisent. Des acteurs font de la distribution alimentaire. Ce n'est pas vraiment l'objet de la table ronde, même si cette distribution alimentaire a aussi bénéficié à des personnes âgées.

L'aide alimentaire, si nous nous arrêtons deux minutes, est assez évocatrice de notre problématique. Finalement, nous nous sommes rendu compte que nous ne savions pas vraiment qui était responsable de la distribution alimentaire entre les grandes associations labellisées, les financements européens, une action habituelle de distribution, les centres communaux d'action sociale, les départements. Les cartes ont été rebattues assez rapidement. Des associations de proximité ont fait de la distribution alimentaire alors qu'elles n'étaient pas habilitées à recevoir des dons, notamment en nature, et elles y ont été autorisées. Le paysage a été un peu redessiné et se restructure autour d'actions. Je ferme, mais cela montre bien des coopérations nouvelles, des modalités d'action nouvelles et ce que nous pouvons ou non conserver.

Rapidement, les choses se sont structurées du côté des pouvoirs publics : des protocoles rapidement plus équilibrés, avec le protocole dit « Guedj du 20 avril » qui essaye d'être plus pondéré entre la conciliation de cette protection et de cette liberté, avec toutes les limites – loin de moi l'idée d'en faire la défense – que vous avez soulignées pendant la première table ronde ; des modalités d'action nouvelles pour l'État, une concertation forte, des réunions hebdomadaires avec les différentes fédérations qui durent encore au niveau des ministères, des modalités de distribution logistique, notamment de pays qui s'organisent avec les agences régionales de santé, les départements, les communes, et de nouvelles modalités de mise en œuvre.

La mise en évidence de choses qu'il fallait déjà faire, cela a été beaucoup dit. La crise met sur le devant de la scène des choses que nous connaissions déjà. Sur le virage domiciliaire, sur l'encadrement en Ehpad, nous avons déjà le premier rapport Libault, pour ne citer que les plus récents. Depuis 2018, toutes ces choses étaient au travail, même depuis bien avant. Finalement, la

---

<sup>21</sup> Centres communaux d'action sociale.

crise intensifie la nécessité de cette mise en œuvre. Ces coopérations nouvelles et ces interventions nouvelles se font jour aussi dans les différents secteurs.

La table ronde, pour y venir directement, va nous aider à :

- voir un peu dans différentes structures ou champs d'intervention, que ce soient les établissements médicosociaux, les services d'aide à domicile, les CCAS, les caisses de retraite, notamment l'action de la Cnav ;
- nous interroger sur le rôle des conseils départementaux de citoyenneté et de l'autonomie, donc le rôle de la participation des personnes qui a déjà été souligné, voir comment ces structures s'organisent elles-mêmes, comment elles coopèrent différemment avec les pouvoirs publics ;
- puis voir, de ces différents partenariats, différentes actions et modalités de travail qui sont mis en œuvre, ce que nous pouvons ou ce que nous devons conserver ou faire différemment à l'avenir.

Pour commencer directement, madame Maryse Duval, vous êtes directrice générale de SOS Seniors (101 établissements et services, 69 Ehpad), acteur conséquent dans le champ des personnes âgées. Vous allez nous livrer un peu vos constats sur cette thématique et ce qu'il faudrait garder. Peut-être un constat sévère sur la première période de ce confinement à l'égard des acteurs que l'on attendait, mais je vous laisse le dire à ma place.

#### A) MARYSE DUVAL, DIRECTRICE GENERALE DU GROUPE SOS SENIORS MONTEE EN QUALITE DES NORMES D'HYGIENE DANS LES EHPAD, DISPARITES PUBLIC / PRIVE POUR L'ACCES A LA RESERVE SANITAIRE, OUBLI DE CERTAINES PROFESSIONS DANS LES DISPOSITIFS NATIONAUX

**Maryse Duval.**- Merci à toutes et tous. Merci, monsieur Jumel, pour cette introduction.

Sévère peut-être, mais lorsque vous dites que tout s'arrête, tout s'arrête, sauf dans notre champ. Les femmes et les hommes, nous avons tout de même été sur le pont 7/7 jours, 24/24 heures. Lorsque vous dites, madame, que le confinement a été propice aux retrouvailles au sein de la cellule familiale, je peux vous dire que mes directeurs et mes directrices n'ont pas beaucoup vu leurs enfants et leurs maris pendant toute cette période. Cela a été assez compliqué pour l'ensemble du personnel. Effectivement, tout s'arrête dans la rue, les rues sont vides. Sauf que nous, nous sommes au charbon. Nous sommes en train de chercher des masques et des équipements de protection individuelle, de nous battre pour trouver des produits pour accompagner au quotidien les résidents, car il n'y a pas de médicaments, tous les médicaments ne sont pas disponibles. C'est une guerre, une lutte qui a été compliquée, surtout pendant la première période de confinement. Je suis d'ailleurs venue avec une directrice d'établissement et notre directeur médical, qui vont vous dire quelques mots juste après moi.

Sinon, au niveau des enseignements, une impréparation générale et collective, vous l'avez soulignée, logistique et opérationnelle, des niveaux de compréhension très différents entre les ministères et la partie très opérationnelle sur le terrain, une communication cacophonique. Souvent, les annonces ministérielles, voire présidentielles, étaient faites bien en amont du côté opérationnel, c'est-à-dire des directives, des décrets, etc. Parfois, les familles nous appelaient en disant : « J'ai

*entendu que* ». Oui, sauf que nous n'avions pas concrètement sur le terrain le décret, la circulaire ou la recommandation qui nous permettait d'avancer.

Concrètement, au niveau de l'organisation du secteur, sur la *slide* suivante, nous avons constaté un pilotage des ARS très défaillant. C'est simple : l'ARS est une agence de régulation et on lui a demandé, du jour au lendemain, de passer en mode opérationnel, de distribuer des masques. Elle n'était absolument pas outillée et prête, en tous les cas, à cette nouvelle fonction. Beaucoup de fonctionnaires étaient confinés chez eux. En fait, il y avait très peu de monde dans les ARS. Le téléphone sonnait souvent longtemps et personne ne vous répondait. Cela a été assez compliqué au départ.

Les départements ont été relativement absents pendant le premier et le deuxième confinement.

En revanche, les mairies, surtout les petites mairies, là où il y a une proximité avec le terrain, là où nous avons déjà l'habitude de travailler, ont vraiment été de très bons relais. Pourquoi sollicitons-nous les mairies ? Lorsqu'on nous a demandé de confiner les résidents en chambre, nous n'avions pas de chariots pour distribuer les repas, car l'Ehpad n'est pas outillé de cette façon. Les résidents descendent en salle à manger. Le service en chambre, c'est deux ou trois repas. Cela se passe ainsi habituellement. Nous n'étions pas outillés. Du jour au lendemain, on nous a demandé d'inverser, de changer, de modifier nos pratiques. Nous n'avions simplement jamais réfléchi à comment nous devons nous organiser pour réaliser ce que l'on nous demandait du jour au lendemain. Les mairies ont été de bons relais, car, avec les cantines, elles avaient déjà ces outils. Nous avons pu, avec ces relais de proximité, répondre à la demande du ministère.

On l'a souligné, une absence de plan territorial de gestion de crise. Vous disiez, président, que nous avons finalement peu appris de la canicule. Nous avons tout de même eu le plan bleu canicule, réponse aux situations d'extrême chaleur. En revanche, pour cette crise particulière qui a duré et perduré jusqu'à aujourd'hui, il n'y avait pas de modèle. Aucun modèle n'existait, ni économique ni sanitaire. Nous étions dépourvus de repères.

En revanche, des acteurs de terrain nous ont beaucoup aidés, vous l'avez dit, monsieur Jumel, au niveau de la distribution de nourriture, de denrées, etc. Un élan de solidarité est très vite arrivé, de proximité, pour aider nos professionnels : du covoiturage, des élans de personnes qui ont fabriqué des masques en tissu, voire des blouses, lorsque nous étions dépourvus de tout matériel.

À l'échelle du groupe SOS, qui est un acteur privé non lucratif associatif, nous avons plus de 500 établissements (jeunesse, handicap...). Nous avons une cellule groupe pour échanger à la fois les bonnes pratiques et les niveaux de compréhension des circulaires que nous recevions. À l'échelle du groupe SOS Seniors, donc des 70 Ehpad, résidences services, résidences autonomie, le D<sup>r</sup> Deschamps, notre directrice médicale, a piloté une cellule de crise avec ses confrères, voire des gériatres extérieurs qui participaient à nos échanges de bonnes pratiques pour simplement s'informer et essayer d'être le plus réactifs possible par rapport à ces situations.

Nous avons là aussi commencé à utiliser les outils de visioconférence, qui nous ont largement aidés à communiquer avec nos établissements, à l'extérieur, les familles, les résidents entre eux et avec leurs familles. Tout cela s'est mis en route. Les chaînes de commandes, d'achats et d'approvisionnement également, nous avons cherché à commander en Chine. Lorsqu'on n'a pas l'habitude, il est extrêmement compliqué de commander à des pays avec lesquels on n'a pas la

même langue, on n'a pas la même logistique, etc. Ils étaient très sollicités, car ces carences d'équipements de protection individuelle étaient une pénurie quasi mondiale.

Il a fallu aussi rapidement nous former, puisque nous avons des formations du personnel, mais sur des épisodes de grippe ou des épisodes de gastro-entérite. Ils sont très limités dans le temps, cela dure une semaine. Pendant une semaine, on arrive à gérer. Là, une période où vous avez à la fois des salariés touchés par la maladie, des salariés parfois... nous avons été jusqu'à louer des chambres d'hôtel pour que certaines salariées puissent venir travailler, car les maris ne voulaient pas qu'elles rentrent à la maison, en disant : « *Tu vas nous apporter le Covid à la maison* ». Vraiment des situations très particulières. Des personnes ont parfois dormi sur place, car nous manquions de personnel pour assurer la nuit ou les journées du lendemain.

Puis, un appel au renfort sanitaire inexistant. C'est-à-dire que les infirmières qui voulaient participer et peut-être avoir un apport revenaient en tous les cas sur la réserve sanitaire. Elles privilégiaient les services de réanimation, les services d'urgence des hôpitaux, mais sans doute pas les Ehpad. Nous avons vraiment eu zéro apport de renfort sanitaire. Cela a été un peu compliqué. Heureusement, nous avons eu, à partir d'avril, un apport des CPIas<sup>22</sup>. Ce sont ces cellules d'hygiène qui travaillent auprès des ARS, avec des infirmières hygiénistes qui sont venues à partir de fin avril dans nos établissements pour nous outiller, pour nous aider en tous les cas à mieux appréhender ces problématiques d'infection, de lutte contre l'infection liée au Covid.

Je voudrais qu'Amandine et Emmanuelle, très rapidement, sur mon temps de parole, en deux minutes, nous livrent leur ressenti.

**Amandine Bonne.**- Bonjour. Je suis directrice d'un Ehpad à Strasbourg du groupe SOS Seniors, qui a été violemment touché lors de la première vague.

Mme Duval disait quelque chose de très vrai : tout s'est arrêté, sauf nous. Chaque jour, nous avons des annonces supplémentaires de choses qui s'arrêtaient. Je me souviens, le summum était l'arrêt du tram, d'un coup, à Strasbourg. La CTS<sup>23</sup> s'est arrêtée à Strasbourg. J'ai appelé ma direction générale en disant : comment faire ? Nous avons déjà la moitié des salariés qui ne sont plus là. Comment fait l'autre moitié pour venir ? Nous nous sommes donc organisés les premiers jours. Après, je pense que l'Eurométropole a remis en place un service minimum et cela fonctionnait.

Oui, le terme de « guerre » a semblé violent à entendre pour certaines générations, je le comprends parfaitement. Néanmoins, nous, pendant cette période qui n'a, certes, pas été très longue, c'est vraiment ce que nous avons vécu, ce que nous avons ressenti. Nous étions tout de même en guerre contre un ennemi invisible. Nous sommes rentrés dans l'épidémie avec trois jours d'avance par rapport au confinement national. Trois jours, nous le savons maintenant, c'est la durée d'incubation du virus. Ces trois jours, c'est ce qui a tout fait, c'est ce qui a disséminé le virus dans l'établissement. Nous avons systématiquement ces trois jours de retard. Après, nous courions vers quelque chose que nous ne connaissions pas. Il faut tout de même rappeler la réalité : nous sommes rentrés là-dedans, nous n'avions pas de matériel et nous n'avions pas de tests. Il était annoncé au niveau des médias que le personnel soignant, y compris dans les Ehpad, serait prioritaire, mais cela n'a jamais

---

<sup>22</sup> Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.

<sup>23</sup> Compagnie des transports strasbourgeois.



été le cas. J'ai des salariés qui ont eu des symptômes, qui n'ont jamais été testés en PCR à l'époque et qui ont pu en avoir le cœur net au moment où nous avons fait des tests sérologiques.

Pour nous, c'était extrêmement complexe, car nous naviguions complètement à vue. J'avais l'impression d'être à la tête d'un bateau, mais avec un bandeau sur les yeux et du brouillard partout. Finalement, après, les autorités sanitaires nous disaient qu'il fallait sectoriser. Nous avons eu un magnifique document de 40 pages à peu près, très bien écrit, avec des illustrations, très bien mis en page, qui nous expliquait comment nous devons sectoriser un Ehpad. Il m'est revenu ma précédente vie professionnelle, lorsque je travaillais à l'agence régionale de santé. J'y étais au moment de la création des ARS. Dans le champ médicosocial, nous faisons déjà ce constat à l'ARS : ceux qui ont pris les postes de direction étaient beaucoup des directeurs d'hôpitaux qui avaient une vision très sanitaire du secteur. Lorsque j'ai vu ce document, j'avais vraiment l'impression de revenir en arrière et de voir un document écrit par un directeur d'hôpital, qui ne sait même pas comment fonctionne un Ehpad.

Lorsque nous les avons au téléphone, car ils nous demandaient des statistiques, il fallait garder notre calme, donner les statistiques et éviter de leur dire tout le bien que nous pensions des documents complètement aberrants qu'ils nous envoyaient, avec la mise en place de zones tampons, de zones pour des personnes suspectes, mais dont on ne connaissait pas le statut. C'était une méconnaissance totale de notre réalité. En temps normal, nous sommes déjà à flux très tendus. Multiplier les équipes, faire des équipes dédiées... La réalité, je ne l'apprends à personne. En Ehpad, la nuit, qui a deux aides-soignantes ? Qui peut faire des secteurs la nuit ? Qui a suffisamment d'infirmières pour en avoir une à chaque étage ? Personne et certainement pas pendant cette période.

C'est tout de même ce qui est resté : la débrouille. Je crois qu'il y a même eu des choses finalement assez amusantes en matière de débrouille : des médicaments que l'on déposait chez moi, car il n'y avait plus rien dans les pharmacies à Strasbourg, nous nous appuyions donc sur notre réseau en Moselle ; des trocs de masques avec des collègues directeurs sur le parking des hôpitaux universitaires, tous coffres ouverts, à regarder autour de nous, car c'était devenu la chose la plus précieuse que nous avions.

Néanmoins, quelque chose d'inédit, car aucun repère extérieur. C'est vraiment ce que nous retenons aussi de cette crise que, peut-être, on ne revivra plus, je l'espère, et qu'on ne vit, je pense, qu'une fois dans une vie professionnelle. C'est quelque chose pour lequel on n'a rien. On a des plans bleus. Je peux vous dire que nous avons un plan bleu, le mien fait 125 pages. J'ai à peu près tout, les explosions Seveso, la grippe, j'ai aussi le moustique tigre ; beaucoup de plans d'action dans mon plan bleu, mais le Covid, je n'avais pas. Finalement, personne ne l'avait non plus. Nous nous appelions donc en nous disant : que faire ? Comment...

**Jérôme Jumel.**- Excusez-moi. Anne, vous aviez raison. Il est cruel de couper une intervention passionnante. Il reste une minute en tout pour les trois interventions.

**Amandine Bonne.**- Pardon. Je m'arrête, alors.

**Maryse Duval.**- Merci à Amandine Bonne. Je crois que nous n'avons pas le temps d'écouter le D<sup>r</sup> Deschamps, mais nous l'écouterons peut-être pendant... Je préfère laisser mon temps au docteur pour nous expliquer son ressenti. Je pense que c'est bien plus pertinent que mon intervention. Emmanuelle Deschamps, je vous en prie.

**D<sup>r</sup> Emmanuelle Deschamps.**- Merci. Bonjour à tous.

J'aurais dit à peu près les mêmes choses qu'Amandine Bonne. Vu du côté médical, dès avant le premier confinement, on a commencé à se rassembler plusieurs fois par semaine *via* les visioconférences entre médecins pour essayer de comprendre ce qui se passait, essayer de prendre les meilleures mesures, les plus adaptées. Toutefois, il y a vraiment une grosse différence entre la première vague, le premier confinement et la suite. Le premier confinement, on était face à un virus qu'on ne voyait pas, qu'on ne connaissait pas et dont on pensait qu'il était mortel. Notre objectif était donc de sauver la vie de nos résidents, de la sauver à tout prix. On ne s'est donc intéressé qu'à la santé physique. La santé mentale et le bien-être sont passés au second plan. On voyait cela comme quelque chose d'aigu, de fulgurant, de mortel et il fallait qu'on se préserve. Ensuite, on a vu qu'on allait continuer à vivre avec. Il y a eu les confinements suivants, les vagues suivantes que l'on a abordés complètement différemment, car on avait tiré les enseignements de la première vague.

Je n'irai pas plus loin, car je rejoins tout ce qu'Amandine Bonne a dit.

**Jérôme Jumel.**- Merci beaucoup, docteur.

On voit vraiment sur ces interventions le rôle de première ligne du secteur, peut-être seul acteur présent à un moment. Si l'on s'intéresse à la thématique de la table ronde, que devons-nous garder ?

Ce que je retiens de vos interventions, peut-être même aussi en creux, ce sont ces coopérations de proximité, notamment avec les communes. Nous sommes peut-être déjà dans cet Ehpad de demain, ouvert sur son territoire, dans une logique un peu citoyenne et de vivre-ensemble. Je retiens les outils, c'est le propre de toutes les organisations, les liens, les visioconférences, etc., que l'on a pu avoir.

Sur les ARS, pour le tourner différemment, les ARS ont peut-être découvert la logistique, mais fortement, du coup, puisque, après les distributions de pays, il y a eu l'organisation des tests, puis surtout la vaccination. On est et vous êtes sur les campagnes de rappel pour les personnes âgées. On peut dire, sans trop s'avancer, qu'elles se sont emparées pleinement du pilotage de ces sujets. Si j'ose encore pousser plus en creux vos propos, elles ont découvert pleinement le champ médicosocial. C'est l'objet d'échanges chaque semaine, cela remonte directement des directeurs généraux d'ARS, alors que, il y a dix-huit mois, ce n'était peut-être pas la préoccupation première, si j'ose dire. En tout cas, c'est ce que vous relatiez.

## B) ISABEL MADRID, MEMBRE ELUE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNCCAS<sup>24</sup> SYSTEMES D'ALERTE ET DE PRIORISATIONS DANS LES CCAS, LIENS AVEC LES ACTEURS ECONOMIQUES LOCAUX

**Jérôme Jumel.**- Pour avancer sur la table ronde, je crois que nous sommes en visio avec Mme Madrid. Je cherchais Luc Carvounas.

Vous représentez l'Unccas. Votre intervention est intéressante à double titre, à la fois comme gestionnaire d'établissement de service public dans le champ médicosocial vous-même, mais aussi réseau d'acteurs de solidarité et de proximité. Vous aviez des *listings* de personnes âgées isolées. Vous avez coopéré pour intervenir avec les associations et les établissements. Je vous cède tout de suite la parole pour nous donner votre regard sur cette période et les coopérations et leçons à tirer.

**Isabel Madrid.**- Merci. Je représente l'Union nationale des CCAS. Cela représente près de 8 800 villes.

Madame, juste pour dire que vous n'étiez pas seule. En réalité, si l'on regarde bien, il n'y avait pas que les Ehpad, il y a eu les soignants, tous les accompagnements, tout ce qui faisait la relation humaine. Les CCAS en faisaient partie, comme bien d'autres, les associations, vous en avez parlé, Monsieur. En réalité, le citoyen, en cas de difficulté, se tourne vers une ville, sa ville. C'est son identité. La ville, son bras armé, c'est un CCAS, en tout cas à destination des personnes qui ont besoin d'aide. Il y a une diversité, cela dépend des territoires. Il y a les villes, les campagnes, puis les villégiatures, il ne faut pas les oublier. Il y a eu une transhumance de personnes pour certaines régions, y compris de personnes âgées, qu'il a aussi fallu accompagner.

Bref, face à cette urgence, comment un CCAS a-t-il pu s'organiser ? Chaque fois, tout dépend des territoires, de la façon dont il a pu fédérer et articuler tous les acteurs sur les personnes vulnérables. Si l'on parle de cela, il a donc fallu être agile très vite. Madame parlait de chariots. On va demander à la ville, la ville va demander à son CCAS où l'on trouve des chariots. Il faut répondre très vite à cet Ehpad. Il faut répondre demain, si possible le soir même. Vous avez eu cela partout et pour tout. Vous parliez des crèches, comment répondre dans une crèche lorsque le protocole arrive et qu'il faut répondre 24 heures après ? Comment faire pour les sans domicile fixe ? L'ARS nous appelle en demandant : « *Faites-vous quelque chose ?* » Oui, bien sûr, nous faisons quelque chose, mais comment avons-nous pu nous organiser ? Il a fallu nous organiser dans l'urgence, c'est vrai, mais il a fallu ensuite nous organiser dans la durée, car cette crise est longue, très longue.

Si l'on parle de cela, il a fallu d'abord regarder, créer une cellule de crise, identifier les besoins et les publics. Nous avions les sans domicile fixe. Pour les villes étudiantes comme la mienne, je viens de Talence, une ville universitaire à côté de Bordeaux, il y avait les étudiants, la précarité étudiante, toutes les personnes précaires, les associations qui voulaient continuer à agir, à distribuer l'aide alimentaire, mais qui avaient des besoins de logistique. Il y avait, bien sûr, les Ehpad, etc., des besoins aussi sur les personnes à domicile. J'ai beaucoup aimé l'intervention de plusieurs sur l'idée du « maintien à domicile ». Ce mot est devenu horrible en temps de crise. C'est-à-dire qu'on les contraint à rester à domicile.

---

<sup>24</sup> Union nationale des centres communaux d'action sociale.

Nous avons appris une chose, les CCAS et tous ceux qui étaient sur le terrain, c'est que l'autre devenait aussi un danger. C'est-à-dire que l'on venait accompagner quelqu'un, on venait le soulager, on venait soutenir, apporter à son quotidien du bien-être, mais on devenait soi-même un danger pour la personne âgée ou pour les personnes handicapées. Il a donc fallu former et rassurer nos équipes, garantir à notre public que nous étions là pour eux, dans le bien-être, que nous prenions toutes les mesures possibles, mais l'inconnue du virus était tout de même présente. La vaccination n'existait pas. Le début de l'urgence a été très difficile.

Vous parliez de l'ARS. Franchement, nous continuons de rester inconnus au bataillon. Lorsqu'un conseil régional de l'ARS est organisé, ils ne prennent jamais les CCAS au sein des conseils. Je crois que nous sommes à peu près inexistantes.

Une fois que nous avons rassuré et trouvé les bons gestes pour nos équipes, être présents auprès de toutes les identités nous a demandé de trouver et de nouer des référents. Nous nous sommes totalement réorganisés. Nous avons créé une cellule de crise. Il existe beaucoup d'exemples de différents CCAS, puisque chacun a essayé de réagir en fonction de son territoire et de son organisation propre. Il a fallu très vite créer une cellule de crise avec des référents. En même temps, nous avons créé un numéro unique. Ce numéro unique a permis aux familles de nous appeler, mais aussi à tous les acteurs du territoire qui voulaient ou qui avaient besoin de coopération avec le CCAS.

Pourquoi parlé-je de ce numéro unique pour les familles ? Car je pense qu'il est très important. Certaines familles étaient très éloignées. C'est la vie, c'est notre société aujourd'hui. Avant, on gardait nos personnes âgées avec nous. Maintenant, on s'est un peu éloigné pour le besoin d'emploi. Ces familles nous appelaient, tout simplement, en disant : « *Ma mère est seule. Je voudrais que vous fassiez quelque chose. Que comptez-vous faire ?* ». Tout de suite, nous avons expliqué un peu et équilibré après. Ce que je veux dire, c'est que, brusquement, on est devenu consommateur de services publics. Il fallait répondre à ces demandes totalement multiples. Cette organisation était tout de même très complexe pour nous, car nous n'étions pas habitués à avoir autant de demandes aussi diverses et ce besoin d'immédiateté des réponses.

L'enseignement que nous tirerons de cela est vraiment de – du reste, beaucoup de CCAS vont le faire et l'Union va bien sûr nous y aider – créer un guide de crise afin de tirer des enseignements pour chacun de nos services. Ce devoir de rester agile, ce devoir aussi de rester ouvert. Un CCAS, c'est beaucoup d'aides facultatives, de personnes qui ont des difficultés pour terminer leur mois, parfois leur semaine, qui ont besoin d'argent. Donc, toujours rester ouvert et toujours aller vers les autres.

Aussi, une gestion qui a été nouvelle pour nous, celle des bénévoles. Le citoyen a été merveilleux. Cette crise est aussi celle d'une révélation. Des citoyens avaient envie d'aider et téléphonaient en demandant ce qu'ils pouvaient faire. Nous n'étions pas tellement habitués à gérer cela. Même si nous faisons partie, madame parlera sans doute tout à l'heure de Monalisa<sup>25</sup>, il y a des équipes citoyennes, mais ces équipes sont déjà formées. Elles savent comment s'approcher de la personne handicapée ou de la personne âgée, elles connaissent donc la manière de faire. Les autres, il fallait leur trouver une activité. Nous ne pouvions pas... Beaucoup ont fait des blouses, car j'ai oublié cela : les Ehpad n'avaient pas de blouses. Nous avons fabriqué un modèle, beaucoup de villes ont fabriqué

---

<sup>25</sup> Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés.

des modèles de blouses. Nous avons pris de vieux draps et nous avons fabriqué des blouses, car nous en étions là, les Ehpad manquaient de blouses. Pour vous donner des exemples, nous leur avons proposé d'aller faire des courses, car les personnes âgées ne voulaient plus sortir. Il a donc fallu créer des modèles de courses et trouver comment faire payer la personne âgée. Puis, la personne âgée est formidable, mais elle veut parfois exactement le produit, la marque est très importante. Il a donc aussi fallu gérer ce petit quotidien, mais qui fait partie du bonheur de tous les jours.

Toutes ces petites choses ont été quelque part très difficiles à mettre en œuvre, car nous avons eu beaucoup de publics à gérer et des publics différents. Je rappelle ce côté des référents, qui a certainement été pour nous la chose la plus utile à faire.

Si nous pouvons aussi retenir quelque chose, ce sont tous les CCAS qui travaillaient déjà en réseau. Si nous travaillions déjà en réseau avec les Ehpad, il n'y avait plus aucun problème. Ils savaient très bien quel était leur référent, ils appelaient. Les associations, exactement la même chose. C'est aussi assez important. Si nous avons déjà des groupes, l'habitude de travailler avec des médecins, des infirmiers, des kinés, nous leur envoyions un petit courrier : quel était le mode de faire, à quel moment ils pouvaient nous appeler et sur qui ils pouvaient s'appuyer. Ce n'était pas forcément nous, mais nous avons créé un petit guide qui permettait à chacun de se repérer et d'aider. Je pense que c'était des choses assez importantes.

Si l'on parle de la veille sociale, monsieur, vous reveniez tout à l'heure sur le plan canicule. En réalité, le plan canicule nous a beaucoup aidés, car c'est l'obligation de faire un registre des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est à partir de ce registre que nous avons pu contacter tout le monde. Tout le monde, cela signifie qu'il faut prendre son téléphone, en plus de tout ce que nous avons à faire, et leur demander tout simplement : « *Comment allez-vous ? Avez-vous besoin de quelque chose ? Avez-vous des proches à côté de vous ?* » Bref, rassurer, puis rassurer pour la vaccination : « *Comment allez-vous vous faire vacciner ? Il va falloir ressortir. Qui va pouvoir vous accompagner ?* »

La plupart des CCAS ont justement fait appel aux villes dont ils dépendent en demandant : tous les services n'étant pas actifs (sports, petite enfance au début), qui pouvait être volontaire pour venir donner un coup de main ? Cela a été assez simple. Nous avons pu aller dans des résidences autonomie. Nous avons surtout pu passer ces fameux appels, la plupart des villes. C'est-à-dire que nous avons formé, nous faisons des formations par vidéo ou par visio. Nous leur apprenions à poser les bonnes questions aux personnes âgées. Cela nous a permis d'effectuer un appel, certains CCAS l'ont fait au quotidien. J'avoue que, à Talence, nous avons fait cela une fois par semaine, mais c'était beaucoup. La réponse a été très importante. Les personnes étaient un peu rassurées, en réalité, car certaines n'avaient pas beaucoup de contacts, il faut l'avouer. La plupart des villes ont un Pôle Senior. Vous savez, le senior que l'on voit toujours dans la photo est toujours très actif, il a le cheveu gris, il est très sportif, etc., toutes les activités des jeunes seniors. Nous avons aussi décidé de les appeler et nous avons constaté là aussi ce besoin d'être rassuré, d'être écouté et entendu.

Nous pouvons dire à ce sujet que le volontariat de nos services, les villes, les bénévoles formés, ceux de Monalisa, les équipes citoyennes, etc., ont été un vrai bonus. Cette citoyenneté est plus que jamais essentielle lorsque les choses vont mal.

Oui, le plan canicule nous a aidés. Avoir ce fichier nous a aidés à avoir une relation avec les médecins, les pharmaciens, pour leur dire un peu ce que nous pouvions faire. Cela reste à améliorer.

Cette cellule de veille, il va falloir l'augmenter. Le Covid nous a appris cela. En effet, un commerçant, c'est la proximité. Madame parlait des 30 mètres. Vous parliez, je crois, du boulanger qui est à 30 mètres. Si le boulanger ne voit plus une personne âgée, au bout d'un moment, il peut tout de même s'en étonner. Vers qui va-t-il se tourner ? Le mieux est qu'il se tourne vers ce numéro des CCAS que la plupart des villes ont mis en place. C'est alerter et on fera un passage, on regardera. C'est \*03'11'12 des réponses. On peut le faire avec les commerçants, les comités de quartier. Maintenant, avec la démocratie participative, il y a des conseils communaux, des conseils de quartier. Toutes ces personnes sont des bénévoles, mais aussi des acteurs de la veille sociale. À l'Union nationale des CCAS, nous pensons que cette veille sociale doit être élargie. On doit la penser au niveau d'un territoire, l'organiser au mieux. Elle nous servira justement pour être encore plus vigilants pour les cas de canicule – on n'en a pas eu cet été – ou toutes les autres crises que l'on pourrait avoir. Il y a donc un côté positif.

Dernier point important pour l'Union nationale des CCAS, ce sont les vaccinations. Cela a tout de même été, pour les personnes vulnérables, à la fois un questionnement, mais aussi une organisation à mettre en place. Là, on est venu chercher les CCAS, tout simplement. Les personnes auxquelles nous demandions comment elles allaient, pour certaines, nous leur avons demandé si elles voulaient être accompagnées pour aller se faire vacciner, car elles avaient peur. Elles avaient peur de ressortir. On perd vite, lorsqu'on est âgé, lorsqu'on est handicapé, on a des problèmes d'organisation, on a aussi un peu perdu ses repères. Il a donc fallu les accompagner. Nous continuons de les accompagner. Vous savez qu'il y a la troisième vague. Nous avons donc repris notre petit coup de téléphone, nous recommençons et nous proposons à nouveau. C'est dans la durée que nous nous inscrivons. Je pense que tous les freins et toutes les inquiétudes sont loin d'être levés face au Covid, en tout cas pour les publics les plus vulnérables que nous accompagnons.

Si j'avais des messages, ce serait que l'ARS nous intègre dans ses conseils nationaux et régionaux. Je l'ai déjà dit, la fonction publique territoriale doit être reconnue. Vous savez que, avec le fameux avenant 43, les salaires vont être revalorisés. C'est tant mieux pour nos aides à domicile. Cependant, la fonction publique est totalement oubliée, voire exclue de cette revalorisation, si bien que notre inquiétude – qui a d'ailleurs été portée par le Haut Conseil – fait que nous nous demandons ce que sera demain un service public pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Franchement, je ne vois pas ce qui intéresserait à venir travailler pour un CCAS.

J'ai relevé le mot « autonomie ». Franchement, il a été mis à mal dans la crise. Tous les CCAS et les conseils départementaux qui avaient une résidence autonomie à gérer, le mot n'avait plus aucun sens, puisqu'ils ne pouvaient plus rien faire. Ils ne pouvaient plus sortir, ils ne pouvaient plus jouer aux cartes. Je pense que le mot « autonomie » a parfois eu du mal à prendre du sens.

Enfin, le numérique, je tiens à dire que c'est tout de même un plus, c'est en tout cas ce que nous a appris cette crise, pour rester en lien avec notre personnel, pour continuer à les former, pour permettre aux familles d'être en lien avec les personnes âgées. Nos aides à domicile, pour la plupart d'entre nous, avaient un téléphone portable. Nous demandions à leurs proches s'ils voulaient parler avec leur mère, leur père, leur sœur, leur frère. On pouvait donc garder ce lien. Les aides à domicile qui allaient à domicile pouvaient créer ce lien. Le numérique est donc un plus, mais il faut bien former les personnes âgées à ce nouveau média.

Enfin, vous posiez la question de la gouvernance. Je recommande de s'adosser aux territoires à chaque fois. Derrière cette expérience *macro*, ces réflexions *macros*, le territoire est une ressource formidable. Au quotidien, nous sommes en lien les uns avec les autres. C'est d'abord notre devoir et notre engagement de nous occuper de nos concitoyens. Faites-nous donc confiance, faites confiance aux villes, faites confiance aux CCAS.

**Jérôme Jumel.** - Merci beaucoup, madame Madrid. Vous nous donnez des exemples très concrets d'outils qui pouvaient préexister depuis le plan canicule, mais que vous avez su faire vivre et renforcer : cellule de crise, référents, publication de guide, numéro unique, mobilisation des bénévoles, des outils vraiment pratiques pour la crise. Vous évoquez l'importance de la veille sociale et de la coordination qu'elle implique entre des acteurs qui ne sont pas issus du champ médicosocial ou même du champ social tout court, mais qui sont des acteurs de la vie de proximité. Quelque part, cela fait écho à vos propos, Madame, sur la manière dont on doit penser la vie de ces personnes âgées et de ces lieux. Finalement, ce sont certainement des choses à pérenniser, vous le faites sûrement, au-delà de la crise. C'est la manière dont on travaille certainement.

Si vous répondez, je vous y invite, à un autre point qui m'a interpellé dans votre intervention, nous notons – des actes serviront d'ailleurs à cela – la place de l'ARS, qu'elle fasse une place aux CCAS. J'ai été surpris que vous ne parliez pas du rôle des préfets. L'article L. 116-3 du CASF prévoit un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées ou en situation de handicap en cas de risques exceptionnels. A-t-il été activé ? C'est peut-être un acteur de proximité évident sur ces questions.

**Isabel Madrid.** - Il a bien sûr été activé, mais c'est une organisation qui n'était pas aboutie face à une crise d'une telle ampleur, qui affectait l'ensemble des populations. Personne n'avait un jour pensé que nos propres accompagnements qui viennent aux domiciles seraient un jour un risque pour les personnes âgées. Il a fallu nous réinterroger sur tous nos *process*. Je pense que c'est la même chose dans les Ehpad, un peu partout. C'était pareil dans les crèches, pour tout ce qui avait du contact, qui était de la relation humaine. Nous nous sommes tous reposés ces questions, mais bien sûr que ces plans existent. Les préfets ont été présents et nous avons, bien sûr, un référent auprès de la préfecture.

La question n'est pas si l'existant nous a servi. La réponse est qu'il a fallu aller bien au-delà. Nous nous sommes appuyés sur l'existant, mais il a fallu aller bien au-delà. C'est la diversité des réponses qui a certainement fait la complexité de nos interrogations et de trouver chaque fois le bon interlocuteur. Ensuite, il nous a paru très intéressant de nous réinterroger aujourd'hui et de servir de référence. L'Union nationale des CCAS et le président Luc Carvounas ont voulu créer un livre blanc, que nous remettrons aux différents candidats à la présidentielle. Effectivement, les CCAS peuvent fédérer aujourd'hui une réponse territoriale. C'est peut-être ce qu'il faut retenir. Villes et CCAS, c'est exactement la même chose. Les CCAS sont simplement la partie des villes qui, avec les partenaires comme le conseil départemental, etc., s'occupent déjà des personnes vulnérables.

**Jérôme Jumel.** - Merci beaucoup.

### C) FREDERIQUE GARLAUD, DIRECTRICE NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE A LA CNAV QUEL PILOTAGE POUR PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DES RETRAITES CONFINES A DOMICILE ?

**Jérôme Jumel.**- Pour continuer ce regard dans cette table ronde sur les pratiques innovantes qui ont pu émerger pendant la crise, innovantes ou nécessaires, en tout cas nouvelles, notamment pour favoriser le lien social, je passe la parole à Mme Frédérique Garlaud. Vous êtes directrice nationale de l'action sociale de la Cnav, la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Vous avez mis en place un outil, un maintien de lien social à travers des appels téléphoniques. Vous allez nous présenter cela.

**Frédérique Garlaud.**- Bonjour.

Peut-être simplement en propos liminaires, car c'est à la fois l'occasion de revenir sur de belles initiatives, mais aussi de tirer des enseignements. À la différence de consignes et d'injonctions très restrictives qui ont été prises très tôt à destination des personnes âgées, avec un accompagnement assez lourd, finalement, il n'y a pas, au niveau de l'État de coordination spécifique dans le champ de la prévention à l'égard de tous ceux qui n'étaient pas accompagnés au sens de la loi ou qui ne bénéficiaient pas des prestations légales – APA<sup>26</sup> et PCH<sup>27</sup>. C'est comme si cette crise – cela a déjà été moult fois dit, mais je le répète à ma manière – était une nouvelle fois là pour nous rappeler la difficulté que l'on a à faire une place à la prévention. On en parle. On dit que c'est essentiel. On dit que les réponses de demain passent par là et, finalement, chaque fois qu'il y a des événements douloureux, difficiles, urgents, on voit que le réflexe reste systématiquement le même, c'est-à-dire de trouver des réponses en direction des personnes faisant l'objet d'une prise en charge et d'un accompagnement de leur autonomie à domicile, mais un défaut de concertation, coordination et coopération concernant l'accompagnement de tous les autres qui, fort heureusement, représentent l'immense majorité.

Ainsi, un vrai regret que, dans le pilotage État qui a été mis en place très rapidement, l'action sociale retraite n'ait pas été associée. Dans ce contexte, un grand coup de chapeau, en tout cas un remerciement aux fédérations du secteur de l'aide à domicile. En effet, à défaut d'avoir des dialogues ou d'être intégrée dans un dialogue État, notre capacité d'adaptation réciproque, le fait que nous soyons une caisse nationale et que nous ayons un réseau nous a permis de mettre en place un dialogue régulier avec les fédérations du secteur de l'aide à domicile et, donc, assez vite une capacité à échanger sur des priorités partagées avec les différents acteurs de terrain.

Vis-à-vis du secteur de l'aide à domicile, ils ont été des acteurs essentiels tout comme les associations, les travailleurs sociaux, etc., mais ils ont été les oubliés des premières mesures. C'est-à-dire que, pendant le premier confinement, ils n'ont fait l'objet d'aucune livraison de masques, de matériel, alors qu'ils étaient à pied d'œuvre sur le terrain. De ce fait, nous avons perçu et eu la forte intuition, dès le démarrage, que tous les retraités et personnes âgées qui étaient dans le champ de l'action sociale extralégale allaient être fortement percutés par des priorités parfaitement légitimes d'essayer, déjà, de trouver des organisations maintenir les interventions chez les personnes les moins autonomes. Cela s'est révélé une intuition juste, puisque plus de la moitié des bénéficiaires

---

<sup>26</sup> Allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>27</sup> Prestation de compensation du handicap.



de l'action sociale extralégale ont vu leur aide à domicile complètement suspendue pendant toute la période des confinements.

Pour rappel, les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'action sociale retraite sont les suivantes : il s'agit de femmes qui ont plus de 82 ans, un quart d'entre elles ont moins de 1 000 euros de revenus par mois, elles sont bien souvent veuves et sont dans des situations de fragilité sociale avérées, c'est-à-dire au minimum une forme de précarité économique et pas forcément d'isolement, mais des situations de solitude. Nous savions dès le départ que le secteur de l'aide à domicile ne serait pas en capacité de maintenir toutes les interventions programmées auprès de ces personnes, sauf pour des priorités sur lesquelles nous pourrions nous entendre. D'où le souhait, en tant que service public (continuité, accessibilité et bienveillance), d'imaginer des dispositifs exceptionnels attentionnés pour contacter un maximum de retraités. L'objectif était d'assurer une forme de présence, de lien social, d'écoute, car – cela a été très bien dit par les personnes elles-mêmes, y compris par rapport à leurs familles – le maintien du lien social était compliqué. Ainsi, un souhait de déployer des actions « d'aller vers » pour écouter et recueillir la parole des retraités fragilisés, un souhait de maintenir un lien, de rassurer par rapport à des discours et des actualités extrêmement anxiogènes et répétitives à longueur de journée. Le dispositif avait également, pour finalité, de pouvoir détecter des situations d'urgence sociale, de détresse, afin de pouvoir orienter vers des partenaires locaux si besoin.

Je souligne que le point très positif a été la nomination de Jérôme Guedj qui a, dans toute la mesure du possible, cherché à animer et coordonner les acteurs, les institutions et les collectivités locales. Sa mission nous a permis de confirmer notre capacité d'actions en direction des retraités du régime général accompagnés au titre de l'action sociale vieillesse et, donc, de concentrer les efforts des collectivités et les conseils départementaux, peut-être, sur d'autres publics. En revanche, nous avons regretté que, dans des situations de crise sanitaire, tout en étant extrêmement respectueux des libertés individuelles, les limites RGPD<sup>28</sup> en France ne nous permettent pas, par exemple, d'avoir une forme d'état des lieux des places disponibles en résidence autonomie pour pouvoir, si besoin, orienter des personnes qui ne pouvaient pas rester à leur propre domicile pendant une période courte.

Par conséquent, il y a également de vrais enseignements à tirer : qu'est-ce que l'urgence ? Que peut-on faire en urgence, dans des situations d'urgence qui dérogent un peu au droit commun, non pas pour restreindre les libertés, mais vraiment pour être présent aux côtés des personnes ?

Concernant le dispositif que nous avons mis en place, ce fameux souhait d'essayer de contacter un maximum de retraités, très rapidement, nous avons travaillé sur un dispositif d'appels sortants « Confinés mais pas isolés » reposant sur un script national d'appel/une grille d'entretien.

L'ingénierie a reposé sur un script d'appel ainsi qu'un tableau de *reporting* et de suivi, puisque l'idée était de pouvoir faire appel – nous le verrons un peu plus tard – à une diversité d'appelants, mais aussi d'avoir un suivi pour permettre à des territoires de faire des appels vers d'autres territoires. Pour accompagner la diversité des appelants, un ensemble d'actions a également été déployé : des conseils et des recommandations ont été diffusés sur la manière de faire en sorte que ces appels

---

<sup>28</sup> Règlement général sur la protection des données.

se passent le mieux possible, aussi bien pour la personne qui est contactée que pour celui qui appelle et des webinaires ont été programmés pendant toute la durée de ces campagnes d'appels.

Pour prioriser les campagnes d'appels en direction des différents publics, toutes les caisses du réseau ont déployé des requêtes permettant d'identifier dans leur système d'information les bénéficiaires d'une aide à domicile, de portage de repas et d'un accompagnement en sortie d'hospitalisation. Elles ont par ailleurs mis en place des modalités de réception de signalements de tous les services d'aide à domicile qui suspendaient leurs interventions. Nous avons aussi souhaité intégrer dans ces campagnes d'appels sortants tous les retraités qui s'étaient inscrits pour participer à des ateliers ou des actions de prévention collectives, qu'elles soient financées par les caisses de retraite ou qu'elles soient proposées par les conférences des financeurs.

Nous avons par ailleurs noué un partenariat avec la MedNum<sup>29</sup>, puisque, pendant toute la période de la crise, un accompagnement au numérique a été organisé par l'État. Ce partenariat visait à pouvoir faire des signalements croisés de personnes qui avaient besoin d'être accompagnées sur le digital, par exemple, pour utiliser *WhatsApp* ou *Skype* avec la famille, et eux vers nous pour des personnes qui avaient été accompagnées, mais âgées, avec une détection de besoin de prise en charge.

Qui a procédé à ces appels ? Nous avons eu quasiment 1 200 agents au sein de la branche retraite, avec des campagnes qui ont été menées sur la base du volontariat, puisque ce genre d'appel téléphonique doit vraiment répondre à une envie de faire. Ce ne doit pas être une contrainte ou une obligation. Nous avons eu des profils d'appelants très hétérogènes. Nous avons eu une minorité de personnes au sein des équipes action sociale des caisses (220 agents). Nous avons eu énormément de personnels des caisses sur le service social, jusqu'à ce qu'il y ait les opérations de vaccination et de *contact tracing*, énormément aussi de nos personnels sur les risques professionnels. Puis, tous ceux qui se retrouvaient au sein de notre branche temporairement en incapacité d'effectuer leur mission habituelle, faute de matériel ou, compte tenu de la crise, leur activité étant mise entre parenthèses, se portaient volontaires. Nous avons eu un renfort assez vite, avec une opération de solidarité de la part des équipes, enfin, des fonctionnaires, car il faut les appeler comme tels, du ministère de la Fonction publique. Nous avons eu une opération de solidarité de la part de fonctionnaires qui travaillaient essentiellement dans les musées, dans les lieux culturels et qui se retrouvaient eux aussi avec les portes et les guichets fermés. Ils souhaitaient se rendre disponibles pour de la présence, de l'accompagnement et du lien social auprès de personnes âgées.

Nous accompagnons 300 000 personnes en moyenne par an sur l'autonomie à domicile. Un peu plus de 200 000 ont un plan d'aide dans ce cadre, car c'est indispensable pour leur permettre de consolider leur autonomie à domicile le plus longtemps possible. Sur ce volume, nous avons ciblé la nécessité d'appeler 80 000 de ces personnes au travers des différents critères évoqués tout à l'heure. Nous avons mené ces 80 000 appels. 50 000 de ces retraités ont accepté des conversations. Une partie non négligeable d'entre eux souhaitaient d'ailleurs que ces appels se répètent dans le temps. Nous avons donc encore aujourd'hui des appels téléphoniques. Dans la formule, cela a un peu évolué.

---

<sup>29</sup> Coopérative de médiation numérique.

Sur ces 50 000 appels et conversations aboutis, nous avons identifié un peu plus de 6 000 retraités pour lesquels, à l'occasion de ces conversations, il y a eu une orientation vers des partenaires locaux (centres sociaux, CCAS, associations).

Nous n'étions pas seulement dans de l'écoute, dans de la réassurance ou dans de l'intervention d'urgence, nous avons également essayé de développer énormément de services et d'activités à distance. Vous l'avez dit tout à l'heure, heureusement qu'il y a eu une offre culturelle. Des jeux à distance se sont également développés. Nous avons essayé de rendre tout cela visible et accessible, de communiquer aussi dans le cadre de ces appels sur le fait que, après ces appels, un certain nombre de services, d'activités et d'actions pouvaient tout à fait être menées pour rompre l'isolement.

Les enseignements que nous en tirons...

**Jérôme Jumel.**- En conclusion, du coup.

**Frédérique Garlaud.**- ...c'est que le téléphone comme le lien social sont les deux principaux leviers en temps de crise, qui permettent d'agir en prévention et efficacement.

**Jérôme Jumel.**- Merci beaucoup. Votre intervention fait un peu écho à ce qui a été précédemment noté sur la priorité qui a été mise sur la protection de la santé, quelque part, au détriment peut-être d'une vision plus large de la santé en tant qu'état de bien-être et, du coup, aussi une priorité donnée à l'aide sociale légale et aux situations considérées – à partir de quels critères, nous pourrions en discuter – comme les plus graves, au détriment de la prévention et du lien social.

**D) CELINE MARTIN, DIRIGEANTE FONDATRICE D'ALLIANCE VIE, RESEAU DE SERVICES D'AIDE A DOMICILE, ET PRESIDENTE DE LA COMMISSION DEPENDANCE HANDICAP DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES SERVICES A LA PERSONNE ET DE PROXIMITE (FEDESAP)  
DES ENSEIGNEMENTS : PLANS DE CONTINUITE DE L'ACTIVITE, TENSIONS LIEES A L'EXODE DES URBAINS ET PRISES EN COMPTE PAR LA PUISSANCE PUBLIQUE (PERSONNELS DE SAAD, PROTOCOLES ARS)**

**Jérôme Jumel.** - J'ai envie, peut-être, de rouvrir un peu le débat en passant la parole à Céline Martin, mais vous pourrez répondre si nous avons un petit temps d'échange. Comment faire en sorte que ce maintien des moyens et des actions sur la prévention ne soit pas un vœu pieux ? De manière très pratico-pratique, dans cette période de crise sanitaire et de confinement, les moyens étaient réduits. Il a fallu prioriser – les termes sont barbares – et aller sur les situations les plus catastrophiques ou les plus en besoin au détriment des autres. Comment avez-vous appréhendé cela à la Fédésap<sup>30</sup>, Madame Martin ?

**Céline Martin.** - D'abord, je remercie Frédérique Garlaud. Si j'avais eu besoin d'un porte-parole pour prôner la situation des services d'aide à domicile durant la crise, je crois qu'il n'y aurait pas eu meilleur discours. D'une manière générale, tout ce qui s'est dit ce matin renvoie à ce que nous avons vécu. Je vais donc peut-être être la personne qui va ramener le temps au direct.

**Enfin, le temps fort et ce qui est renvoyé montrent bien que tous ces maillons de la chaîne, ce qui permet aujourd'hui de répondre avec la plus grande réactivité possible à une telle crise, c'est de travailler ensemble, de vraiment se concerter, de pouvoir à un moment donné échanger les pratiques et créer une sorte de cellule de crise qui puisse efficacement rassembler tout le monde, pour que chaque personne ait une solution.**

J'ai toujours coutume de dire que, à l'heure où tout le monde a mené un combat qui était inédit, celui de la crise sanitaire et le combat contre un virus, nous avons mené deux combats. En effet, dans le même temps que tout le monde, il a fallu également en mener un deuxième qui était la méconnaissance totale de notre secteur. Cela a eu énormément d'impacts sur nous, du début de la crise en mars. Nous avons dû mener ce combat qui, à chaque instant de notre continuité d'activité, nous a obligés à revoir nos stratégies, à remettre en jeu nos organisations, quelqu'un le disait tout à l'heure, nos pratiques, nos *process* internes.

Cela a été extrêmement lourd, car nous n'avons pas non plus trouvé en parallèle d'attache auprès des pouvoirs publics. L'ARS ne nous connaissait pas et nous ne les connaissions pas. C'est une réalité qu'il a fallu aussi intégrer. Au départ, nous avons mis en place un plan de continuité d'activité basé essentiellement sur la gestion des peurs de chacun, des bénéficiaires de nos prestations, mais également de nos intervenants. Nous avons donc géré l'organisation personnelle de nos intervenants. À ce moment, des propositions ont été faites, mais elles n'ont pas été entendues, puisqu'il nous manquait l'interlocuteur en capacité d'entendre que des solutions pouvaient émaner d'autre chose que le problème de la santé ou de la prise en charge des personnes.

Un exemple très concret : une partie de notre personnel était, de fait, suspendue, puisque positionné sur des activités non prioritaires (la garde d'enfants, le ménage, le repassage). Ce personnel pouvait

---

<sup>30</sup> Fédération française des services à la personne et de proximité.

donc à un moment donné venir aider, soutenir, être en renfort rien que de l'organisation de nos autres personnels auxiliaires de vie qui, elles, devaient absolument être indispensables au domicile. Finalement, dans notre plan de continuité d'activité, nous avons dû nous résigner à prendre en compte le fait que ces personnes étaient placées en chômage partiel, car cela faisait partie d'une procédure nationale qui avait été décidée. Ce vase communicant a vraiment été regretté, car, au niveau des personnels soignants également, dans les Ehpad, dans les hôpitaux, il aurait permis de lever un frein au maintien des personnels indispensables. C'était un premier élément.

Il est vrai que nous avons aussi eu, dans l'absorption des protocoles de l'ARS, un problème de *timing*. C'est-à-dire qu'un protocole nous arrivait en vue de protéger les bénéficiaires, au même titre que tous les établissements médicosociaux, mais nous n'accompagnons pas des personnes qui sont toutes au même endroit. On accompagne des personnes qui sont dispersées dans la ville. À ce titre, le *timing* ne peut pas être le même. Les protocoles ne peuvent également pas être les mêmes. Nous nous sommes retrouvés à devoir combiner des protocoles à destination des citoyens (vivant chez eux en logement individuel comme la grande majorité des utilisateurs de services d'aide à domicile) et des protocoles à destination des établissements. Cela a aussi été un très gros travail d'interprétation, puisque nous avons des personnes qui étaient chez elles avec une indépendance totale, une liberté totale de faire ce qu'elles souhaitaient et, en même temps, un besoin de nos interventions sur des parties de vie quotidienne qui leur étaient indispensables. Vous comprenez bien que cela a été pour nous l'occasion de nous organiser entre nous. Une pseudo-cellule de crise a été créée au sein de notre fédération et de nos fédérations, car l'inter-fédérations a très bien fonctionné à ce moment. Je pense que c'est une pratique qu'il faut absolument garder à l'esprit. Il est indispensable, dans la gestion des protocoles, que nos fédérations soient totalement intégrées. Je pense que cela a été largement relayé ce matin. La leçon qu'il faut vraiment en tirer, c'est que l'on ne peut pas composer sans l'ensemble des acteurs des dispositifs existants.

Je ne reviendrai pas sur les protections, car nous avons évidemment subi la même pénurie que tout le monde. Je dirai juste que, en plus de subir l'impact du manque de protections, nos intervenants n'ont pas été considérés comme des personnels prioritaires dans l'accès au matériel individuel. Il y a eu le problème des protections, plus tard il y a eu le problème d'accès aux tests pour détecter, accélérer et améliorer le positionnement de nos personnels. Vous avez bien compris que, tout au long de cette crise, à chaque étape, nous avons dû repartir au combat, à la bataille, pour faire reconnaître le personnel aide à domicile dans les différentes décisions qui étaient prises au plus haut niveau et qui étaient redescendues *via* les ARS.

Évidemment, comme tout le monde, nous avons trouvé des palliatifs ahurissants lorsqu'on y repense avec du recul. Nous parlions tout à l'heure de l'importance de la ville. En tant que dirigeante d'un réseau de services, j'ai moi-même couru après des systèmes D, comme des commerçants qui, avec leurs couturières habituelles, nous ont fabriqué des masques. Je me suis vue aller chercher des cartons de masques. Pour vous donner une idée, j'ai fait fabriquer 1 200 masques en tissu pour que nous puissions continuer d'intervenir dans les domiciles. Je me souviens encore d'avoir dit à l'un d'entre eux : « *Finalement, nous sommes vraiment en temps de guerre et si nous sommes en temps de guerre, nous sommes des résistants* ». Nous sommes des résistants, car, sans le système D, nous n'aurions pas pu survivre. Nos plans de continuité d'activité seraient tombés à l'eau à chaque étape, car il y avait chaque fois quelque chose qui arrivait pour bloquer la mise en place de ce que nous devons faire, de ce qu'il était nécessaire de mettre en place.

73 % des demandes d'appui à la Fédération ont porté sur : « *Comment dois-je faire ? On me dit que je ne dois plus intervenir dans telle situation. Comment dois-je faire...* », vous le disiez très bien, monsieur et madame, « *si je l'arrête, c'est le lien social de la personne qui s'arrête et je sais qu'elle va être hospitalisée, je sais que cela va mal se passer.* » Une fois que nous avons pris nos marques, une fois que nous avons réussi à nous organiser avec notre fameux système D, une fois que nous avons commencé à être connus, une fois que nos aides à domicile ont commencé à ressortir du lot, nous nous sommes retrouvés avec ce que nous avons appelé un « plan de continuité d'activité 2 ». Ce plan de continuité d'activité 2 a porté essentiellement, à 80 %, sur la gestion des sorties d'hospitalisation en urgence et sur la façon d'éviter l'hospitalisation des personnes pour lesquelles cela pouvait être évité.

Évidemment, nous avons recherché des outils. Nous nous sommes demandé comment ajouter cette difficulté supplémentaire, où il fallait tout d'un coup absolument libérer des lits dans les hôpitaux. Lorsque les personnes sortent des hôpitaux, où vont-elles ? Elles rentrent chez elles. Pour qu'elles rentrent chez elles, il faut des services d'aide à domicile. Ces services d'aide à domicile étaient déjà saturés par leurs demandes courantes. La Fédération a donc réfléchi à la façon d'aider l'ensemble de ses services d'aide à domicile à s'organiser, à resserrer encore les urgences et les priorités. Nous avons cherché dans nos réseaux de partenaires un outil qui nous a, à vrai dire, beaucoup aidés. Il ne vient pas de France, mais du Canada, car nous avons la chance d'avoir déjà des liens et des travaux de recherche sur la façon d'optimiser les interventions et d'organiser les priorités. Cet outil s'appelle *Esoger 1*. Je ne vais pas vous le présenter, car ce serait beaucoup trop long, mais je le tiens à votre disposition et nous pourrions en discuter.

Nous avons également créé un outil qui s'appelle *Solidarité Domicile*. Il est très complémentaire avec *Esoger*, car il permet tout simplement de mutualiser les moyens. À un moment, cela ne suffisait plus en interne. Avec cette grande réactivité que demandaient les sorties d'hospitalisation, nous avons besoin de chercher des solutions pour avoir du personnel supplémentaire. Évidemment, tous les services étaient affectés de la même manière, ce n'était pas simple. Malgré tout, *Solidarité Domicile* a été un outil de mutualisation des moyens en personnels, qui a permis de lever certaines difficultés.

Je voulais ajouter un phénomène qui a été très peu relayé ce matin et qui a eu beaucoup d'impacts sur nous dans cette seconde partie de crise, c'est le départ des familles dans les campagnes. Vous avez tous assisté à ce phénomène où les familles, qui sont des proches aidants la plupart du temps, sont parties pour bon nombre dans les campagnes. Dans cette seconde partie de gestion de crise, nous avons également dû faire face – l'outil de la Cnav a été très utile, très important – à l'absence totale des proches aidants. C'est-à-dire qu'il y avait l'effet du confinement, vous avez raison, où chacun était chez soi, mais on arrivait tout de même à maintenir du lien. Toutefois, lorsqu'il y a eu ce départ des familles vers les campagnes, on a vraiment eu, un sentiment d'abandon et d'isolement d'un nombre de personnes assez important et de personnes que nous ne connaissions pas encore. Il y avait quasiment des appels au secours, des appels de familles qui étaient prises entre le besoin absolu de partir, le besoin absolu de fuir ces espaces de confinement urbains et, dans le même temps, cette culpabilité de laisser ses parents, ses grands-parents seuls.

Il nous a donc aussi fallu et, là, l'outil de la Cnav nous a vraiment permis, par ce système d'appels, d'avoir un support supplémentaire d'accompagnement et d'aide. En effet, chaque intervention d'un Saad doit à un moment donné avoir en face un dispositif de prise en charge. Malheureusement, nous sommes aussi dans quelque chose de très pragmatique, mais nous ne pouvons fonctionner

que si nous pouvons rémunérer les personnes en face qui effectuent ce travail d'accompagnement et de coordination.

Ces trois outils (*Esoger*, *Solidarité Domicile* et l'outil de la Cnav) ont vraiment permis de stabiliser la situation. Je pense que cela nécessite de continuer à travailler sur ces outils pour qu'ils puissent devenir des références.

Je suis sûre d'oublier des sujets. J'avais envie de vous dire beaucoup de choses.

**Jérôme Jumel.**- En même temps, le temps est écoulé.

**Céline Martin.**- J'espère juste que c'est une première, mais que ce ne sera pas la dernière réunion de ce type, qui nous permet vraiment de mettre en place les bonnes conduites à tenir pour des crises éventuelles, que nous ne souhaitons pas, mais... voilà.

**Bertrand Fragonard.**- Je rappelle que nous souhaitons annexer aux actes tous les documents, notamment tout ce qui vous permettra d'exprimer la frustration que l'on vous ait coupés, les uns et les autres, en temps de parole.

## E) MARYLENE CAHOUET, FEDERATION SYNDICALE UNITAIRE (FSU) LA MOBILISATION DES CDCA EN PERIODE DE CRISE

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Marylène Cahouet, peut-être, sans plus attendre.

**Jérôme Jumel.**- J'ai été démis de mes fonctions !

*(Rires.)*

**Marylène Cahouet.**- Merci. Bonjour.

Je suis de la fédération syndicale unitaire, mais je parle au nom de sept organisations, c'est-à-dire évidemment la mienne, la CGT, FO, la CFTC, la CFE-CGC, la fédération générale des retraités de la fonction publique et Ensemble et Solidaires, qui siègent au Conseil de l'âge. Ce que je vais dire est donc l'émanation d'un travail que nous avons mené en commun.

Je voudrais commencer par le contexte que nous connaissons, à savoir deux événements lourds de conséquences :

- d'abord, l'abandon de la loi qui s'est appelée tantôt Autonomie, tantôt Grand Âge et, dernière dénomination, Générations solidaires ;
- les mesures notoirement insuffisantes dans le PLFSS 2022, censées répondre à l'abandon de ladite loi, mesures qui ne répondent ni aux besoins des personnels ni à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Nous avons déjà manifesté plus que notre mécontentement, notre colère à ce sujet.

Nous avons donc effectué un travail à partir d'une enquête que nous avons menée auprès de nos représentants dans les CDCA<sup>31</sup>. Je précise tout de suite que ce que je vais dire, ce que nous avons écrit ne prétend pas à l'exhaustivité, bien au contraire, puisque tout le monde n'a pas répondu. Les CDCA, qui ont été créés par la loi ASV, auraient pu jouer un rôle extrêmement important. Pourquoi ce conditionnel ? Car si certains ont joué un rôle extrêmement important, d'autres ont été complètement absents de cette période et c'est fort regrettable. Les textes officiels les présentent pourtant – je parle du décret de création – comme des acteurs de la démocratie participative au niveau local, ayant pour mission d'émettre des avis, des recommandations. Constat récurrent : ces objectifs ne sont pas toujours atteints.

Dire aussi tout de suite que, par rapport aux témoignages qui ont été apportés et à ce qui a été dit précédemment, nous considérons ces instances comme essentielles, mais complémentaires de la nécessité d'écouter d'abord la parole des personnes concernées, qui est essentielle. Je crois que nous en avons tous conscience ce matin. Pendant la pandémie, les CDCA avaient un réel rôle à jouer dans les prises de décisions locales. Ils ont pu le faire pleinement, seulement lorsque les conseils départementaux ont pris conscience de leur utilité et des avantages qu'ils pouvaient représenter. Ils étaient en première ligne pour apprécier les moyens de lutte mis en place et les dysfonctionnements, grâce à leur composition en deux formations (personnes âgées et personnes handicapées), grâce aux qualités de l'ensemble de leurs membres, qui allient l'expérience des usagers et l'expertise des professionnels de la santé, du médicosocial, du social, du soutien à

---

<sup>31</sup> Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.



l'autonomie, de l'hébergement au niveau local. Lorsque je parle des acteurs, je parle aussi bien des associations que des syndicats qui sont présents dans ces instances.

Certains CDCA ont pu jouer un rôle de lanceur d'alerte et ont mis en place, à la faveur de cette crise... « À la faveur », le terme est mal choisi, évidemment, mais c'est trouver quelques aspects positifs à la crise. À la faveur de cette crise, donc, mais certains ont aussi poursuivi ces groupes qui existaient déjà. Cela a permis à nos représentants de faire remonter les informations à leurs structures nationales dans un premier temps et, dans un second temps, très rapidement après, de faire des propositions, particulièrement pour améliorer dans cette période difficile la prise en charge spécifique des personnes âgées et handicapées, deux publics qu'ils connaissent bien.

Je vais commencer par l'aspect positif, à savoir des expériences intéressantes qui ont été menées dans les CDCA. Les équipes syndicales ont été fort actives pendant ces dix-huit mois – la crise n'est pas finie, mais nous pouvons peut-être penser qu'elle va finir de finir – : courriers aux conseils départementaux, aux ARS et aux préfets pour recueillir des informations, demander des réunions, interpellé sur le Ségur, comme cela s'est fait dans le département 61. Ainsi, en Dordogne, il y a eu des interventions auprès du CDCA, auprès du conseil départemental, une conférence de presse, etc. Là où a eu lieu – et cela a eu lieu, il faut le dire – un dialogue régulier, force est de constater que chacun y a trouvé son compte. Je rejoins tout à fait la conclusion de l'intervenante précédente, la nécessité de mêler tous les acteurs pour travailler à cette question, à ce domaine. Des exemples : des réunions virtuelles se sont tenues. J'énumère des départements, mais pas de façon exhaustive : 75, 94, 51, 36, 18, Dordogne aussi. Visioconférence avec le directeur départemental de l'ARS une fois par semaine de mars à juin 2020, avec une réunion en juin, réunion du bureau du CDCA 94, par exemple. Je parle aussi du comité consultatif sur le Covid à Paris, qui a joué un rôle important pendant cette période.

Nous voudrions souligner le rôle des CTCS dans lesquels nous siégeons. Nous ne siégeons pas en tant que syndicats dans tous les CTCS, mais le rôle de ces CTCS s'est avéré stratégique. Par exemple, dans l'Indre, la plateforme Covid initiée par le président du CTCS a permis un carrefour d'échanges, des visioconférences tous les quinze jours, avec lettres régulières aux membres, rédaction d'un livret « Bien vieillir chez soi », etc.

Ces fonctionnements intéressants, il en existe sans doute d'autres, heureusement, mais les dysfonctionnements interrogent peut-être plus encore. Comment améliorer la démocratie au quotidien pour éviter l'hypercentralisation des prises de décisions, qui rend plus difficiles leur adaptation aux besoins et leur acceptation par les personnes concernées ? La période est certes compliquée, mais comment comprendre que certaines choses puissent être possibles ici et non ailleurs ? Ainsi, les vice-présidents ont eu accès aux informations, je le répète, leur permettant de les communiquer aux membres des instances. Je reprends l'exemple de Paris.

Nos représentants ont fait part de leur ressenti. Nous allons trouver des convergences avec ce qui a été dit précédemment. Au début de la crise, le déni du virus, l'inutilité des masques et, de façon récurrente, les discours anxigènes, voire stigmatisants et âgistes auprès des populations fragiles. Partout les mêmes constats : le bilan catastrophique du nombre de décès et les questions d'isolement, de frustration, d'enfermement, de repli sur soi, d'approches déshumanisées qui abondent. Le constat est aussi le même partout : la charge pour les directeurs d'Ehpad et les personnels a été considérablement accrue. Il est vrai que nos militants, nos représentants ont salué ces responsabilités souvent difficiles à assumer, mais qui ont été très importantes.

Des mots durs ont été prononcés par ce qui est remonté de nos représentants : improvisation, amateurisme, incompetence, manque de préparation, mensonges et abandon, voire persécution envers les personnes âgées. Cette communication a toujours aujourd'hui des séquelles et un scepticisme restera.

Dans les premiers jours, nos représentants ont alerté des responsables d'établissement d'aide à domicile, des Clic<sup>32</sup>, des Maisons des aînés et des aidants, des géiatres, des personnels qualifiés, des présidents des CDCA, etc. Les professionnels nous ont dit, c'est revenu partout, avoir dans un premier temps improvisé pour le bien-être de leurs patients, résidents, personnes aidées, en assurant des appels téléphoniques journaliers et en mettant en place des portages de repas. Des disparités sociales et régionales d'accès aux soins ont aggravé la situation. Des dysfonctionnements ont provoqué des mortalités évitables par manque de moyens et de coordination, en raison aussi de cloisonnement du service.

Ces dysfonctionnements qui perdurent, il faut les rappeler : pénurie de certains médicaments et tensions sur les lits dans les hôpitaux publics. Ce manque de lits perdure, puisqu'on continue à les supprimer. La situation était catastrophique en Ehpad, cela a été souligné. Je voudrais aussi souligner, cela a été dit, mais cela peut nous interroger, le rôle ou le non-rôle des ARS. Les ARS, surtout débordées d'une méconnaissance de la gestion de crise, ont manqué de réactivité.

Je voudrais faire une citation, c'est ce qui nous est remonté de l'Isère et de consignes de l'ARS qui laissent un peu dubitatif. C'était au début, certes. Je cite : *« Le principe est de tester tous les résidents et tous les personnels à compter de l'apparition du premier cas confirmé de malade du Covid-19 au sein de l'établissement. Cela permet notamment de regrouper les cas positifs au sein de secteurs dédiés au sein des Ehpad pour éviter les contaminations. Cela permet aussi de prendre des dispositions appropriées à l'égard du personnel, selon le résultat des tests. Il est possible d'être testé positif sans ressentir pour autant le moindre symptôme et en pouvant donc travailler, mais le savoir permet de prendre de meilleures décisions d'organisation, par exemple, en permettant aux personnels positifs, mais asymptomatiques, de travailler au sein des unités regroupant des malades »*. Je vous laisse réfléchir à une telle consigne.

Je vais reprendre certains points qui ont été repris par nos représentants.

On va retrouver, c'est pourquoi je vais aller assez vite, mais je partage totalement ce qu'a dit le président Fragonard en début de séance, à savoir qu'il ne faut pas oublier ce qu'il s'est passé. Peut-être est-il utile – entre nous, de ne pas le rappeler, mais – de le rappeler sans cesse, c'est rapidement un point sur les Ehpad : le plan bleu déclenché le 6 mars 2020 s'est révélé souvent inadapté. Le 28 mars, les résidents étaient isolés sans savoir, par manque de tests, si les résidents et les personnels n'étaient pas déjà atteints. Les résidents seuls dans leur chambre, entourés d'un personnel déjà réduit avant la crise, se sont retrouvés avec un manque d'activités, de contact, recevant souvent des soins au minimum par manque de personnels. À noter aussi de nombreux exemples de dévouement courageux de personnels, alors que le Coronavirus commençait à faire des victimes chez les personnes âgées, personnels qui se sont enfermés avec leurs pensionnaires. Les personnels ont dû se débrouiller sans masque ni vêtement de protection.

---

<sup>32</sup> Centre local d'information et de coordination gérontologique.

Au domicile, nous le savons, ils ont été les grands oubliés dans les recensements en ce qui concerne les décès. On a pu constater, cela a déjà été dit, mais je crois qu'il faut insister, une grande entraide qui s'est mise en place spontanément. Les voisins connaissant des personnes âgées se sont proposés pour faire leurs courses. De jeunes bénévoles ont fait les mêmes démarches, ont pris des nouvelles par domicile. Les accueils de jour ont été fermés. Les services d'aide à domicile n'ont pas été prioritaires dans la distribution des masques disponibles. Ils ont dû faire face à un manque de personnels. Ils ont essayé de pallier le mieux possible les difficultés pour assurer les aides indispensables, en tenant compte de la sécurité de leurs aidés et de leurs salariés, privilégiant le portage des repas, les appels téléphoniques pour s'assurer des besoins essentiels des personnes âgées. Les départements, les mairies, cela a été dit, les associations et les bénévoles ont pris le relais pour assurer un minimum de services et de contacts téléphoniques.

Dans le maintien à domicile, il faut aussi signaler le rôle des aidants, aidants d'ailleurs complètement oubliés par le PLFSS. Cependant, la réduction des personnels a fait peser sur les aidants une charge et une responsabilité qu'ils – elles, surtout – ne peuvent assumer en l'absence de professionnels réquisitionnés par ailleurs ou malades ou empêchés de venir.

Un point qui n'a pas été abordé, je pense, mais qui est extrêmement important, c'est ce que l'on appelle le « Covid psy », c'est-à-dire les conséquences de ce Covid du point de vue psychiatrique, psychologique. Un des psychiatres membres du CDCA de Paris décrit ainsi des seniors fragiles à domicile, ayant adopté des positions de confinement tellement strictes, souvent relayées par leurs enfants, que certains ont fini par décompenser sur un mode de rechute anxio-dépressive.

Quelques points aussi, car des groupes de travail ont été mis en place.

**Jérôme Jumel.**- Pour conclure, du coup.

**Marylène Cahouet.**- J'ai presque fini.

Des CDCA ont ciblé les populations qui décrochent, l'accès à l'informatique, des contraintes physiques, psychiques, financières, et ont émis des premières propositions : un groupe de travail sur l'isolement et l'organisation pour suivre dans leur département, par les CDCA, l'organisation de moyens pour repérer, souvent en utilisant les fichiers du plan canicule, les personnes isolées, confinées, et participer à la gestion de la crise et aux travaux de coordination. L'autre point, c'est la fracture numérique. Certes, le numérique a eu un avantage positif, mais des groupes de travail spécifiques sur la fracture numérique ont pu constater que le confinement avait été le révélateur de la fracture numérique souvent dénoncée. Je n'insiste pas, car nous connaissons.

En conclusion, nous réaffirmons l'importance du rôle que pourraient jouer les CDCA. Lorsqu'ils sont bien implantés, reconnus, dotés de moyens et qu'ils assurent un fonctionnement démocratique, ils ont un rôle extrêmement important et pertinent. En conclusion, vraiment, je finis, nous espérons que ce séminaire, dont nous saluons l'initiative, jettera les bases d'élaboration de projets conformes aux attentes des personnes et des personnels, et ouvrira la voie pour l'attribution de moyens financiers sanitaires nécessaires pour mieux répondre aux enjeux du grand âge et au droit à l'autonomie des citoyens de notre pays.

Lorsque nous avons écrit ce texte, nous n'avions pas ajouté ce que je vais dire : force est de constater que l'abandon de la loi n'est pas un bon signal.

**Jérôme Jumel.**- Merci pour ce témoignage. Vous avez souligné effectivement, à travers la lecture des consignes, le caractère aigu de la crise qui avait conduit, sur recommandation des autorités de santé, à permettre que des professionnels du sanitaire ou du médicosocial continuent de travailler, même s'ils étaient atteints de la Covid-19, pour assurer la continuité de service, dans un équilibre à peser par les responsables des établissements, auprès de personnes elles-mêmes atteintes de la Covid. Puis, moment d'information institutionnelle sous forme de clin d'œil, la stratégie nationale pour les aidants a prévu 400 millions sur trois ans. Les crédits 2022 sont donc bien présents au PLFSS.

## II) Discussion

### A) DISCUTANTS

#### **1) D<sup>r</sup> Françoise Fromageau, médecin gériatre, vice-présidente de la fondation Croix-Rouge française, présidente de l'association Monalisa**

**Jérôme Jumel.**- Il y avait une intervention sur le bénévolat. monsieur le président.

**Bertrand Fragonard.**- Ce qui m'a frappé, c'est l'apparition de deux institutions qui étaient peu commentées dans l'histoire de nos travaux.

Premièrement, les CCAS. Il est vrai que l'évolution historique, à force de spécialiser des sous-fonctions sociales pour les jeunes, les chômeurs, la formation, la garantie jeune, etc., on a eu tendance à constater un léger dépérissement des CCAS. Je trouve très intéressant que, à l'occasion de la crise, on se rende compte que c'est vraisemblablement un outil majeur. C'est un point que je voulais signaler, car si je regarde les travaux que nous avons menés sur 5 ans, nous avons peu parlé des CCAS.

Deuxième élément qui me frappe, mais Mme Garlaud connaît ma thèse, il est navrant que le souci de maîtriser – souci que je partage – les dépenses de la branche vieillesse ne soit pas considéré comme permettant, justifiant ou même imposant le développement de l'action sociale de ladite branche. Je sais bien que c'est l'inverse. Le Conseil a pris position pour regretter cette situation de fait. Personne n'a donné relais. Je trouve tout à fait fondamental que l'on remette, dans les mois qui viennent, le sujet de l'action sociale de la Caisse, quitte, d'ailleurs, à rééquilibrer les actions que vous avez décrites par rapport à la fonction d'aide-ménagère qui, par certains côtés, pourrait être discutée. En tout cas, je pense que le contact sur les Gir 5-6, tout ce que vous avez écrit, requiert une forte disponibilité.

En ce qui concerne les CDCA, nous savons tous que les CDCA ne sont peut-être pas la réussite qu'attendait le Parlement lorsqu'il a voté. Il faudra bien un jour que l'on discute sur le fond. Sont-ils utiles ? Si oui, en quoi, pour quoi ? Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas ? Vous vous souvenez que nous sommes supposés, avec un autre partenaire, suivre l'action des CDCA. Vous vous souvenez du côté extrêmement élémentaire et préliminaire du questionnaire des premiers travaux. Cinq ans après la loi, je suis bien obligé de dire que ce n'est pas un essai qui a été bien transformé.

Ce qui me semble tout à fait majeur, c'est que les institutions les plus mobiles aient plus de moyens financiers, plus d'autonomie. À ce titre, les rares intervenants qui ont cité le département, c'était plutôt pour dire : « *On ne les a pas vus.* » Je pense que c'est un reproche dramatique, qui traduit le fait que, à force de peser sur le secteur de l'aide à domicile, de ne pas actualiser le financement de l'Apa, nous avons quelque part raté le coche d'ancrer réellement les départements dans la politique de maintien à domicile. Je pense que ces éléments que vous avez amenés, que vous vivez sur le terrain, nous devrions les reprendre au Conseil de l'âge pour essayer de marquer tout ce que nous avons appris de cette matinée.

**D<sup>r</sup> Françoise Fromageau.**- En complément de ce que vient de dire le président Fragonard, j'ai trois exemples où les départements ont été extrêmement parties prenantes, Président. Je suis là au titre de Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées). J'étais chargée de

présenter trois vignettes territoriales au plus près, en proximité, autour de la mobilisation des équipes citoyennes Monalisa dans les territoires.

Le premier exemple est le département des Vosges. Je l'ai intitulé : « La vie d'après ne sera plus comme la vie d'avant : temporalité bousculée, une proximité essentielle ». La coopération Monalisa des Vosges, qui comprend à la fois l'union départementale des CCAS, le conseil départemental, la MSA, la Carsat<sup>33</sup> et plusieurs autres associations, s'est justement mobilisée sur cet afflux un peu important de bénévoles, qui voulaient intervenir auprès des personnes âgées isolées. Ce moment de crise a permis d'accélérer un certain nombre de procédures, dont, par exemple, la formation des bénévoles en visio, un numéro de téléphone unique, comme vous l'avez dit. Un certain nombre d'éléments ont fait que la vie d'après ne sera plus comme avant. Nous avons profité de cette crise Covid pour anticiper un certain nombre de procédures, avec l'appui des partenaires territoriaux.

L'autre exemple est celui des Pyrénées-Atlantiques, avec la réserve civique. Je ne sais pas si tout le monde sait ce qu'est la réserve civique. Il s'agit d'une plateforme publique d'engagement « [jeveuxaider.gouv.fr](http://jeveuxaider.gouv.fr) » qui a – on nous l'a beaucoup reproché, nous, les associations – finalement eu beaucoup de citoyens engagés sans avoir de mission. Le conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques a signé une convention avec le préfet sur la question de l'optimisation de l'offre de missions bénévoles à ces citoyens qui s'engageaient sur cette plateforme. Cela a bien fonctionné, car le conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques était en lien avec un réseau gérontologique extrêmement puissant, avec aussi une coopération Monalisa extrêmement présente. Aujourd'hui, sur cette réserve civique, 2 620 bénévoles ont été engagés auprès de 104 missions dans 88 structures différentes. Les Pyrénées-Atlantiques sont extrêmement fières, car elles sont les deuxièmes après Paris sur la mobilisation de la réserve civique. Je pense que c'est peut-être important à souligner. J'avais intitulé cette vignette territoriale « Faire ensemble et anticiper ».

Le dernier nous amène dans la Drôme. Pour faire écho à ce que vous disiez, mesdames et messieurs, vous aussi président, c'est comment conserver cette mémoire, comment faire aussi la place à la parole des personnes qui ont été confinées. C'est un recueil qui a été écrit dans le département de la Drôme, avec le conseil départemental de la Drôme à la manœuvre, mais pas seulement, évidemment les aides à domicile, les CCAS encore. Ils ont finalement récolté cette parole, une cinquantaine de témoignages qui ont été lus au cours de la Semaine bleue, c'est-à-dire la semaine dernière, dans sept endroits différents.

Voilà comment, en trois vignettes territoriales, nous avons pu, avec l'aide des départements et des partenaires territoriaux, répondre à la solitude des personnes âgées isolées.

Merci de votre écoute.

---

<sup>33</sup> Caisse d'assurance retraite et de santé au travail.

## B) DISCUSSION AVEC LA SALLE

**Bertrand Fragonard.**- Quelqu'un s'est-il préoccupé de savoir si les instructions données à la suite de la canicule sont respectées ?

**D<sup>r</sup> Françoise Fromageau.**- Le plan bleu est réédité chaque année avec les instructions.

**Bertrand Fragonard.**- Je dirai cela au maire de ma commune, alors.

*(Rires.)*

**D<sup>r</sup> Françoise Fromageau.**- Chaque année, au mois de mai, il est réactivé et remis à jour.

**Céline Martin.**- Si je peux me permettre, je voulais juste rebondir sur la place des départements.

J'ai coupé la parole à quelqu'un, peut-être ? Non.

Je pense que l'on ne peut pas être aussi catégorique que cela sur la place des départements. La difficulté est toujours la même. Le département est une collectivité territoriale qui fonctionne par territoires. Durant cette crise, nous avons aussi besoin d'une échelle nationale sur des prises de décisions stratégiques. Le relais qui a été fait par les départements, car certains départements ont relayé, essayé de comprendre, accompagné les services d'aide à domicile, notamment par des visios, par des groupes *WhatsApp*. Des groupes *WhatsApp* avec l'ensemble des services ont été organisés. Il y a donc tout de même eu des initiatives. Cependant, ces initiatives sont territoriales, elles sont donc dénuées de toute stratégie nationale.

Je couvre douze départements au travers de mon réseau. Je n'ai pas eu un seul département que j'ai pu gérer de la même manière, ni mes salariés ni les prises en charge et les priorités que je mettais en place. Je peux vous assurer que, dans la gestion d'un réseau, c'était extrêmement complexe. Il fallait à un moment donné prendre de la hauteur et se dire : on doit absolument appliquer la même chose partout.

Pour terminer, la reconnaissance n'a pas été la même non plus dans tous les départements. Je rappelle notamment que, pour les primes Covid, des négociations se sont étalées sur plusieurs mois. Le dernier département qui vient seulement de reconnaître la valeur des aides à domicile, d'où qu'elles viennent, quelle que soit l'entité à laquelle elles sont rattachées, c'est le département 29. Cela vient seulement d'arriver. Nous avons donc aussi ces disparités qui vont vers une progression. Le PLFSS 2022 pose quelques pierres nettement insuffisantes, mais c'est un début. Je ne serai pas aussi catégorique, mais il y a encore un travail à mener sur la territorialisation.

**Nadia Sahmi.**- Je voulais profiter de l'intervention sur les CCAS pour montrer à quel point nous devons apprendre à travailler ensemble, architecture et aménagement du territoire aussi. C'est-à-dire que, par exemple, le besoin s'était déjà fait sentir avant de travailler autrement. Le fait de travailler avec les CCAS dans les programmes nous a amenés à aménager des halls de partage et des pieds d'immeuble de partage pour inviter les personnes à s'habiller et à descendre en pieds d'immeuble pour avoir leurs rencontres. Pourquoi ? Déjà, car cela soulageait le personnel qui n'était pas forcément obligé de rentrer chez les personnes. C'est parfois très dur de rentrer chez les personnes, selon l'état de l'appartement, et à des personnes d'accepter que l'on rentre chez elles. Cela a été une des réponses qui a aussi rencontré le Covid, puisque, du coup, on ne se rencontrait

pas confiné à domicile, mais on se rencontrait en pieds d'immeuble ou en hall de partage, à distance et à l'air.

Voilà comment on retrouve les aménagements, puis les dimensions sociales, cette manière d'apprendre à reconnaître tous les services à domicile et à travailler autrement ensemble.

Pour revenir sur le plan canicule, nous essayons systématiquement de ramener le plan canicule à nous aussi dans l'aménagement du territoire, des bâtiments, des musées, etc. S'il y avait moyen de rappeler que ce plan canicule s'adresse aussi aux aménageurs, ce serait très important. En effet, il y a une bataille permanente chez nous pour réussir à avoir la petite fontaine à eau, qui fera que la personne vieillissante continuera à sortir et à boire régulièrement, l'abri, l'arbre, les bonnes assises aux bons endroits, tous les 20 mètres maximums, car je ne sais pas aller plus loin si je n'ai pas une possibilité de m'asseoir. C'est un tout. On a beaucoup trop l'habitude de désolidariser les actions sociales des actions d'aménagement du territoire.

**Jean-Marie Robine.** - Bonjour.

C'était sur les plans canicule. Nous pouvons dire deux choses : à la fois, oui, les plans canicule n'ont pas été oubliés. En fait, ils sont maintenant largement déclenchés par Météo France qui alerte si une canicule est annoncée. On voit immédiatement réapparaître des affiches dans les Ehpad ou dans les hôpitaux sur le plan canicule, rappelant les consignes essentielles. D'une certaine façon, nous n'avons pas depuis 2003 eu un épisode similaire en termes de décès, alors que nous avons eu sur le plan météorologique des événements caniculaires à peu près aussi importants que celui de 2003, mais nous avons appris à les gérer. Nous le savons, d'une façon générale, c'est la première fois que frappe la canicule que l'on est pris au dépourvu. Les pays s'organisent ou les villes s'organisent. C'est quelque chose que nous avons vu ailleurs.

En revanche, à propos de la canicule, je ne sais pas si vous vous souvenez, les 15 000 morts que nous avons eues en 10 jours, ce sont les pompes funèbres et les services d'urgence des hôpitaux qui nous en ont informés. Cela nous a tout de même fait honte. Nous n'avions aucun système d'information qui a pu nous prévenir, en plein mois d'août, d'une accumulation absolument incroyable de décès qui a encombré les hôpitaux ou, après, des tentes qui avaient été dressées par l'armée. Oui, il y a eu un progrès. Il avait été décidé, dans les années suivant la canicule, d'avoir une certification électronique des décès. Cela a commencé à être mis en place en 2007 et 2008. À la veille de la pandémie du Covid-19, seuls 20 % des décès étaient certifiés par voie électronique par les médecins. D'une certaine façon, ce que nous avons décidé de faire pour être très réactifs, en cas d'événements sanitaires tels que la canicule de 2003, s'est enterré. Nous ne savons pas ce qu'il s'est passé depuis 2008 qui fait que, après un départ assez rapide de cette certification électronique, les choses ont été abandonnées ou laissées ainsi.

**Vanessa Wisnia-Weill.** - Merci. Juste pour rebondir, car nous nous étions un peu parlé avant le colloque. Je crois que vous aviez d'autres remarques pour d'autres crises, puisque nous sommes aussi ici pour nous demander comment mieux gérer de futures crises sanitaires. Sur les aspects de comptage, aviez-vous d'autres éléments d'amélioration à suggérer ? Je crois que vous vouliez rebondir.

**Bertrand Fragonard.** - Pas avant de déjeuner.

*(Rires.)*

**Jean-Marie Robine.** - Oui.



Sur les aspects de comptage, comme nous en avons parlé, à un niveau populationnel, en prenant de la hauteur, on se rend compte que les personnes âgées ne sont pas en général dans les radars de l'information statistique. Le Comité national de l'information statistique s'était posé cette question il n'y a pas longtemps, je crois, en début d'année. Ensuite, lorsqu'on va vers des populations confinées à domicile ou, pire encore, confinées dans les Ehpad, elles sont complètement en dehors des radars, non seulement de l'information statistique en général, mais même de la surveillance. Les systèmes de Santé publique France, qui s'appuient essentiellement sur SI-VIC<sup>34</sup>, le système d'information pour les victimes d'attentat, ne couvraient pas du tout les Ehpad en début de pandémie. Il a fallu plus d'un mois pour qu'il y ait une réaction – ce sont les journalistes qui ont tiré l'alarme en disant « *Il y a un excès de décès absolument incroyable dans les Ehpad* » –, pour que l'on mette en place quelque chose. Et même ce système reste finalement extrêmement sommaire, puisque tout ce qu'il ramène, c'est un nombre global de victimes du Covid dans les Ehpad. Nous ne savons pas si ce sont des hommes, des femmes, quel âge ils ont... Nous n'avons aucune caractéristique les concernant.

D'une façon générale, les Ehpad, le domicile, les personnes confinées à domicile ne sont pas du tout dans les radars de la surveillance. C'est un sujet auquel il faudrait réfléchir.

Deuxièmement, c'est plus au niveau de la statistique générale, nous avons tout de même des informations sur les personnes âgées, nous avons tout de même des informations sur les Ehpad. Il y a des bases de données à la CNSA, il y a des bases de données à la Drees. Cependant, ces bases de données ne sont pas connectées à ce magnifique système que nous avons maintenant en France, qui s'appelle le SNDS<sup>35</sup>. Lorsqu'on arrive – c'est maintenant dans les *big data* à la française – à produire beaucoup de résultats autour de la santé des populations, les résidents des Ehpad y échappent largement. Ce serait absolument extraordinaire si, dans le SNDS, nous pouvions ajouter, par exemple, les données de la CNSA sur les niveaux de dépendance et de fragilité de la population hébergée soit à domicile soit dans les Ehpad.

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Merci.

*(La séance, suspendue, est reprise à 14 heures 45.)*

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Je vous propose de reprendre la séance de l'après-midi. Comme nous le faisons ce matin, les deux tables rondes de l'après-midi vont revisiter des problématiques structurelles à la lueur de la crise Covid. Nous connaissions bien sûr ces problématiques avant, mais la crise Covid a pu servir d'accélérateur, ou non, révéler éventuellement des freins que nous connaissions, ou non, et faire naître des initiatives qui ont apporté quelque chose, ou non.

Dans cette configuration, ces deux tables se répondent et sont très complémentaires. La première se focalise sur la structuration de la filière sanitaire et médicosociale, sur le lien entre le médical, les Ehpad et les services à domicile. La deuxième table ronde sera centrée sur les questions de ressources humaines, de tensions liées à l'emploi, en particulier dans le domicile.

Sans plus attendre, je vais passer la parole à Gaël Durel, en charge des médecins coordonnateurs, qui nous fait l'honneur de présider la première de ces tables rondes de l'après-midi.

---

<sup>34</sup> Système d'information pour le suivi des victimes.

<sup>35</sup> Système national des données de santé.

## TABLE 3. LA STRUCTURATION DE LA FILIERE SANITAIRE ET MEDICOSOCIALE : LA CRISE COVID ACCELERATEUR ?

### I) Interventions

*DR GAËL DUREL, GERIATRE, PRESIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES MEDECINS COORDONNATEURS ET DU SECTEUR MEDICOSOCIAL (MCOOR)*

*LA STRUCTURATION DE LA FILIERE SANITAIRE ET MEDICOSOCIALE : LA CRISE COVID ACCELERATEUR ?*

**D' Gaël Durel.**- Je vous remercie. Je suis, moi aussi, très honoré de présider cette séance en tant que président de l'association nationale des médecins coordonnateurs en Ehpad et du secteur médicosocial. Notre association a bien sûr été fortement mobilisée pendant cette crise.

Sans plus attendre, je voulais vous présenter les premiers résultats intermédiaires de l'étude Encopad, réalisée en juin dernier, qui font état des différentes situations. Cette enquête est portée par la société française de gériatrie et de gérontologie. Elle s'est déroulée entre le 21 mai 2020 et le 20 juin 2020 et portait sur la manière dont les directeurs et les médecins coordonnateurs avaient réagi pendant la crise. La deuxième enquête, IPCE, porte sur l'impact psychologique du confinement en Ehpad, et s'adresse aux psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes.

L'enquête IPCE a recueilli 1 084 réponses. L'enquête Encopad a recueilli 723 réponses, de 448 médecins et de 275 directeurs. C'est une enquête déclarative qui concerne à peu près 10 % des Ehpad, il est donc difficile d'en tirer des conclusions sur le plan national. Étant donné la disparité des structures et la spécificité des remarques, il est difficile d'en tirer des généralités. Toutefois, l'intérêt de cette enquête est qu'elle interroge de manière conjointe directeurs et médecins coordonnateurs de manière à voir leurs pratiques. On sait bien que le trinôme directeur, médecin coordonnateur et Idec<sup>36</sup>, dans cette gouvernance, est un élément essentiel, notamment lorsqu'il s'agit de crise.

Le rapport de cette étude Encopad est prévu pour le 2 janvier. Il sera bien sûr largement communiqué : la première communication aura lieu pendant les journées annuelles, puis, à partir de l'année 2022, des communications seront faites dans des articles scientifiques.

Très rapidement, les premiers commentaires sur cette enquête Covid Ehpad. Tout d'abord, comme je vous l'expliquais, il y a la multiplicité des paramètres. En comparant des Ehpad qui comptent vingt-cinq résidents avec des Ehpad qui accueillent plusieurs centaines de résidents, il est difficile de recueillir l'ensemble des éléments qui ont pu conduire aux difficultés ou, au contraire, des solutions qui ont été apportées. Cette multiplicité concerne également le statut de la structure : public, territorial, sanitaire, privé lucratif ou non lucratif, et le nombre d'intervenants. Si je prends la partie

---

<sup>36</sup> Infirmière de coordination.

qui nous intéresse, nous savons bien que 30 % d'Ehpad n'ont pas de médecins coordonnateurs. Dans certains cas, ces médecins interviennent dans des temps extrêmement partiels. Dans d'autres, ils ont été remplacés par des médecins référents Ehpad, avec des formations totalement différentes et des liens avec leurs collègues généralistes également différents. Il y a également une disparité des organisations. Entre un Ehpad au sein d'un hôpital ou d'un CHU et un Ehpad rural dans un désert médical, même s'ils ont la même taille, la même structure, même s'ils ont été touchés par les mêmes *clusters*, les résultats sont forcément totalement différents.

La répartition des différents Ehpad de notre enquête correspond à peu près à la répartition nationale.

Concernant les résultats, on remarque que, plus la taille de l'Ehpad est grande, plus il y a eu de *clusters*. La taille est donc un élément important. Au moment où l'on commence à parler de l'Ehpad du futur, c'est sûrement un élément à prendre en ligne de compte. Les petites unités ont mieux résisté que les grandes unités. On voit une évolution linéaire du nombre de *clusters* jusqu'à 200 résidents, puis le nombre diminue. C'est vraisemblablement lié au fait que, au-delà de 200 résidents, les structures sont organisées en petites organisations architecturales, on retrouve donc de petites unités et non pas de grandes résidences de 200 lits. Néanmoins, ces déterminants structurels sont difficiles à mesurer et nécessiteraient des études complémentaires.

On observe également un effet du PMP, le pathos moyen pondéré, qui mesure la charge en soin. On remarque que plus le pathos moyen pondéré est élevé, c'est-à-dire que plus les résidents sont porteurs de pathologies décompensées ou de comorbidité, plus le risque de rencontrer un *cluster* sera élevé. Ensuite, il y a un effet zone. Nous nous y attendions. Plus l'environnement hors Ehpad est en zone rouge, plus il y a de *clusters*. Cela veut également dire que, malgré toutes les mesures barrières que l'on peut mettre en place, l'Ehpad n'est pas un lieu protégé, et que les barrières ne résistent pas à la circulation virale intense dans un territoire donné.

Au niveau des ressources extérieures, nous avons été surpris par cette disparité territoriale, mais en même temps confortés par l'élément que nous vous donnions au départ. Il n'y a pas d'Ehpad unique, chaque Ehpad doit tenir compte de sa structure, et notamment de son environnement. 20 % des participants à cette étude déclarent qu'il n'y a pas d'équipes mobiles de gériatrie dans leur secteur.

Nous avons également constaté des absences d'information majeures. Nous avons été surpris de voir que, à l'époque où nous essayons de travailler de plus en plus avec les libéraux, un Ehpad sur deux ne sait pas si une CPTS est présente dans le territoire dans lequel il intervient. Il y a une ignorance totale du milieu libéral dans plus de la moitié des Ehpad. 10 % ignoraient l'existence de la cellule Covid, pourtant mise en place dans le territoire, et 50 %, *cluster* ou non, n'ont pas fait appel à cette cellule Covid au moment de la crise. Ce n'est pas parce que des structures sont mises en place qu'une déclaration est faite. Même s'il y a un contrat, une collaboration effective sur le papier, quand on interroge les collègues pour savoir s'ils ont fait appel aux structures qui leur sont proposées, on se rend compte que, une fois sur deux, ce n'est pas le cas.

Il y a également une absence de données sur la formation du personnel. Avoir une infirmière qui n'est pas formée en gériatrie n'est sûrement pas la même chose qu'avoir une future infirmière en pratique avancée. On peut avoir du déclaratif pour savoir si le réseau est présent, mais encore faut-il faire appel à ce réseau, que ce soient les équipes opérationnelles d'hygiène ou le CPIas. On connaît le PMP, le pathos moyen, mais quand on essaye d'analyser les pathologies actives patient par patient, résident par résident, il y a une absence de données. Les systèmes d'informatisation ne

nous permettent pas de comparer Ehpad après Ehpad. Enfin, l'effectivité de la filière gériatrique. Dans la plupart des secteurs, la filière s'est mise en place progressivement à partir de la première vague, mais l'effectivité est très différente selon les besoins des personnes.

Pour conclure, je dirais simplement que cette étude nous amène à réfléchir sur l'avenir, et à réaliser que la connaissance des Ehpad est encore très partielle. Il serait sûrement nécessaire de multiplier des enquêtes et, pourquoi pas, de proposer des réseaux sentinelles, avec un observatoire général. Il tiendrait davantage compte de ce particularisme des Ehpad avec leurs disparités et leur mode de fonctionnement spécifique, avec l'ensemble du territoire couvert, donc 7 000 Ehpad, mais avec des différences majeures. C'est bien de se dire que la crise Covid nous a permis d'évoluer dans nos pratiques, mais il va falloir continuer à travailler pour avoir des résultats et qu'il n'y ait plus de différence entre ce qui est déclaratif et ce qui est effectif.

Après cette courte introduction, je donne la parole à M. Duponchel, secrétaire générale du réseau Occitanie, et au D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Marchand, qui nous présenteront quelques enseignements de la recherche sur l'appui du sanitaire au médicosocial pendant la crise selon le projet Reso-Occitanie.

**A) BORIS DUPONCHEL, SECRETAIRE GENERAL DU RESO-OCCITANIE, ET JEAN-SEBASTIEN MARCHAND, M.A.P., PH. D.**

**QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE SUR L'APPUI DU SANITAIRE AU MEDICOSOCIAL PENDANT LA CRISE SELON LE PROJET RESO-OCCITANIE**

**Jean-Sébastien Marchand.**- Salutation à tous depuis l'autre côté de l'Atlantique. Je remercie évidemment l'ensemble des organisateurs, la CNSA, D<sup>r</sup> Gaël Durel et Delphine Mallet. Puisque c'est une coprésentation, je laisse tout de suite la parole à Boris Duponchel pour l'introduction, puis la première partie.

**Boris Duponchel.**- Merci, Jean-Sébastien. Pour vous présenter et vous situer en quelques mots ce dont on parle, Reso-Occitanie est la fédération en Occitanie de ce qui s'appelait les réseaux de santé et les plateformes territoriales d'appui avant la réforme de juillet 2019, qui va faire transformer ces dispositifs, avec les Maia<sup>37</sup>, en dispositifs d'appui à la coordination.

Concernant la recherche qui a été proposée, nous avons parlé de l'appui du sanitaire au médicosocial pour entrer dans le thème d'aujourd'hui, mais c'est un peu plus large que cela. Ce sont des structures à cheval entre les deux mondes. L'idée était d'interroger l'ensemble des structures, donc réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui et Maia, qui œuvrent sur le territoire en Occitanie sur les innovations, les initiatives qu'elles avaient prises dans le cadre de cette crise en s'adressant plus spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie, ou, plus subsidiairement, aux personnes handicapées et en soins palliatifs. Pour une part, ce sont des réseaux qui avaient une spécialité en soins palliatifs, qui interviennent beaucoup dans les exemples entre le lien soins palliatifs et personnes âgées, mais nous allons y revenir.

S'agissant de la méthode de l'étude de cas comparatif, je laisserai Jean-Sébastien vous dire ce qu'il entend. Je voulais surtout vous donner ces éléments, pour que vous sachiez les acteurs interrogés, de ce dont on parlait et de notre objectif premier. Nous avons fait un recensement des initiatives, et il y a un suivi sur le long terme. Elles sont liées à des évolutions des cellules Covid notamment, puisque nous en parlions, Jean-Sébastien Marchand reviendra sur ces démarches, en lien avec les échanges interprofessionnels et interstructures qui ont pu naître de cette crise.

**Jean-Sébastien Marchand.**- Merci beaucoup, Boris. Un mot sur la méthode. Il s'agit en effet d'une étude de cas comparative multiple au sens classique, assez qualitative, avec 24 entrevues avec des acteurs sur 22 structures, et une revue de documents.

Au niveau des statistiques descriptives, que peut-on trouver dans notre étude ? Dans ces 22 organisations, 122 initiatives organisationnelles innovantes au total ont été recensées, puis recatégorisées en 40 initiatives types. Nous pouvons citer l'astreinte médicale Covid, mise en place par 36 % des 22 organisations observées ; la création de nouvelles relations pour 18 % des organisations ; la mise à disposition de professionnels de santé mentale pour les patients, ce qui est assez intéressant, pour 18 % également ; la mise en place de dispositifs de santé mentale pour les professionnels, pour 13 % ; et des cellules de concertation et des cellules de crise, pour 9,1 % des 22 organisations observées dans les deux cas.

---

<sup>37</sup> Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

Le top 10 des 40 initiatives types représente presque 65 % des initiatives totales. Une vingtaine d'initiatives innovantes étaient orphelines, donc uniques, c'est-à-dire mises en place dans une organisation seulement. Le maximum d'initiatives organisationnelles innovantes rapportées pour une seule organisation était de 12, et le minimum était de 2.

Cela nous donne une assez grande matrice, et nous pouvons ensuite placer en rang les initiatives innovantes. Vous l'aurez deviné, la visioconférence était de loin l'initiative la plus mise en place, dans 100 % des organisations. Ce qui nous intéresse plus aujourd'hui, c'est l'astreinte médicale Covid ; la mise à disposition de professionnels de santé mentale pour les patients ; la création de nouvelles relations, de nouveaux partenariats, au rang 7 ; au rang 11, la mise à disposition de professionnels de santé mentale pour les professionnels ; la cellule de crise Covid, dans deux organisations ; et la cellule de concertation dans deux organisations.

Comme nous le disions tout à l'heure, 40 initiatives organisationnelles considérées comme innovantes ont été rapportées. Je laisse la parole à Boris pour entrer un peu plus dans le détail de deux exemples que nous voulons couvrir plus en profondeur.

**Boris Duponchel.**- Merci. J'entendais, dans la présentation introductive, que les Ehpad ne savaient pas forcément pour les CPTS, et que la moitié d'entre eux n'avait pas forcément eu recours aux cellules Covid. Nous avons des exemples où, plutôt que de s'arrêter à la cellule Covid, une dynamique s'est mise en place vis-à-vis des Ehpad, qui n'aurait peut-être pas été imaginable si la crise n'avait pas eu lieu. La crise a eu un effet d'ouverture sur le secteur.

Je ne vais pas lire ce verbatim d'une directrice d'une PTA<sup>38</sup> qui agit en direction des Ehpad, mais elle exprime que les Ehpad ont eu des besoins et ont fait face à une situation de crise. Nous parlions ce matin des injonctions organisationnelles, de la fermeture, ainsi de suite. Face à ces injonctions, ils ont eu besoin d'aide. La plateforme territoriale d'appui a pu se mettre en œuvre, répondre et organiser des choses diverses et variées, cela va du lien avec un référent pour répondre à de l'appui direct avec des interventions, comme nous le verrons dans l'exemple 2. Cela pouvait également être du soutien, évoqué pour les CPIas, comme du soutien sur les consignes d'hygiène. En bref, tout ce qui pouvait les aider. En conséquence, des liens se sont créés et renforcés entre ces acteurs, ce qui a donné lieu à plusieurs initiatives. Le verbatim fait ressortir ce sentiment plus que l'innovation en particulier. En l'occurrence, cette PTA est dans le nord de l'Occitanie et, nous parlions de la différence entre 2 et 12, a connu un fort volume d'initiatives du fait de ces relations qui se sont créées.

Je vais être rapide pour l'exemple 2, qui porte sur une mesure concrète mise en place dans ce cadre : une astreinte médicale, qui ne s'arrêtait pas au téléphone. Ce n'était pas juste d'appeler l'astreinte médicale parce qu'on est en situation de crise, mais de s'appuyer sur des référents libéraux ou en hospitalisation à domicile (HAD) de proximité. Les territoires étaient sectorisés, et tel Ehpad avait tel professionnel référent de proximité en cas de situation de crise, par exemple une crise respiratoire aiguë d'un patient atteint du Covid, ou non, mais le Covid a créé un certain nombre de situations, en l'occurrence, ou un besoin en soins palliatifs. Cette mesure permet d'avoir tout de suite un professionnel formé en soins palliatifs capable d'apporter l'aide médicale sur place.

---

<sup>38</sup> Plateformes territoriales d'appui.

Je te repasse la parole, Jean-Sébastien.

**Jean-Sébastien Marchand.**- L'étude se finit par des conclusions et des inférences. Les inférences sont très simples. Dans le contexte de crise qui caractérise la première vague Covid, on voit une ambiguïté et des défis plus caractéristiques pour l'hospitalisation des personnes âgées. L'initiative qui a été mise en place pour y répondre, c'est l'astreinte médicale. Les résultats, c'est une meilleure réactivité, une intervention plus rapide et une réponse aux besoins d'urgence.

Très rapidement, les conclusions. Les innovations que nous retrouvons sont assez paradigmatiques et efficaces. Elles répondent souvent à des dispositifs qui sont déjà présents et cherchent à structurer des partenariats et des coopérations. C'est particulièrement important pour ce qui est de la pérennisation post-pandémie. Quatrièmement, il y a des retours sur expérience et une stabilisation des ressources liées aux coopérations, ce qui est aussi d'une importance assez capitale pour la pérennisation post-pandémie. Finalement, on voit que la crise est porteuse d'importunités, forcément, mais aussi d'opportunités organisationnelles en matière d'agilité et d'adaptabilité.

Je finis en remerciant les deux étudiantes sur le projet, France Boyer-Vidal et Lydia Vetom-Miachou. Je repasse la parole à Boris. Merci à tous.

**Boris Duponchel.**- Merci, je n'ai rien à ajouter.

**D' Gaël Durel.**- Merci beaucoup. Nous avons forcément envie de vous poser des questions sur ces expériences particulières et les retours que vous avez pu en avoir, mais nous pourrions reprendre certains éléments lors de la discussion.

**B) MARC BOURQUIN, CONSEILLER STRATEGIQUE AUPRES DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)**  
**LES APPUIS DU SECTEUR HOSPITALIER AU MEDICOSOCIAL DANS UNE LOGIQUE DE RESPONSABILITE POPULATIONNELLE**

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Sans plus attendre, je donne la parole à Marc Bourquin, conseiller stratégique auprès de la fédération hospitalière de France. Il va nous présenter les appuis du secteur hospitalier au médicosocial dans une logique de responsabilité populationnelle.

**Marc Bourquin.**- Merci de me donner la parole et de votre invitation.

Au fond, dès la première vague, la pandémie a été révélatrice de la fragilité générale, mais aussi de l'immense diversité des capacités de réponse. Elle a finalement révélé une défaillance systémique, et c'est la thèse que je défendrai, dans la faiblesse des ressources internes et dans l'extrême diversité des capacités d'organisation sur le territoire.

Nous allons regarder un tableau dans quelques instants, mais ce qui apparaît est que deux termes vont jouer. Premièrement, y a-t-il un minimum de ressources médicales et paramédicales internes ou non ? Deuxièmement, l'établissement s'inscrit-il dans une organisation que l'on appelle filière gériatrique, faute de mieux, qui lui permet de bénéficier de ressources externes pour tenir le choc, qui a été d'une violence inouïe ? Il faut le rappeler, là où la première vague a frappé, il y a eu en quelques jours entre 15 000 et 20 000 morts, selon si on compte les décès dans les Ehpad ou à l'hôpital. Nous sommes sur des phénomènes que nous n'avions pas vus depuis cent ans. Il faut bien avoir en tête la violence du choc, d'où ce révélateur, au sens photographique du terme, des fragilités, qui courent tout le temps au sein des établissements en réalité. Nous y reviendrons peut-être dans les échanges. Quand on n'a pas de ressources médicales et/ou une organisation territoriale, on est en grande difficulté.

À la page suivante, nous pouvons regarder des éléments issus des travaux de la Drees. Je ne vais sûrement pas faire un « cocorico ». Cela va peut-être vous surprendre, mais j'aurais préféré que la ligne de partage ne soit pas forcément faite sur le statut des établissements, mais plutôt s'ils sont en tarif partiel ou en tarif global, notamment avec ou sans PUI (pharmacie à usage intérieur). Nous avons essayé d'avoir des éléments précis des ARS, qui les donnent avec un « élastique ». Vous avez les chiffres sous les yeux, mais je ne sais pas si c'est très lisible.

En gros, en épisodes critiques et en épisodes sévères, on observe une déclivité de 30 % environ entre le public hospitalier, et dans une certaine mesure non hospitalier, et le secteur privé. Ce n'est pas magique, être dans le secteur public n'est pas plus protecteur des résidents comme par magie. Tout simplement, ces structures disposent d'une médicalisation interne, avec des médecins salariés – il faut dire les choses comme elles sont, sans jeter l'opprobre sur les médecins libéraux, ce n'est absolument pas le propos, mais nous pourrions y revenir, c'est un sujet central –, et presque toujours, pour ne pas dire toujours, d'infirmières la nuit. Au contraire, des établissements n'ont pas cela.

Chaque étude a ses limites, ce chiffre ne permet pas de l'identifier, mais la seconde variable est sans doute des facteurs d'environnement, comme l'intervention d'équipes mobiles d'hygiène, qui ont souvent été identifiées comme un appui absolument essentiel, d'équipes mobiles de gériatrie, d'équipes de soins palliatifs, HAD, ou non. Ce sont des facteurs discriminants. Si on fait des règles de trois sur ces chiffres, avec toutes les précautions qui s'imposent, et que l'on se cale par exemple



sur les établissements avec le plus de médicalisation interne, vous voyez que l'on fait disparaître l'écart de mortalité entre la France et l'Allemagne. Aujourd'hui, en Allemagne, il y a eu 95 000 décès. En France, il y en a eu 114 000. Si on fait une règle de trois, on observe que l'on aurait pu sauver 15 000 vies en ayant ce minimum de médicalisation.

Je le dis de manière un peu forte à cause de la relative déception de constater que cela fait six mois que nous parlons avec les pouvoirs publics de la nécessité de tirer les conséquences de la crise, avec empathie de la part des pouvoirs publics. Quand on regarde la boîte finances de la Sécurité sociale, force est de reconnaître qu'on en a un tout petit peu tenu compte, mais, à notre avis, pas du tout assez. Ce n'est pas une question d'argent, mais nous pourrions peut-être y revenir.

Je pense que nous pouvons passer aux pistes concrètes. En amont de l'hospitalisation, il nous semble nécessaire de favoriser les admissions directes. On met presque « une pierre dans notre jardin », si je puis dire, au niveau sanitaire, en contractualisant sur un objectif d'amélioration, d'augmentation des taux d'admissions directes. Cela signifie qu'il faut une incitation financière. Je ne crois pas ou plus aux mesures simplement liées à l'enthousiasme révolutionnaire, cela n'a jamais fonctionné. Si nous voulons réduire le passage par les urgences, qui est de toute évidence délétère, il faut faire un ajustement. Il y a deux méthodes, que je ne développerai pas, soit une forme forfaitaire, soit une bonification de la tarification à l'activité quand il y a une admission directe. Il faut rentrer dans ce détail si on veut que cela avance.

Deuxièmement, il faut pérenniser et généraliser les *hotlines* gériatriques. Je crois que tout le monde l'a dit. Maintenant, il faut le faire. Cela veut sans doute dire une organisation où nous poserions un objectif de principe sur les territoires, une obligation de résultat territorial. Ensuite, nous regarderions un certain nombre de sujets, comme la permanence des soins, où les acteurs du territoire seraient en première intention, en subsidiarité, mis en responsabilité, avec un financement en face pour s'organiser. Puis, si cela ne fonctionne pas, aux pouvoirs publics de prendre leur responsabilité. D'une manière générale, c'est quelque chose que nous voulons pousser dans le cadre des débats, que nous souhaitons nourrir, dans la préparation de la présidentielle.

Enfin, nous proposons de renforcer le recours à l'HAD, aux équipes mobiles internes et externes. On peut dire que le texte de la loi de finances va dans ce sens. Simplement, le sentier de développement nous paraît un peu incertain. Je pourrais développer pourquoi. Un objectif est posé, la généralisation.

J'aurais d'ailleurs pu ajouter la question des IDE<sup>39</sup> de nuit partagées. Là aussi, il faut entrer dans le détail. Nous pensons qu'une astreinte infirmière est insuffisante. Excusez-moi, c'est un peu un plaidoyer *pro domo ex post*, mais nous pensons que le modèle francilien, qui considérait qu'une infirmière pouvait étayer les équipes de nuit dans trois établissements en passant dans chacun d'eux pendant la nuit, même pour une heure, est supérieur à une simple astreinte. C'est un peu le modèle que défendent aujourd'hui les pouvoirs publics, qui consiste à dire qu'une infirmière peut être en astreinte sur dix établissements. C'est vrai que cela permet de traiter l'urgence, mais cela ne permet pas ce réassurance des équipes, ce transfert des compétences. Il nous semble que considérer que chaque Ehpad a un tiers-temps d'infirmière la nuit est un objectif réaliste. On va nous dire que nous ne pouvons pas les recruter, mais c'est un autre débat. On ne peut pas ne pas poser de

---

<sup>39</sup> Infirmier(ère) en soins généraux.

mesures fortes au motif que nous rencontrons des difficultés de recrutement. Sinon, c'est « le serpent qui se mord la queue », et nous ne recruterons jamais personne.

Pour le séjour hospitalier, il faut rouvrir des lits de médecine. Pas partout, pas toujours, mais il y a des régions où les lits de médecine ont été éradiqués dans les hôpitaux locaux, et, dans un certain nombre de cas, il faut les rouvrir avec des objectifs précis. Il faut aussi développer l'hébergement temporaire au sein des Ehpad en sortie d'hospitalisation. Cela nous semble une mesure intelligente qu'il faut déployer plus fortement, et qui fera des économies. Bien loin de coûter, cela évite des réhospitalisations et peut se démontrer, des études ont été faites sur ce point. Nous pourrions y revenir. Enfin, évidemment, c'est la bonne nouvelle de la LFSS<sup>40</sup>, à condition que le texte reste en l'état, il faut déployer une vraie tarification pour les Ssiad<sup>41</sup>, pour qu'ils puissent jouer leur rôle, notamment en évitement des hospitalisations et de l'hébergement chaque fois que c'est possible.

Néanmoins, rien ne se fera sans une amélioration des conditions de travail, 100 % des professionnels le disent et le demandent. Encore plus que l'augmentation des financements et des salaires, qui est déjà effective, il faut un vrai plan de recrutement pour sortir du cercle vicieux dans lequel le service des Ehpad est enfermé. Je ne reviens pas sur les IDE de nuit. Un point qui nous semble absolument essentiel, c'est la question du financement d'un temps minimum de médecins traitants pour tous les résidents qui n'ont pas de médecins traitants. Pas pour tous, c'est très bien pour ceux qui ont des médecins traitants, mais 30 % environ n'en ont pas. Ensuite, et c'est la déception de cette LFSS pour nous, il faut absolument réactiver le tarif global. C'est un moyen d'améliorer le prendre en soin. Cela veut dire ouvrir enfin le chantier technique de la fongibilité des enveloppes, parce que le tarif global ne coûte pas d'argent, c'est simplement utiliser l'enveloppe de ville pour mieux médicaliser les Ehpad. Enfin, il faut une diversification des métiers IPA<sup>42</sup> en gériatrie, mais cela a été évoqué.

Je finis à bride abattue pour vous dire qu'une expérimentation s'est déjà développée sur deux pathologies chroniques, le diabète et l'insuffisance cardiaque, sur cinq territoires, portée par la FHF. Maintenant, nous voulons la déployer très fortement sur le champ des personnes âgées. Nous avons engagé une réflexion dans ce sens. Nous pensons que le levier de la prévention, au travers de schémas qui sont à la fois médicosociaux et cliniques, en identifiant les fragilités, est très important pour éviter que la vague démographique, qui va arriver dans les années à venir, n'engloutisse finalement sous son poids le peu de progrès que nous avons pu réaliser ces dernières années.

Cet aphorisme, sans cesse répété, mais jamais appliqué, qu'« il vaut mieux prévenir que guérir », c'est cela, le sens de la responsabilité populationnelle. Nous pourrions y revenir en détail. Merci.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.** - En tant que médecin, j'aurais 100 000 questions à vous poser. J'ai deux remarques. Concernant le nombre d'Ehpad touchés pendant la crise selon les secteurs, le public territorial se défend relativement bien. Une recherche est également nécessaire pour voir ce qu'il se passe à ce niveau. Ce que l'étude Encopad montre, c'est que nous ne pouvons pas tirer des généralités sur tout mais que la médicalisation est en effet un élément majeur.

---

<sup>40</sup> Loi de financement de la Sécurité sociale.

<sup>41</sup> Services de soins infirmiers à domicile.

<sup>42</sup> Infirmier en pratique avancée.

S'agissant de cette coopération entre HAD, équipes mobiles de soins palliatifs, Ssiad et CAD, je pense que nous devons sûrement mener une réflexion plus importante, notamment dans les territoires ruraux, où il sera plus difficile de trouver une infirmière pour trois établissements alors que les déplacements sont difficiles. Je ne sais pas si vous voudriez réagir par rapport à ce point.

**Marc Bourquin.**- Oui, absolument. C'est vrai que la question des infirmières de nuit n'est pas absolument généralisable. En revanche, nous avons posé la question dans beaucoup d'établissements, et, dans ceux où s'est mis en place, le retour des équipes est systématiquement que c'est le jour et la nuit. Quand l'aide-soignante est seule, elle est démunie et dans l'inquiétude. Je renvoie à l'étude faite par le Gêron'd'if en Île-de-France, qui a comparé, sur trois ans, 50 établissements qui n'avaient pas d'infirmières la nuit, et 21 établissements, par groupes de 3, qui en avaient. Ils ont observé une baisse de 40 % des hospitalisations et une baisse du nombre de décès. En revanche, dans les décès constatés, beaucoup plus étaient intervenus dans l'établissement, avec un triplement des actes de soins palliatifs. Cet effet de levier de l'infirmière de nuit existe bien.

Cela étant, je suis d'accord qu'il y a des territoires très peu densément peuplés où ce n'est pas possible. Un petit bémol, tout de même, il faut parler en temps de déplacement, et pas en kilomètres. Pour une infirmière, faire 10 ou 12 kilomètres la nuit sur une route bétonnée, ce n'est pas forcément très compliqué. En revanche, en montagne ou sur le plateau de Millevaches, je suis d'accord qu'il faudra trouver d'autres solutions, en alliant télésoin et d'autres structures.

Cela étant, il n'y a pas d'amour-propre sur ce sujet, des infirmières des Ssiad peuvent aussi intervenir, ou des infirmières libérales. Nous avons abandonné tout hospitalo-centrisme.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Merci beaucoup.

### C) MARIE-ANNE FOURRIER, DIRECTRICE TRANSFORMATION ET DEVELOPPEMENT FRANCE DU GROUPE KORIAN

#### LE RENFORCEMENT DES COOPERATIONS ENTRE EHPAD ET STRUCTURES SANITAIRES ET L'ACCELERATION DU DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE EN EHPAD PENDANT LA CRISE COVID

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Nous évoquons la problématique de l'informatisation, de la télémédecine, de l'appui possible. Marie-Anne Fourier, directrice transformation et développement France du groupe Korian, nous parlera du renforcement des coopérations entre Ehpads et structures sanitaires, et de l'accélération du déploiement de la télémédecine en Ehpads pendant la crise Covid. Je vous laisse la parole.

**Marie-Anne Fourier.**- Merci. Je suis contente de porter la voix du privé lucratif, puisque je crois être la seule ici. Je tiens également à dire que mon cœur est encore aux services publics hospitaliers.

Je vais aborder trois axes. Le groupe Korian a fait face à cette crise en développant trois axes de coopération avec le secteur sanitaire. Le premier axe a été largement développé par Marc, c'est la nécessaire coopération entre le secteur médicosocial, les Ehpads, en l'occurrence, et le sanitaire. Le deuxième axe, Marc y a fait allusion également, c'est le développement de tout ce qui est équipes mobiles et interventions à domicile ou dans les Ehpads par ces équipes mobiles ou HAD. Le troisième axe, c'est effectivement la télémédecine.

Je reviens juste sur le principe de nécessaire coopération entre le sanitaire et le médicosocial, que le Covid a vraiment mis en exergue. Dans les Ehpads, privés comme publics, nous avons rencontré des difficultés pour transférer des résidents lorsque c'était nécessaire. Je dis « lorsque c'était nécessaire », car, bien entendu, certains résidents contaminés par le Covid nécessitaient une prise en charge adaptée, qu'il n'était pas possible d'assurer avec les moyens de certains Ehpads, sous médicalisés. Nous l'avons vu précédemment dans certains cas. Le deuxième cas de figure, c'était pour les résidents poly pathologiques qui ont malencontreusement décompensé à ce moment-là, et qui nécessitaient également une prise en charge plus médicalisée que ce qui pouvait être proposé dans des Ehpads. Pourquoi ces transferts étaient-ils difficiles ? Dans de très nombreux cas, à cause d'une absence de lits, voire d'un refus catégorique de certains établissements de santé qui nous disaient qu'ils ne pouvaient pas hospitaliser des résidents, qui plus est très dépendants, et d'une saturation du 15, qui gérait ces transferts.

Une situation très compliquée, donc, qui nous a imposé de développer des solidarités. Elles existaient déjà, mais ont été renforcées par ce contexte de crise. Je dirais qu'il y a eu trois types de solidarités et de coopérations. Il y a eu ce que l'on appelle dans le jargon des hospitaliers le « délestage ». Quand les services de court séjour ont eu besoin de « vider des lits » pour accueillir des patients Covid lourds, les patients ont notamment été envoyés en soins de suite et réadaptation. Parfois, c'étaient des personnes âgées, qui étaient donc admises en Ehpads. C'était un premier flux, et nous avons participé à ce délestage du secteur du court séjour hospitalier.

Le deuxième type de coopération imposée et nécessaire, nous n'en avons absolument pas parlé aujourd'hui, donc je suis fière de prononcer le terme « soins de suite et réadaptation » (SSR). Le secteur de soins de suite et réadaptation est tout à fait important dans la gestion de cette crise. Je parle de l'expérience que nous avons vécue directement chez Korian, mais je crois que cela a également été le cas ailleurs. Ces soins de suite et réadaptation, ce sont des structures

anciennement de moyen séjour qui permettent d'accueillir des personnes qui ne sont pas en situation pathologique aiguë mais qui demandent une surveillance et des soins importants. Ces soins de suite et réadaptation ont permis de faire ce que Marc évoquait : les admissions directes de résidents d'Ehpad qui nécessitaient une hospitalisation et qui ne pouvaient pas être admis en court séjour, faute de lits. Il faut savoir que nous avons 74 SSR chez Korian. Je n'ai pas les chiffres en tête sur le SSR, tu les as peut-être, Marc, mais il y a un nombre important de structures disponibles en France, dans lesquelles nous avons pu traiter ces résidents provenant des Ehpad.

Un autre type de lien que nous avons peu évoqué, et je crois que c'est important de le dire, est qu'il y a eu des coopérations privé-privé, entre groupes privés, entre structures privées ; il y a eu des coopérations privé-public, c'est-à-dire entre groupes privés, établissements privés et hôpitaux publics, et il y a eu aussi des coopérations public-public, mais elles sont largement structurées avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et étaient donc sans doute plus simples à concevoir. En Île-de-France, nous avons très rapidement mis en place une cellule de régulation francilienne pour nos établissements franciliens. Nos soins de suite et réadaptation ont très vite créé un guichet unique pour accueillir les résidents qui nécessitaient une hospitalisation, après avoir évalué la pertinence de ces hospitalisations et de ces transferts et identifié les établissements les plus adaptés pour les accueillir.

Le premier enseignement, pour moi, de cette crise Covid, c'est le fait qu'il faut décroisonner. On ne dit jamais assez ce mot, décroisonnement, mais, en période de crise, il est plus que jamais le maître-mot. Il faut notamment décroisonner entre Ehpad et SSR, puisque, encore une fois, le SSR permet de réduire le passage par les urgences et les courts séjours, dont on connaît les aspects délétères.

Le deuxième axe qui me semble important dans le cadre de cette réflexion sur la coopération médicosociale et sanitaire, ce sont ces équipes mobiles et HAD, que nous avons déjà évoquées. Je ne vais pas m'y appesantir. Nous l'avons déjà dit, c'est revenu plusieurs fois ce matin, les CPIas ne sont pas aussi actifs et développés partout. Il n'y a pas d'équipes mobiles gériatriques et soins palliatifs sur tous les territoires. J'ajouterai que ces structures sont très souvent l'apanage du public. Ce sont des structures publiques. Nous, privé, avons souvent un accès limité à ces structures, d'où notre difficulté à avoir des interventions dans les Ehpad privés de ces structures très aidantes, pour aider à donner un avis thérapeutique spécialisé et à mettre en place des protocoles spécifiques.

La chose que nous avons, ce sont des HAD. Ce que nous avons fait, c'est que nous avons développé les interventions de nos équipes de HAD dans les Ehpad. Cela a permis de répondre à des prescriptions pour des résidents qui ne pouvaient pas être hospitalisés, mais qui nécessitaient une prise en charge médicale, donc oxygénation, pansements complexes ou fin de vie. Par cette action de coopération entre le HAD et les Ehpad, nous avons également soulagé les équipes des Ehpad. Nous l'avons dit à plusieurs reprises également depuis ce matin, elles étaient épuisées, fatiguées, en pénurie d'effectifs. Ces interventions de HAD sont arrivées comme du pain béni, pour alléger cette charge de la prise en charge médicale dans les Ehpad.

Le deuxième enseignement de notre point de vue, c'est que cette crise Covid met en évidence la nécessité de développer toutes les formes de prise en charge médicale mobile, que ce soient des équipes mobiles classiques ou de l'HAD, dans les établissements d'Ehpad.

Le troisième enseignement, c'est l'intervention à distance, c'est-à-dire le déploiement de la télé-médecine dans les Ehpad. Nous l'avons vraiment éprouvé chez Korian, puisque nous avons équipé en quelques mois nos 300 Ehpad d'un système de télé-médecine assez léger. Nous avons

utilisé des tablettes à disposition des Ehpad et nous avons « branché » les médecins volontaires, parce que tous les médecins n'étaient pas en mesure de répondre à cet appel au volontariat. Il y a eu des Medec, des médecins coordonnateurs, qui ont été partants pour prendre une plage ou deux par semaine de téléconsultation de médecine générale pour les Ehpad. Des médecins qui exerçaient dans les cliniques de soins de suite et réadaptation ont également topé pour participer à cet effort.

Cela nous a permis d'organiser une sorte de *pool* de télémédecine, interne à Korian pour l'instant, qui répondait et répond encore, puisque nous avons pérennisé l'expérience. Aujourd'hui, trois heures par jour, les Ehpad de Korian peuvent recourir à cette ressource médicale rare, et avoir un avis médical tous les jours, 7 jours sur 7, 365 jours sur 365. Cela n'a l'air de rien, mais c'est extrêmement précieux en termes de sécurisation, aussi bien pour les résidents et les familles que du point de vue des soignants. Les infirmières sont souvent mises à mal par l'absence de médecins sur place, que ce soit des Medec, voire des Medec et des médecins traitants.

Ce troisième enseignement, pour moi, est de développer la télémédecine, une télémédecine accompagnée, améliorée, puisque nous travaillons avec la téléassistante qu'est l'infirmière de l'Ehpad, que nous formons pour cet accompagnement de la téléconsultation. Développons cette télémédecine en Ehpad, très spécifique, pour donner un accès aux médecins à tous les Ehpad de France, tous les jours, même si c'est pour quelques heures par jour. C'est extrêmement précieux.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Merci beaucoup. « Décloisonnement », « coopération », ce sont des mots-clés que vous avez employés, avec l'élargissement de la télémédecine sur des espaces plus lointains, en utilisant les ressources internes, puisque vous disiez que des médecins coordonnateurs et des médecins du groupe pouvaient intervenir. Au-delà des structures sanitaires, est-ce que le décroisonnement à cette coopération peut aussi s'appliquer au niveau du domicile ?

## D) MARC DUPONT, VICE-PRESIDENT DE L'UNA

### LA CRISE COVID-19 COMME LEVIER DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE DES SERVICES ET LES MOYENS POUR ASSURER LA CONTINUTE DE SERVICES

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Je demanderai à Marc Dupont, vice-président de l'UNA, de nous parler de la crise Covid comme levier de la transformation de l'offre des services et les moyens pour assurer la continuité de service.

**Marc Dupont.**- Je voudrais d'abord prendre une précaution et vous dire qu'il faut mettre des points d'interrogation à presque tous les mots, pour des raisons qui ont déjà été évoquées par les intervenants précédents. Il y a une extrême diversité sur l'ensemble du territoire, donc ce que l'on peut dire sur une situation ne vaut pas forcément sur la région d'à côté. Aussi, peut-être, je ne sais pas si la crise du Covid est un accélérateur, mais, en tout cas, et je reprendrai le titre d'un petit ouvrage sur le Covid sorti il y a quelques mois sous la direction d'Éric Fottorino, c'est *Ce que le Covid nous a appris*. En étant un peu plus modeste, on peut peut-être essayer de se limiter à cela.

Deux *slides* très rapides pour vous dire un peu ce dont on parle. L'UNA, c'est environ 650 structures adhérentes, 77 000 professionnels et 520 000 personnes aidées, qui regroupent dans ses structures adhérentes aussi bien des associations que des mutuelles, des CCAS, des CIAS<sup>43</sup>, etc. À partir du tissu de nos adhérents, le point de vue est très large. Parallèlement, son activité est très large également puisque nous avons des Saad, des Ssiad, des centres de santé infirmiers, des Saad familles, etc., plus des accueils de jour, des plateformes de répit et de l'habitat partagé. C'est à partir de ce tissu que nous pouvons nous exprimer aujourd'hui devant le Haut Conseil.

Ensuite, deux *slides* pour vous dire quelle était la situation dans l'aide à domicile avant la crise, c'est un élément tout à fait important. La première chose, c'est une tendance quasiment généralisée à avoir un modèle de financement des services déficitaire, même s'il est très hétérogène sur l'ensemble du territoire, comme je l'ai dit, et avec un écart de l'ordre de 2 euros entre le coût de production horaire d'une prestation et le tarif reconnu à la Saad. Cet élément pèse évidemment fortement.

Le deuxième élément qui pèse fortement, c'est le manque d'attractivité des métiers. C'est assez classique dans le secteur de l'aide à domicile, et cela s'est renforcé depuis le Ségur de la santé en particulier et pour des professions comme les aides-soignantes. On a vu, et on comprend bien pourquoi, beaucoup d'aides-soignantes quitter nos services pour rejoindre les établissements. Tant mieux pour les établissements et pour les personnels, qui ont pu bénéficier d'augmentation de salaire, mais tant pis, malheureusement, pour nos services, qui ont rencontré des difficultés, en particulier de Ssiad. Pour fixer un peu les idées, nous faisons faire une étude depuis plusieurs années par une société de sondage sur les interventions et les demandes d'accompagnement qui n'ont pas pu être prises en charge compte tenu de nos difficultés de recrutement. Pour cette année 2020, on est à 20 %. C'est un élément qui pèse aussi.

Enfin, et là encore je n'apprendrai rien à personne autour de cette table, la gouvernance du secteur est éclatée entre deux autorités de tutelle, malgré le modèle Spasad<sup>44</sup> qui commence à se

---

<sup>43</sup> Centres intercommunaux d'action sociale.

<sup>44</sup> Services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

développer depuis quelques années, qui est un modèle de gouvernance qui n'est pas abouti. Ce sont trois éléments.

Ensuite, deux éléments complémentaires, dont l'un n'aura pas de secret pour les membres du Haut Conseil. Le premier, c'est le rapport Libault, qui rappelle que les tarifs pratiqués sont parfois inférieurs aux coûts. On a souvent l'habitude de dire que le secteur d'aide à domicile est toujours dans la plainte. Là, ce n'est pas une plainte, c'est une objectivation d'un certain nombre de situations budgétaires qui ont amené Dominique Libault à faire ce constat dans son rapport. Le rapport du Haut Conseil de la famille et de l'enfance avait porté le même discours.

J'en ai fini avec les éléments de contexte par rapport à la situation de l'aide à domicile « pré-Covid », si on peut dire. Ensuite, la grande question a été la continuité d'activité. Comme le montre le graphique que vous avez sous les yeux, nous nous sommes retrouvés, grosso modo, avec deux tiers du personnel présent, plus une partie en activité partielle. Nous avons été très fortement touchés par les questions d'arrêt maladie ou les arrêts pour garde d'enfants.

Nous avons été amenés à prioriser, après discussion avec les conseils départementaux, qui sont nos principaux donneurs d'ordre, en concentrant l'activité sur les situations les plus critiques. On peut considérer qu'une certaine continuité de ces activités essentielles a pu être assurée. En même temps, c'était quand même une situation très fragile. En tout cas, je le disais tout à l'heure et je le répète ici, les situations étaient très hétérogènes suivant les territoires. Pour avoir participé à presque toutes les visioconférences hebdomadaires avec la ministre, et avec un certain nombre de personnes qui sont autour de la table aujourd'hui, d'ailleurs, je crois que cette hétérogénéité avait été notée par tout le monde.

Au chapitre des coopérations que nous avons pu noter ou regretter de ne pas noter, on peut par exemple dire que, et cela a déjà été évoqué, il y a eu des situations extrêmement diversifiées sur les centres d'appui à la prévention des infections associées aux soins, les fameux CPIas, là encore. On peut prendre deux exemples extrêmes, avec une coopération relativement satisfaisante en Bretagne, mais une absence quasiment complète en région Auvergne-Rhône-Alpes. Voilà pour cet aspect.

Ce qui est apparu aussi, c'est une nécessité faisant loi, si on peut dire, de mise en commun de moyens logistiques, ou de confier à une fédération le rôle de pivot pour la distribution des équipements de protection individuels. Vous le savez, cela a été la grande question du début du Covid, comment arriver à protéger nos salariés pour qu'ils ne soient pas contaminés par d'éventuels usagers eux-mêmes malades, ou pour qu'éventuellement ils ne soient pas dans la situation inverse.

Dans les coopérations indispensables, toujours, il y a la question des coordinations aval, c'est-à-dire comment faire pour maintenir une qualité de soin et de prise en charge à domicile pour éviter les hospitalisations. Nos services ont joué un rôle de sentinelle, qui permettait de tirer le signal d'alarme au moment le plus pertinent pour que la prise en charge purement médicale se mette en place. J'évoquais tout à l'heure la question des sorties d'hospitalisation. Nous aurions parfois souhaité qu'elles se passent de façon un peu mieux coordonnées, puisque nous avons noté un certain nombre de situations où la reconnaissance de l'apport des services d'aide à domicile était relativement faible. Évidemment, nous pouvons faire une particularité géographique sur le Grand Est, qui était particulièrement touché, comme vous le savez. Dans cette région, il est clair qu'il a fallu faire face à une forte demande d'accompagnement en sortie d'hospitalisation.



J'ai déjà évoqué les EPI<sup>45</sup>, je ne reviens pas dessus.

S'agissant de l'appui aux établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap, nous avons sûrement une vision un peu partielle, mais 10 % environ du réseau est intervenu pour accompagner des personnes, sans que nous puissions mesurer véritablement plus finement les choses.

Enfin, concernant la mise à disposition de salariés des Saad pour intervenir en remplacement en Ehpad, nous n'avons pas eu beaucoup de remontées, si ce n'est des interrogations sur les aspects juridiques. Il s'agissait éventuellement de faire des conventions entre établissements et services pour que les uns puissent aller travailler chez les autres.

Sur la question des vaccinations, nous avons été très préoccupés. Nous nous étions ouverts lors des fameuses visioconférences que j'évoquais tout à l'heure sur la question de ce que nous avons appelé « les immobiles ». Pendant un certain nombre de semaines, la question de ces personnes qui ne sont pas capables d'aller dans les vaccinodromes ou dans des postes avancés de vaccinodromes s'est posée sans que nous puissions véritablement déboucher sur une solution. Il a fallu beaucoup de patience et de temps pour que nous arrivions à faire, non pas le dernier kilomètre, mais les derniers mètres, jusqu'aux personnes qui étaient dans une situation rendant impossibles leurs déplacements.

Nous avons eu quelques exemples, dont l'un est particulièrement abouti, celui de Saint-Omer dans le Pas-de-Calais, avec une coopération entre médecins traitants, cliniques, etc. C'est une expérience pour laquelle il a fallu attendre que des évolutions de réglementation le permettent. Un autre exemple de coopération sur la vaccination, c'est le Vacci'Bus du conseil départemental de Lot-et-Garonne, qui a été « opéré », comme on dit dans l'aviation, par une structure d'aide à domicile.

Quels enseignements tirer à partir de la crise Covid ? Le premier a été dit par les intervenants précédents, même si cela ne s'appliquait pas tout à fait au même secteur, c'est finalement une grande méconnaissance de l'activité des services à domicile, sur la nature de l'accompagnement que ces services sont capables de produire et sur le niveau d'activité. Il y a eu des problèmes sur les EPI, mais on va dire que ce n'est pas forcément le problème central. En tout cas, probablement que, à cause de cette ignorance de ce qu'était capable d'apporter l'aide à domicile, nous avons eu une perte d'efficacité collective du système de prise en charge.

Le deuxième enseignement de la crise Covid, c'est l'hétérogénéité des dynamiques de coopération. Nous l'avons déjà évoqué, je viens de l'évoquer dans mon propos, et d'autres l'ont évoqué avant moi. Il est clair que nous aurions pu imaginer que des coopérations soient plus organisées, et pas forcément dans le sens plus ou moins unique des établissements vers les services d'aide à domicile.

Toujours au chapitre des enseignements, des synergies ne sont pas facilitées par le double pilotage ARS/conseils départementaux (CD) que nous avons évoqué tout à l'heure. Dans un certain nombre de régions, il y a eu une association assez volontariste par les ARS, les services d'aide à domicile. Dans d'autres, moins. Dans certaines régions, les ARS ont organisé des réunions régulières de travail avec les CD. Dans d'autres, un peu moins. Nous avons sûrement là quelque chose de très

---

<sup>45</sup> Équipement de protection individuelle.

lourd. Il serait bon qu'un jour une loi finisse par réguler cette affaire, ou tout au moins par la faire progresser.

Enfin, il y a le virage domiciliaire, que tout le monde appelle de ses vœux, ou presque. Il passe par la généralisation des Spasad dans une version rénovée. Les premières pierres sont posées par le PLFSS de cette année, en quelque sorte, même s'il y a probablement encore un peu trop de complexité dans ce qui nous est proposé. Surtout, pour nous il passe par une reconnaissance de la professionnalité de l'aide à domicile. Il y a un enjeu majeur à ce que l'aide à domicile ne soit pas considérée simplement comme des tâches domestiques, comme on a trop souvent l'habitude de le faire, mais soit considérée dans toutes les dimensions de ce qu'elle peut apporter.

La question de la coordination a été évoquée tout à l'heure avec les PTA, mais nous pourrions le répéter avec les CPTS, qui sont en train d'essayer petit à petit sur l'ensemble du territoire. Il est vrai que, pour nous, la participation du service d'aide à domicile dans les CPTS est un enjeu tout à fait clé de cette reconnaissance et de cette meilleure carburation du collectif.

Enfin, c'est à la mode en ce moment, il y a la question du nouveau modèle de financement. Nous avons pris acte d'un certain nombre d'évolutions dans le PLFSS 2022, donc il faudra sûrement aller plus loin, y compris dans la reconnaissance des coûts complets et des fonctions supports, par exemple, qui viennent d'ailleurs d'être actés par une décision du Conseil d'État dans ce sens. Il faudra également arriver à stabiliser complètement les coopérations Ssiad/Saad.

Merci de votre attention.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.** - Merci, Monsieur Dupont. Je retiendrai « intégration », « coordination », ou, comme depuis le début de cette table ronde, les mots « disparité territoriale », « mutualisation », « coopération », « décroisement », « défaillance systémique », et puis « pérennisation » et « information ».

## E) SEBASTIEN PODEVYN, DIRECTEUR GENERAL FRANCE SILVER-ECO LA SILVER ECONOMIE A L'APPUI DE LA STRUCTURATION DES FILIERES : LA CRISE COMME ACCELERATEUR

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Pour conclure cette table ronde et avant de passer à la discussion avec la salle, je laisse la parole à Sébastien Podevyn, directeur général de France Silver-Eco, pour nous parler de la *silver* économie à l'appui de la structuration des filières, la crise comme accélérateur.

**Sébastien Podevyn.**- Merci. Forcément, cette intervention est un peu en pas de côté par rapport à ce qui a déjà été fait. En deux mots, on parle d'une filière économique, tout d'abord, et on parle d'une filière qui s'intéresse à quelque chose d'extrêmement large. Lorsque l'on parle des seniors, on parle d'un public fondamentalement assez hétérogène. Néanmoins, quels enseignements de la crise Covid pouvons-nous tirer au moment où nous parlons en ce qui concerne cette filière ?

Premièrement, la question du numérique. Nous avons beaucoup parlé des établissements et de ce qui avait été mis en place dans les établissements médicosociaux. À l'occasion d'une initiative conjointe menée par la fédération du Crédit Agricole, et en travaillant avec la FHF, l'Unacass, la Fehap, et le Synerpa, c'était intéressant d'avoir les quatre acteurs autour de la table, nous avons tout simplement commencé par demander aux Ehpad s'ils étaient équipés en moyens de communication pour relier les familles aux personnes se trouvant à l'intérieur de ces différents établissements.

Finalement, nous avons livré 11 000 tablettes et du matériel permettant d'installer le Wi-Fi. Environ 3 000 structures étaient dans une situation de sous-équipement extrêmement important. C'est un premier enseignement, qui nous a évidemment frappés. Je ne le dis pas parce qu'il est là mais parce qu'il a fait un rapport qui était déjà très éclairant sur le sujet bien avant la crise Covid, la filière avait déjà mis en avant ces éléments à travers le rapport Bourquin-Aquino. Si on va plus loin et en termes d'enseignement, la question est maintenant d'avoir un temps humain dédié au fonctionnement, à l'amélioration, etc., à l'intérieur de chaque établissement.

En tout cas, la question numérique en établissement est apparue très crûment, mais, en même temps, elle nous a permis d'avancer. Il y a eu, j'allais dire, un « élément positif ». Ce qu'il faut mettre en avant, c'est qu'il y a eu une dichotomie assez forte avec le domicile. Paradoxalement, la crise Covid nous a montré les faiblesses du domicile. Je dis « paradoxalement », parce que, avec le *bashing* des Ehpad, la lumière était souvent tournée vers les établissements. Nous avons réussi à avancer beaucoup plus facilement avec les établissements par rapport au domicile. C'est le premier élément sur le numérique.

Nous partons du principe que les 600 millions d'euros du Ségur de la santé, qui prennent aujourd'hui en compte la question du domicile, vont nous aider, au moins sur les services socles, à rattraper un retard structurel et à dynamiser le secteur et la construction de services interopérables, etc. C'est le premier enseignement.

Le deuxième enseignement, c'était la question de l'isolement. Là encore, il y a eu un déséquilibre entre la prise de conscience en établissement et la question du domicile. Nous avons très vite travaillé sur la question des établissements. Comme je vous le disais, avec les fédérations, avec tout un tas d'acteurs qui avaient envie de financer des outils permettant de sortir de l'isolement, nous avons très rapidement pu mettre en œuvre un certain nombre de choses, toujours en établissement.

Néanmoins, il y a eu beaucoup moins de choses en direction du domicile. Il faut quand même noter un certain nombre de mutuelles qui ont mis en place des outils, des numéros de téléphone, des services mails, etc., je pense à l'AG2R, qui a fait quelque chose d'assez complet là-dessus, et qui ont tenté de se tourner en direction du domicile pour avancer sur ce point. Néanmoins, de notre côté, nous avons vu, malgré tout, une réelle faiblesse.

Certains d'entre vous ont certainement lu le rapport Guedj. Il y en a eu deux, un rapport « flash », publié dès le mois d'avril 2020 avec 10 propositions phares, et un rapport, publié en juillet 2020, avec 36 propositions. Cette question de l'isolement des personnes âgées à domicile y est centrale. Nous avons une vision « panoramique », mais cette question nous amène tout de suite à nous demander comment y répondre. Je sais que c'est parfois quelque chose qui fait débat, mais trouver comment mettre autour de la table tous les acteurs capables, demain, de prendre contact avec les personnes âgées, notamment les personnes âgées qui sont sous les radars des CCAS, etc. Je ne le dis pas parce que Delphine Mallet est là, mais La Poste est un acteur qui peut être essentiel demain pour faire remonter des informations. Je prends toujours l'exemple de ma famille, à Grandrieu, en Lozère. Je peux vous dire qu'ils ne voient pas grand monde, mais ils voient des facteurs chaque semaine malgré tout. C'est important, il faut travailler sur cette question de l'isolement.

Un autre enseignement rejoint la question de l'isolement et la question du numérique. Nous avons réussi, pour la première fois, à opérer un recensement de tous les outils numériques, de toutes les propositions numériques, pour rompre l'isolement, avoir une activité cognitive, avoir accès à un certain nombre d'activités de loisirs, etc. C'était la première fois que nous réussissions ce recensement. Si nous devons retenir un enseignement de cette crise sur la structuration de la filière, c'est que la crise a permis à des acteurs qui rencontraient des difficultés à – je donne le mot que tout le monde a déjà dit – coopérer de se dire qu'ils sont capables, dans un moment de crise, de travailler ensemble pour avancer.

Autre exemple concret, toujours sur cette question de l'isolement. L'Afrata, l'association des téléassistants, a réussi à proposer une offre commune tout en établissant un niveau tarifaire socle. Ils ont réussi à avancer, ce qui était jusqu'à présent absolument impossible.

Cette question de la crise nous place assez frontalement face à la difficulté que certains ont eu à travailler avant et à la possibilité qu'ils ont de travailler ensemble. Cela nous amène à nous dire : « *Comment ferons-nous, dans un retour à la normale, pour maintenir cette pression qui a permis, au fond, d'avancer dans la structuration d'une partie de la filière ?* »

Le troisième élément sur lequel je souhaitais intervenir, c'est la question du commerce. De notre côté, les solutions de livraison commerciale se sont multipliées, notamment en direction des seniors, avec une palette extrêmement large. Cela allait de livraisons gratuites, opérées par des associations dans un but totalement non lucratif, à la construction de services de livraison sur-mesure, en direction de seniors, où on va plus loin que simplement livrer les courses, mais où on va les ranger, etc. Du côté du commerce et en ce qui concerne la livraison, qu'elle soit solidaire ou lucrative, nous avons vu une avancée.

Il y a donc eu des avancées. La réalité de la crise Covid en ce qui concerne la *silver* économie, c'est l'hétérogénéité des conséquences suivant les éléments, suivant les secteurs. Je vais prendre deux exemples pour vous montrer que c'était un peu plus complexe.

La question de la mobilité a évidemment été fortement impactée par la crise, c'est une lapalissade. En fait, elle a démontré à quel point, aujourd'hui, l'organisation des transports n'incluait absolument pas les seniors. Quand on parle du virage domiciliaire, je suis tout à fait d'accord – en plus, nous sommes dans les locaux de la CNSA –, il n'est envisageable qu'à partir du moment où on y associe très fortement la question de la mobilité. Or, c'est un fait avéré, les transports ne prennent pas en compte la séniorité aujourd'hui. Très récemment encore, un sondage indiquait que, en juillet 2021, un senior sur cinq avait décidé d'arrêter totalement de prendre les transports en commun depuis la crise Covid, et que seulement un tiers envisageait de les reprendre, non pas fréquemment, mais régulièrement. De ce point de vue, on voit bien que la crise a complètement fait chuter l'utilisation des transports.

Cela veut donc dire que, dans la structuration de la filière, nous sommes dans une difficulté accrue après la crise par rapport à avant, notamment sur ce modèle. En plus, les opérateurs de transports nous disent : « *Vous êtes gentils, mais, avant de parler des seniors, nous avons d'autres sujets, notre modèle économique, la question climatique, la question environnementale, etc.* » La transition démographique passe après, et la crise a amplifié une situation déjà existante.

Le dernier élément de contexte en ce qui concerne ces enseignements, c'est la question de l'habitat. Cela a été évoqué il y a quelques instants avec la question des Saad avec l'UNA. De ce point de vue, il y a eu une faiblesse, et on voit que la question de l'attractivité des métiers est amplifiée à nouveau.

Concernant les enseignements, si nous voulons véritablement mettre en place le virage domiciliaire, comme cela a été évoqué, nous devons avancer sur un certain nombre de choses. Tout d'abord, il y a la question de la coordination. Le terme CPTS a été utilisé à plusieurs reprises. On voit que, là où les CPTS existaient, étaient connues, cela a fonctionné et a permis des liens entre le sanitaire le médicosocial, parfois encore plus largement. Il y a également la question de l'Ehpad du futur, de l'Ehpad ressources pour un territoire. La question du virage domiciliaire, c'est aussi une question d'aménagement du territoire, qui ne se fera pas sans un Ehpad ressources.

Le dernier point sur ce sujet, c'est la question de la réflexion sur le parcours résidence senior, ou comment on pense tout cela. À partir des enseignements que nous avons tirés de la crise, nous allons essayer d'avancer sur ces sujets et de voir concrètement comment nous pouvons poursuivre une coopération entre des acteurs qui se méfient parfois les uns des autres, pour des raisons culturelles, etc., mais qui ont un intérêt commun à avancer ensemble.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.** - Merci beaucoup. Les présentations ont été extrêmement riches et enrichissantes.

## II) Discussion

### A) DISCUTANTS

#### **1) P<sup>r</sup> Olivier Guérin, président de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)**

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Il nous reste un peu de temps pour échanger. J'invite les participants à distance à poser leurs questions par écrit.

Le P<sup>r</sup> Olivier Guérin, président de la société française de gériatrie et de gérontologie, nous a rejoints en visioconférence. Je lui demanderai de lancer la discussion à partir des éléments qui ont été présentés. Nous avons parlé de l'Ehpad du futur, l'Ehpad plateforme, un élément qui est évoqué dans son rapport, qu'il a présenté conjointement avec M. Claude Jeandel. Je lui demande d'introduire cette discussion avec la salle.

**P<sup>r</sup> Olivier Guérin.**- Merci, Gaël. Bonjour à tous. Je suis à distance parce que je participe en ce moment au congrès européen de gériatrie avec l'ensemble des présidents des sociétés européennes, où ces sujets ont été évoqués. Nous ne sommes pas seuls à avoir constaté ces difficultés dans notre pays, en France, ce sont des constats partagés, donc c'est extrêmement intéressant. Malheureusement, parce que cela m'a empêché d'assister au début de la table ronde, j'étais en Conseil scientifique juste avant. Vous le savez peut-être, je suis membre du Conseil scientifique auprès du président de la République.

Je commencerai simplement, pour la table ronde et les questions qu'il peut y avoir potentiellement dans la salle, avec un élément. Ce Retex tombe à point nommé, pour deux raisons. Tout d'abord, nous sortons d'une phase réellement de crise. Ensuite, la crise en tant que telle n'est pas tout à fait terminée. C'est le sens du dernier avis que nous avons rendu au président de la République, qui n'est pas encore public mais qui le sera dans les heures ou jours à venir. Nous y rappelons quelques éléments très simples. La question était plutôt sur le maintien ou non du pass, mais, au-delà, sur la façon dont nous allons fonctionner dans les mois et années à venir. Le Covid est désormais dans une diffusion de type endémique et sera donc présent dans les années à venir, avec une population, et notamment une population âgée, qui n'est pas encore complètement vaccinée.

Vous le savez, nous évoquons ce sujet depuis six mois au Conseil scientifique, mais également avec le groupe vaccin d'Alain Pichard. Nous avons encore un effort à intensifier. Les coopérations dont vous parliez sont encore d'actualité pour gagner en vaccination sur la cible vaccinale que représentent nos seniors, puisque ce sont eux qui sont le plus à risque individuellement, et parce que nous sommes moins bons que la plupart des grands pays d'Europe de structures démographique et sanitaire identiques. C'est un sujet clé si nous voulons réussir à éviter un nouvel engorgement du système hospitalier, ce que l'on appelle une vague, avec des éléments d'inquiétude malgré tout, ou tout au moins de prudence, pour les semaines à venir. En effet, le rafraîchissement, la saisonnalité est un élément capital dans la diffusion des virus respiratoires et du SARS CoV-2 en particulier. De fait, nous entrons dans une période à risque.

L'autre élément, c'est que nous avons une population âgée vaccinée. Comme dans la plupart des pays du monde, le choix du gouvernement français a été de vacciner en tout premier lieu nos

seniors, qui étaient à risque. Néanmoins, l'immunosénescence fait que la vaccination est moins efficace avec le temps, d'où cette campagne de rappel qui a commencé depuis quelques semaines, et qui n'est pas aussi rapide qu'a pu l'être la primo-vaccination.

Ces deux sujets sont importants, la campagne de rappel, sans oublier que la priorité absolue reste la vaccination des plus de 65 ans non encore vaccinés, avec cette prudence nécessaire autour de l'hiver, que nous voulons passer le plus sereinement possible.

Le dernier point qui préoccupe le Conseil scientifique, c'est que, cette année, les autres virus respiratoires seront présents, et ils sont déjà sur notre territoire. Je pense au VRS, qui a commencé son activité épidémique de manière assez forte depuis déjà quelques semaines, plutôt sur la population pédiatrique pour l'instant, mais nous savons très bien que cela arrivera à la population plus âgée en franchissant les générations. Il y a également la grippe, qui a été détectée cette semaine, sur un cas, ce qui est normal. Du fait des transpositions de ce qu'il s'est passé dans l'hémisphère sud, c'est certain que nous aurons une épidémie de grippe.

Cette conjonction d'une cible vaccinale non parfaitement atteinte, avec encore un peu plus de 500 000 plus de 80 ans non vaccinés, et les épidémies concomitantes de virus respiratoires, qui vont aggraver la situation épidémique, mais aussi poser des problèmes de diagnostics différentiels, puisque ces virus ont les mêmes symptômes que le Covid-19, nous pousse à être d'une grande prudence, notamment sur le maintien des gestes barrières individuels de l'ensemble de la population. Je tiens à le dire et j'en profite, toute tribune est bonne à prendre. C'était le premier point.

Le deuxième point concerne ce que vous avez dit sur les coopérations territoriales qui se sont faites, notamment là où elles étaient déjà efficaces. C'est un sujet clé sur les enjeux de prévention, je pense à la vaccination, comme sur les enjeux de prise en soin, avec des coopérations ville-hôpital. Je pense que cela nous oblige aussi à repenser de manière très forte la structuration du soin primaire en France. Nous avons un soin primaire qui est de nature libérale, qui s'organise maintenant de manière plus territoriale, par la volonté des acteurs libéraux sous la coupe des CPTS. C'est une grande avancée. Néanmoins, le Covid nous a cueillis à froid dans la structuration progressive du soin primaire, ce qui montre le devoir d'urgence que nous avons à le restructurer de manière plus forte. La CPTS est un bon modèle, mais il ne faut pas avoir de trous dans la raquette. Cela veut dire qu'il faut que nous réfléchissions à ces enjeux de territoire pour passer d'un soin primaire au sens large, pas que médical, évidemment, de gré à gré, donc le patient choisit son ou ses praticiens et les praticiens prennent en charge les patients qu'ils souhaitent, à un soin territorialisé et exhaustif, qui ne laisse pas sur le bord du chemin les grands vulnérables.

Il n'y a pas que les personnes âgées, nous avons également vu l'impact sur les précaires sociaux ou les patients psychiatriques chroniques. D'autres populations, avec le prix qu'elles ont payé au Covid-19, ont montré que nous ne pouvions pas continuer ainsi, dans l'esprit républicain qui est le nôtre : ne pas laisser ceux qui sont le plus loin du soin sans capacité de ressources. Cette territorialisation du soin intégratif sur les enjeux médicaux psychosociaux au sens large, qui prend aussi en compte les compétences des collectivités territoriales, qu'il faudra dorénavant mieux associer à l'ensemble de nos décisions pour rendre les parcours robustes, est un élément essentiel, je pense.

Delphine Mallet a certainement quelque chose à dire aussi, en tant que représentante du groupe La Poste, avec qui nous discutons depuis déjà très longtemps. Nous faisons beaucoup d'actions les

uns et les autres, notamment pour cet enjeu des derniers mètres et pour cette nécessité de proximité.

Ces éléments sont essentiels, d'autant plus que, encore une fois, et ce sera mon dernier mot, cher Gaël, la crise n'est pas finie. Nous avons encore des enjeux urgents à traiter.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Merci beaucoup, Olivier. En effet, tu parles des enjeux de territoire et d'urgence dans cette dynamique d'intégration des problèmes psychiques, médicaux et sociaux. Comme tu le proposais, je demanderais à Mme Delphine Mallet, directrice de *silver*, d'apporter également son regard pour prolonger cette discussion.

## **2) Delphine Mallet, directrice silver, La Poste**

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Comme nous sommes dans le temps de discussion, je vous demande de le prendre sous l'angle d'un rebond sur les interventions précédentes ou sur les questions, à partir de la place que vous occupez.

**Delphine Mallet.**- Merci pour ce petit temps d'interaction. Je voudrais retenir des choses positives de ce qui a été dit depuis tout à l'heure, qui ouvrent peut-être la voie de choses différentes. Nous avons su faire face à la crise, et, en même temps, nous avons dépassé nos limites. On parlait tout à l'heure d'un sous-équipement en tablettes de certains établissements, de certains Ehpad, pour permettre l'interaction des résidents avec leurs familles. Parfois, pendant la crise, ils n'avaient plus que cela. Nous avons beaucoup progressé. Je trouve aussi que la crise n'a pas complètement mis de côté les autres initiatives de structuration de notre réponse de société aux problématiques du vieillissement démographique et du grand âge, qui nous attendent dans les quatre à cinq prochaines années. La vague du grand âge, ce sera effectivement dans les cinq prochaines années.

Nous pouvons apporter un témoignage. Cela n'a pas été beaucoup cité, mais, au-delà de la lutte contre l'épidémie, il y a aussi eu la mise en place de nouveaux dispositifs de prévention et de détection des fragilités. Je voudrais citer Icope<sup>46</sup>, qui a notamment été mis en place en Occitanie, pour commencer. Il se trouve que, pour déployer ces sujets en pleine crise et continuer à avancer sur une politique du grand âge tournée aussi vers la prévention, des ressources inhabituelles ont pu être mobilisées, des ressources non sanitaires, comme les services d'aide à domicile, ou, pour Icope, les facteurs.

Je trouve intéressant que nous retenions de ces échanges que, au-delà de la crise, sans même parler de l'annonce de la cinquième branche, il y a quand même une percée sur les sujets de demain, alors même que nous faisons face à une problématique intense, qui est que nous avons un grand besoin de passage à l'échelle sur les sujets de prévention. Pour moi, la crise l'a révélé. Je pense que vous avez tous vu les articles à propos de l'étude des Petits frères des pauvres sur l'isolement, problème encore pire qu'il y a quelques mois. Nous sentons qu'il y a un besoin de passage à l'échelle sur des sujets qui n'ont que trop duré, et qui vont s'amplifier avec l'avancée en âge des prochaines années. En même temps, nous sommes dans un secteur pénurique. Ce n'est pas évident, comme domaine. À la fin, nous risquons d'avoir les ressources financières, mais pas les ressources humaines.

---

<sup>46</sup> Integrated Care for Older People (soins intégrés pour personnes âgées).



Tout ce qui a été partagé aujourd'hui sur les nouvelles répartitions des rôles entre les acteurs des territoires soignants, non soignants, acteurs de l'aide à domicile, acteurs comme La Poste, ou acteurs du bénévolat, doit certainement nous interpeller fortement. Même si la crise n'est pas terminée, nous devons repenser assez rapidement la façon dont on coopère, et pas uniquement face à une crise, mais aussi pour répondre à des objectifs très clairs de santé publique. Si nous voulons qu'un million de personnes par an, réputées les plus isolées, soient vues avec régularité, cela doit certainement être organisé encore différemment, avec les ressources en face, et il n'y aura pas qu'une seule réponse, monolithique, d'un seul acteur.

Le message que je voulais faire passer, pour ouvrir aussi la discussion autour de cela, c'est : que nous apprend la crise sur nos impératifs de sortie de crise, en matière de grands enjeux, de prévention, de la perte d'autonomie notamment, pour les cinq à dix prochaines années ?

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.** - Merci beaucoup.

## B) DISCUSSION AVEC LA SALLE

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.** - Je repasse la parole à la salle. Je ne sais pas s'il y a d'autres interventions.

**Jean-Marie Robine.** - Merci de me donner la parole. Je voulais soutenir les propos d'Olivier Guérin quand il dit que la crise n'est pas finie. Je sais qu'on parle de sortie de crise, mais nous sommes confrontés à quelque chose que nous ne comprenons pas. Le taux de vaccination plafonne à moins de 85 % chez les plus de 80 ans, alors qu'il est de l'ordre de 95 % chez les personnes entre 70 et 80 ans. Dans beaucoup de pays, chez les très âgés, le taux est pratiquement de l'ordre de 100 %.

On sait très bien, lorsque l'on s'adresse aux personnes âgées, qu'il y a une réticence à la vaccination, mais elle diminue fortement avec l'âge. On ne comprend pas pourquoi, c'est une spécificité française. J'imagine effectivement qu'Olivier en parle aujourd'hui à Athènes avec nos collègues européens. On ne comprend pas pourquoi on a ce plafonnement à domicile. Nous parlons beaucoup d'accompagnement à domicile, donc il y a déjà un objectif extrêmement clair, je pense, pour tout le monde : faire augmenter le taux de vaccination chez les plus de 80 ans à domicile. Ce taux est excellent en Ehpad.

**Marc Bourquin.** - Je ne sais pas si on ne comprend vraiment pas pourquoi. Les pays qui atteignent ces taux ont un système de santé unifié, comme l'Espagne, par exemple. Ils peuvent décider, et c'est ce qu'ils ont fait, de toucher tout le monde. En France, nous avons un système de santé qui est infiniment plus complexe. Ce dernier kilomètre que nous n'arrivons pas à faire, il est dû au fait que personne n'est lui-même en responsabilité de la politique de vaccination. Il y a une multitude de responsables, qui se sont mobilisés, il ne faut pas dire le contraire, mais qui butent sur les personnes isolées, que l'on n'arrive pas facilement à toucher.

Le point sur lequel nous n'avons pas de chiffres, mais ce serait intéressant de les avoir, c'est si ce sont des personnes qui bénéficient malgré tout d'un Ssiad ou Saad et que l'on n'arrive pas à toucher, auquel cas il y a vraiment une politique à faire dans ce sens. Nous l'avons dit, nous avons fait des propositions, et ce n'est sûrement pas facile, mais, avec l'assouplissement des durées d'utilisation des vaccins, parce qu'il y a aussi des aspects logistiques, cela devrait pouvoir se faire. Au contraire, est-ce que ce sont des personnes qui n'ont pas aujourd'hui d'accompagnement structuré autre que, peut-être, des aides informelles, et que l'on n'arrive pas à toucher ?

D'autres expérimentations, du moins initiatives, ont été citées, comme ce bus. Par exemple, je crois que la Haute-Loire avait fait des choses intéressantes en mobilisant également les élus ruraux. Implicitement, on leur avait dit d'aller voir toutes les personnes âgées de leur commune et de faire œuvre de persuasion. J'avais les chiffres il y a quelques mois, et un chiffre concernait le reste de la région Rhône-Alpes-Auvergne et ils étaient très en avance.

Il faut essayer de faire preuve d'initiatives, mais je ne suis pas étonné que les pays qui ont un système de santé structuré différemment du nôtre, plus unifié, arrivent à des résultats. Je trouve que l'exemple espagnol est intéressant. Les Espagnols sont loin de consacrer autant de richesses nationales à la santé, et, pour ce qui est de la vaccination, sans obligations vaccinales, ils sont meilleurs que nous.

Si on continue cette comparaison avec l'Espagne, par exemple, mais aussi avec l'Italie, ce sont des pays qui n'ont pas connu cette espèce de guérilla contre la vaccination, que nous avons connue. Je crois que nous sommes en train d'en sortir. En Italie, le jour où la vaccination des soignants est devenue obligatoire, il restait 4 000 soignants à vacciner. En France, on peut multiplier ce chiffre par vingt. Au pays de Pasteur, on constate que la rationalité vaccinale a quelques difficultés à s'imposer, mais je ne suis pas sûr que ce soit la raison essentielle du taux plus bas chez les 80 ans et plus, ce sont plutôt des raisons organisationnelles.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Je pense que les raisons sont multiples et que, en effet, il n'y a pas qu'une seule solution qui permettra de résoudre tous les problèmes. Nous le voyons depuis le début de l'après-midi. En Ehpad, 2 à 3 % des résidents refusaient la vaccination. Progressivement, vague de vaccin après vague de vaccin, ils ont accepté, le poids du médecin et des équipes soignantes devenant plus fort que celui de leur famille, avec, parfois, cette forte mobilisation antivax. Finalement, ils se rendaient compte qu'ils faisaient corps avec leurs amis au sein de l'Ehpad, et acceptaient la vaccination. Nous pouvons continuer à véhiculer des messages.

Un des messages que j'entends cet après-midi, c'est que l'ensemble des propositions, qui n'ont pas toujours trouvé leur efficacité de manière importante statistiquement parlant, ne doivent pas être abandonnées. Il faut de la communication, il faut persévérer pour que l'ensemble des propositions qui ont été faites dans ces retours puissent aussi se faire connaître. Nous avons entendu énormément d'expérimentations, qui ne sont pas connues parfois, ou pas pérennisées, parce qu'il y a un manque d'information.

Marc Dupont, de l'UNA, souhaitait poser une question.

**Marc Dupont.**- Je voulais poser une question à M. Podevyn. Tout à l'heure, il a donné une appréciation un peu négative de la relation du domicile avec le numérique. Tout d'abord, je voulais lui dire, mais il doit le savoir aussi bien que moi, que, dans un premier temps, dans la santé numérique et les 600 millions accolés à cet objectif, les services d'aide à domicile n'étaient pas prioritaires, parce que ne dépendant pas de l'assurance maladie. Il a fallu se bagarrer pour arriver à mettre le pied dans la porte.

Ensuite, un certain nombre d'initiatives ne sont peut-être pas assez connues, pour lesquelles nous ne claironnons pas forcément. Par exemple, je pense à l'initiative dans la région ex-Rhône-Alpes sur le repérage des fragilités et sur un financement Carsat, qui débouche sur des applications numériques extrêmement utiles. Je pense qu'il faut aller voir les acteurs pour savoir ce qu'il se passe exactement.

**Sébastien Podevyn.**- Je réponds rapidement, parce que je vais devoir y aller. Pour que vous ayez compris cela, je me suis forcément mal exprimé. *Mea maxima culpa*. Ce que je disais, simplement, c'est que, à la faveur de la crise, nous avons vu une accélération beaucoup plus rapide notamment de la prise en compte des pouvoirs publics en direction des établissements. C'était l'objet de mon intervention, en indiquant que nous ne pouvions pas parler en permanence de virage domiciliaire sans prendre en compte un élément important, qui est que c'est extrêmement important pour le domicile d'avancer aussi au niveau numérique.

Effectivement, énormément d'initiatives sont prises, et la deuxième phase du plan du Ségur de la santé, depuis juillet 2021, intègre la question du domicile. C'est une excellente chose. Il faut réussir à continuer, notamment en faisant en sorte qu'un certain nombre d'acteurs comprennent que le numérique doit aussi être de plus en plus présent dans le domicile. Nous avons tout ce qu'il faut à mettre en avant, avec énormément d'initiatives, pour montrer que tout cela est possible.

Si je devais faire un lien avec ce qui a été dit tout à l'heure par le représentant de l'UNA sur la question des métiers et de l'attractivité des métiers, peut-être que le numérique est une partie de la réponse pour améliorer l'attractivité des métiers. C'est aussi un des enseignements de la crise Covid.

**Diane Desprat.**- Jacqueline Michel avait souhaité commenter la discussion précédente. Elle précise que 550 000 personnes de plus de 80 ans sont non vaccinées. Le CDCA 90 a été interpellé, il y aurait une réponse à investiguer côté ARS. Je ne suis pas sûre d'avoir bien traduit ce qui est évoqué, mais, si Mme Michel veut l'exprimer, ce sera avec grand plaisir. Je crois qu'il y avait une question.

**Isabel Madrid.**- Je voulais un retour d'expérience par rapport à la question que vous posez, à savoir que nous avons appelé plus de 1 000 personnes pour les inviter à cette troisième vaccination. Il y a une vraie confusion entre la vaccination pour la grippe et cette troisième vaccination. Chez certaines tranches de populations, on se dit qu'une vaccination, cela va, mais, la deuxième, non. Il y a vraiment une grosse confusion, donc il faut être très pédagogue. En tout cas, c'est le retour d'expérience que nous avons eu au téléphone.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Je confirme que l'information, et donc la communication, est encore nécessaire. C'est tous les jours qu'il faut remettre le travail sur l'établi.

**Isabel Madrid.**- Cela aurait été plus simple de faire un courrier qui mentionne les deux et la possibilité de faire les deux. Ce que nous avons ressenti, c'est une inquiétude. Ils se sont toujours fait vacciner pour la grippe, pour eux, c'est prioritaire, d'autant plus qu'ils pensent que tout ira bien avec les deux vaccinations Covid. C'est très bizarre. Ils se sont fait une espèce de petit schéma de recommandations médicales, mais avec peu de clarté sur l'intérêt de la troisième vaccination.

**Bertrand Fragonard.**- Je croyais que l'assurance maladie avait envoyé un message à toutes les personnes éligibles à la vaccination antigrippale par leur âge pour leur expliquer que c'était distinct. Le seul problème, c'est qu'il y a une asynchronie. Vous n'ouvrez la vaccination à la grippe que le 26, si j'ai bonne mémoire, alors que nous voudrions progresser plus tôt. En tout cas, normalement, le courrier de l'assurance maladie répond à peu près à votre souhait. Il faudrait peut-être le relire.

**Isabel Madrid.**- Ils ne l'ont pas très bien compris, alors.

**Bertrand Fragonard.**- Soit ils attendent de passer le même jour les deux vaccins, soit ils se disent qu'il suffit d'en avoir un. J'ai reçu le courrier, compte tenu de mon âge avancé, et j'ai compris. Peut-être que c'est parce que je suis plus familier des procédures administratives de la Cnam.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Une dernière question.

**Jacques Doury.**- C'était une remarque autour de la vaccination. Je voudrais attirer votre attention sur le fait qu'énormément de professionnels ont été vaccinés sous contrainte. Ils se sont dit que, puisqu'il y avait des risques de perte d'emploi, ils se feraient vacciner. Aujourd'hui, ils entendent parler de la troisième dose pour les personnes vulnérables, etc. Je pense qu'il y a énormément de professionnels qui ne vont pas forcément aller vers cette troisième dose, puisque cela va être demandé. Nous allons nous trouver devant une nouvelle tension, alors que les choses sont déjà très compliquées dans le secteur. Les problèmes du Ségur ont été soulevés, ils viennent s'ajouter dans notre secteur, aussi bien du côté des personnes âgées que du côté du handicap. En plus, une complexité vient s'ajouter avec cette troisième injection, qui sera peut-être refusée par les professionnels. Il faudra être très pédagogue pour faire passer le message.

En plus, comme cela vient d'être expliqué, il y a également le vaccin pour la grippe. Nous sommes en train de recenser, et tout le monde dit que la grippe, en plus de ceci et cela, cela commence à bien faire. La situation va être très compliquée, il faut vraiment être pédagogue, et je pense qu'il y a un gros travail à faire dans toutes les instances.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Nous y travaillerons tous. Marc Bourquin, une dernière remarque.

**Marc Bourquin.**- Ce n'est pas sur la vaccination. M. Podevyn n'est plus là, mais je ne vais pas reparler des nouvelles technologies dans les établissements et services, même si ma conviction est qu'il faut augmenter les moyens humains, mais que, si nous n'utilisons pas les nouvelles technologies, dans dix ans nous serons autour de la table et nous dirons qu'il n'y a pas assez de moyens humains. Il faut utiliser ces nouvelles technologies pour concentrer l'activité des professionnels sur ce qui fait la valeur ajoutée.

Au-delà, je pense vraiment qu'il faut se pencher sur les possibilités qu'offrent les nouvelles technologies et le *big data* de repérage des fragilités. Je suis désolé d'utiliser cet acronyme anglo-saxon, mais il ne faut pas en avoir peur, je crois que les gains potentiels sont absolument considérables. Il y a plusieurs hypothèses, plusieurs modèles, mais je pense vraiment que nous pouvons anticiper sur les décompensations, les pertes d'autonomie et la dénutrition, en utilisant les moyens que nous offrent les nouvelles technologies. Ce sera autant de gagner pour donner de la vie aux années et pour gagner en espérance de vie, sans incapacité. Il y a des pays qui font beaucoup mieux que nous. Je pense aux pays scandinaves. Il faut regarder l'étoile du Nord et les rattraper.

**Bertrand Fragonard.**- L'une des grandes difficultés est qu'il y a une relative méfiance vis-à-vis de l'utilisation des données *big data*. À cet égard, nous sommes un pays qui va très loin dans la précaution. Je ne dis pas que c'est injustifié, mais c'est un élément très clair par rapport à d'autres pays, où, au fond, on admet beaucoup plus. Chez nous, le sentiment de menace sur les données personnelles est un grand problème. *A fortiori*, si vous vouliez que cela passe par l'assurance maladie, par sa définition universaliste et ses règles intrinsèques, qui ne sait pas le manier, ou très difficilement, tout simplement parce qu'elle n'a pas de culture tendant à subordonner ses prises en charge à un comportement, généralement quelconque. Je pense qu'il y a un problème préalable,

qui est d'essayer d'expliquer que nous savons faire des choses raisonnablement intelligentes sur l'utilisation des données du *big data*.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- La dernière intervention à distance sera celle de Mme Michel, qui était intervenue par écrit et souhaiterait compléter son propos.

**Jacqueline Michel.**- Oui, bonjour. Je suis vice-présidente d'un CDCA de Franche-Comté. J'ai interpellé plusieurs fois, parce que nous avons la chance d'avoir des rencontres régulières avec les services autonomie du département, en tant que représentant des usagers, sur ce problème de vaccination. Ce que je voudrais soutenir, c'est ce que j'ai entendu tout à l'heure : une approche beaucoup plus avec les élus des territoires. Beaucoup de CCAS sont très investies – j'en ai la preuve car je suis membre du CCAS de ma commune –, mais c'est très variable d'une commune à l'autre.

Ces 80 ans qui ne sont pas vaccinés, je pense que c'est ce que nous appelons souvent dans les réunions « les invisibles », qui ne sont suivis ni par une famille ni par un service à domicile, et qui n'ont pas toujours de médecin traitant. Ils seraient peut-être en confiance avec les élus de leur commune. Merci.

**D<sup>r</sup> Gaël Durel.**- Bien. Le temps est imparti pour cette table ronde, je remercie tous les participants, présents et en distanciel.

Un mot pour conclure. J'ai entendu des défis, et que, face à ces défis, il n'y avait pas une réponse monolithique à apporter. Nous avons exprimé des besoins, présentés avec du ressenti, avec une nécessité de collaboration, de décloisonnement, de mutualisation. Au-delà de ces propositions, il faut pérenniser les initiatives qui ont pu être présentées, en les communiquant avec plus d'ampleur, de manière à y faire participer le plus grand nombre.

Je vous remercie tous de votre attention.

## TABLE 4. RESSOURCES HUMAINES, RESERVES SANITAIRES, COORDINATION DES RESSOURCES

### I) Interventions

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Nous allons démarrer la quatrième et dernière table ronde de cette longue journée, présidée par Cyril Carbonnel, qui nous vient du conseil départemental du Nord. Je vous donne la parole.

**Cyril Carbonnel.**- Tout d'abord, merci pour l'invitation. Après cette journée dense et riche, nous faisons face à une double gageure : vous tenir en éveil pour cette dernière table ronde et respecter les horaires. Vous l'avez vu, l'idée à travers cette table ronde est de faire une pause, un arrêt sur image sur la manière dont les ressources humaines ont été exploitées durant cette première partie de crise. Je voudrais faire nôtres les paroles de Jean Bodin, « *il n'est des richesses que d'hommes* », ce qui est vrai et que cette crise a révélé. À l'époque, au XVI<sup>e</sup> siècle, nous étions peu genrés, mais la table ronde de cet après-midi est composée essentiellement de gent féminine, donc on équilibre un peu les choses.

Cette coopération, nous l'avons déjà dit tout à l'heure, était plus que nécessaire. Au début, cette coopération a plutôt été intuitive, il faut le dire, plutôt sur le tas, face à l'urgence de la situation. Aujourd'hui, nous sommes passés, ou du moins c'est l'objectif, à une coopération beaucoup plus impérative, organisée, une coopération plutôt verticale. Je pense que les opérateurs et les gestionnaires ont su, entre eux, au sein d'un groupe, au sein d'une structure, au sein d'une filière, se prêter du personnel lorsqu'il était disponible. C'est quelque chose qui était plutôt facilement réalisé.

Ce qui était un peu plus compliqué, nous avons eu de nombreux exemples et nous en aurons cet après-midi, était de passer à une coopération plus horizontale, entre acteur, à l'échelle d'un territoire où il a fallu l'organiser, notamment dans le cadre des services à domicile. Lorsqu'on le pouvait, on se prêtait du personnel, on se donnait des outils de coopération, en allant même parfois jusqu'à des propositions de contrat. Je peux donner l'exemple du département du Nord, où nous avons eu à travailler ces sujets avec l'Uriopss<sup>47</sup> notamment, et avec des succès plus ou moins relatifs. Un autre exemple, c'est que de nombreux pouvoirs publics se sont organisés face à l'urgence de la situation pour prêter eux-mêmes du personnel et alimenter la base de réserves sanitaires pour que nous puissions mettre du personnel médical à disposition des opérateurs, lorsqu'il y en avait. Nous avons également créé une certaine forme de synergie, de nouveaux métiers ont pu être découverts. Des agents des services, des collègues, des agents départementaux sont allés donner un coup de main dans des Ehpad ou dans des foyers de vie, et, par là même, découvrir un secteur qui leur était jusqu'à présent inconnu.

Cette crise a révélé quelque chose à court terme, peut-être même de nouvelles vocations. Nous espérons qu'à moyen terme il y aura des organisations plus abouties, structurées à l'échelle locale,

---

<sup>47</sup> Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.

parce que le personnel est parfois peu mobile, allant au moins jusqu'à une certaine forme de GPEC<sup>48</sup> territoriale. C'est néanmoins tout ce que nous nous souhaitons.

Pour aller plus loin dans la table ronde, Mme Bonnet, conseillère scientifique au Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, va nous donner quelques chiffres pour nous préciser les grandes tendances que nous avons pu observer sur l'activité, notamment APA, et sur l'emploi direct.

---

<sup>48</sup> Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences.

## A) CAROLE BONNET, CONSEILLERE SCIENTIFIQUE DU HCFEA QUELQUES PREMIERS ELEMENTS SUR L'EVOLUTION DES HEURES APA ET EXO 70 + (EMPLOI DIRECT) PENDANT LA PANDEMIE SUR LE TERRITOIRE

**Carole Bonnet.**- Bonjour. Merci beaucoup. Effectivement, au HCFEA, nous nous sommes intéressés à la question de l'emploi direct, parce que ce mode d'intervention auprès des bénéficiaires APA est parfois un peu moins regardé que les services à domicile. Nous nous sommes demandé ce que nous pouvions dire sur les évolutions récentes pour ce mode d'intervention.

En amont, il nous a semblé important de rappeler que l'emploi direct pour les bénéficiaires de l'APA n'est pas négligeable, il représente environ 30 % des heures d'aide rémunérées dans le cadre de l'APA. C'est une estimation que l'on avait faite lors du dernier rapport du HCFEA, publié en 2020, sur données 2017. Cela a peut-être un peu évolué, mais c'est un mode d'intervention qui n'est pas réduit à la portion congrue, puisqu'environ un quart des bénéficiaires de l'APA recourent à ce mode d'intervention. Parmi ceux-ci, 5 % le combinent avec un service prestataire. Les autres utilisent ce mode d'intervention en emploi direct de manière exclusive.

Nous constatons des différences selon le GIR assez importantes. En GIR 1, 40 % des bénéficiaires de l'APA recourent à l'emploi direct. Cela peut paraître un peu surprenant. En général, ce sont des personnes qui ont des besoins d'aide importants. Dans les travaux et les études, on s'aperçoit que, lorsque les gens ont des besoins en heures importants, il leur arrive assez fréquemment d'atteindre le plafond, et passer en mode emploi direct leur permet d'avoir davantage d'heures.

Lorsque nous avons travaillé sur ce sujet, nous nous sommes aperçus que nous avons des disparités territoriales importantes dans ce recours à l'emploi direct. On passe de départements où le recours est minimal à des départements où plus de la moitié des bénéficiaires de l'APA recourent à l'emploi direct.

Cela nous semblait important de regarder ce qu'il s'est passé sur les derniers mois. Pour travailler sur cette question, nous utilisons exclusivement les données de l'Acoss<sup>49</sup> dans cette présentation. Elles sont utiles parce que, lorsque les bénéficiaires de l'APA et les 70 ans et plus sont en emploi direct, lorsqu'ils rémunèrent un salarié, ils sont exonérés de cotisations patronales au titre de ce que l'on appelle « les publics fragiles ». C'est assez « pratique », cela permet de les repérer dans les données de l'Acoss et de travailler sur ces deux catégories.

Dans cette présentation, nous mobilisons donc la même source de données Acoss, mais de deux manières différentes. Nous utilisons les données nationales, dont la dernière publication remonte à juillet 2021, et nous avons fait une demande auprès de l'Acoss pour avoir des données plus détaillées par territoire, en particulier par EPCI<sup>50</sup>. Nous avons retenu cette maille territoriale parce que cela devenait compliqué d'avoir une maille plus fine en dessous, en particulier en raison du secret statistique. C'est la plus petite maille sur laquelle nous pouvons travailler en n'étant pas confrontés au secret statistique. Ces données sont un peu moins parfaites que les données nationales qui sont, elles, bien assurées, car les trois derniers trimestres sont provisoires et qu'elles

---

<sup>49</sup> Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

<sup>50</sup> Établissement public de coopération intercommunale.



sont non corrigées des retardataires. Cela peut entraîner de petites fluctuations entre ces données au niveau territorial et les données nationales, que je vais exposer.

La limite de la séparation entre ces deux publics, c'est qu'il est tout à fait probable que certains bénéficiaires de l'exonération au titre de l'âge soient aussi bénéficiaires de l'APA. Ils se déclarent plutôt au bénéfice de l'âge parce qu'ils peuvent avoir cette exonération de longue date, être devenus bénéficiaires de l'APA, et rester dans cette exonération. Si nous avons bien compris, le recouvrement devrait être assez limité, mais il y a certainement une petite marge de recouvrement.

Que peut-on dire des évolutions au niveau national ? Tout d'abord, nous nous sommes dit que c'était bien de rappeler l'évolution sur le long terme du nombre d'heures rémunérées selon le type d'exonération. Sur ce graphique, vous voyez cette évolution du nombre d'heures rémunérées par trimestre, depuis le premier trimestre 2010 jusqu'au premier trimestre 2021. En bleu sont représentés les bénéficiaires de l'exonération au titre des 70 ans et plus, et, en rouge, les bénéficiaires d'une exonération au titre de l'APA. Il y a une petite inversion sur le graphique. Sur le long terme, nous constatons une baisse plus importante des bénéficiaires de l'APA exonérée, ce que l'on voit sur la courbe rouge. Sur la courbe bleue, on voit que le volume d'heures rémunérées des exonérations au titre des 70 ans et plus baisse aussi sur la période, mais de manière un peu moins prononcée.

Je vais extraire le carré vert dans les *slides* suivants pour faire un zoom dessus. Sur la période 2018-2021, on va voir un peu plus ce qu'il se passe. Vous voyez déjà que, en fin de période, il y a une baisse pour les 70 ans et plus, ce qui correspond à la période du confinement. Pour les bénéficiaires d'une exonération au titre de l'APA, il y a une baisse, mais qui est beaucoup moins sensible, et une petite remontée juste après. Finalement, on a quelque chose qui est assez homogène le long de la période, avec une décroissance qui reprend. On observe donc que l'effet est beaucoup plus marqué pour les 70 ans et plus que pour les bénéficiaires de l'APA en ce qui concerne les heures rémunérées d'un salarié en emploi direct à domicile.

Comme je le disais, nous avons extrait le carré vert pour faire un zoom sur cette période. Sur le graphique de gauche, vous avez les exonérés au titre de l'âge, les 70 ans et plus. À droite, vous avez les exonérés au titre de l'APA. Dans les deux cas, on reprend ce qui figurait sur le *slide* précédent, les évolutions du volume total d'heures rémunérées sur la période, du premier trimestre 2018 jusqu'au premier trimestre 2021. En rouge, c'est le volume horaire global. Pour les exonérés au titre de l'âge, il y a une baisse d'environ 10 % au moment du deuxième trimestre 2020, c'est-à-dire au moment du premier confinement. On observe une remontée assez forte dans le trimestre qui a suivi. Si on regarde cette évolution, qui est calée à une base 100 au premier trimestre 2018, que vous suivez la courbe rouge sur la période, on voit que le volume horaire pour les exonérés de 70 ans et plus est finalement assez stable. Il y a une baisse, mais qui est compensée assez rapidement.

Pour les bénéficiaires d'une exonération au titre de l'APA, l'histoire est un peu différente. Le graphique est calé en base 100 au premier trimestre 2018, pour bien suivre les évolutions. Qu'observe-t-on ? On observe une décroissance, j'en parlais tout à l'heure, c'est une tendance de long terme. On observe également une baisse, qui est moins forte que celle pour les 70 ans et plus au moment du premier confinement, elle est d'environ 4 % du volume total des heures rémunérées. Il y a un léger rebond dans le trimestre qui a suivi, de même que pour les 70 ans et plus, mais il ne

suffit pas à remonter au niveau avant crise, et il est poursuivi par une reprise de la tendance de long terme de diminution pour les bénéficiaires de l'exonération au titre de l'APA.

Ce qui est un peu compliqué, c'est de savoir exactement d'où viennent ces évolutions. La première des agrégations que l'on peut faire, c'est que l'on peut se dire que, dans le volume horaire total, il y a en même temps une évolution des effectifs et une évolution des heures moyennes par tête. Les deux combinés donnent le volume horaire total. On observe finalement que, pour les bénéficiaires de l'APA, la baisse des heures totales rémunérées a surtout été une baisse des effectifs, que l'on peut voir sur la courbe grise. Cette courbe épouse pratiquement celle du volume horaire total des heures rémunérées par les bénéficiaires de l'APA. On voit que les effectifs ont diminué, que le rebond n'a pas eu vraiment lieu, et que, de nouveau, il y a eu une baisse juste après, en fin d'année 2020. Pour les exonérés au titre des 70 ans et plus, nous avons quelque chose d'un peu différent. Les effectifs sont aussi en gris. Il y a une évolution assez stable jusqu'au premier confinement, une baisse des effectifs au moment de ce confinement, puis une remontée pour revenir quasiment à la situation d'avant la crise. Concernant les effectifs, il y a peu d'évolution pour les 70 ans et plus, mais c'est beaucoup plus marqué pour les exonérés au titre de l'APA.

La deuxième composante du volume total des heures rémunérées, ce sont les heures moyennes par tête. Par bénéficiaire des exonérations 70 ans et plus, ou des exonérations APA, quelle est l'évolution de ce montant ? C'est la courbe bleue. C'est assez intéressant, car ce n'était pas forcément attendu ou facile à expliquer. Nous y reviendrons peut-être dans la discussion, mais cela apparaissait déjà dans les publications de la Fepem. L'évolution des heures moyennes par tête pour les exonérés des 70 ans et plus connaît une baisse au moment du premier confinement, avant de repartir à la hausse. Il y a un rebond à ce niveau, au moment du troisième trimestre 2020. On a l'impression que le rebond est légèrement au-dessus de ce qu'était la tendance d'avant crise sanitaire. On a l'impression que, par tête, le nombre d'heures moyen par bénéficiaire a augmenté. C'est valable pour les 70 ans et plus, on le voit ici. C'est encore plus vrai pour les exonérés au titre de l'APA. Pour cette catégorie de personnes, on voit que les heures moyennes par tête, sur la période 2018-2020, ont plutôt augmenté, et de manière encore plus importante après le premier confinement. L'évolution était assez proche de 100 depuis 2018, puis il y a eu le premier confinement, et une augmentation du nombre d'heures moyen par tête.

Je me dis que, dans la discussion, nous aurons peut-être des éléments d'explication. On peut s'interroger sur cette hausse. Après ce premier confinement, y a-t-il eu des besoins accrus parmi ces bénéficiaires, et il a fallu recourir à davantage d'heures à domicile en emploi direct ? C'est une explication. Est-ce que cela vient plutôt de la composition de ces bénéficiaires ? Peut-être que, parmi ces bénéficiaires, certains, dont les besoins commencent à être de plus en plus élevés, auraient dû rentrer en établissement mais sont finalement restés à domicile pour différentes raisons, et donc on a cet effet de composition qui tire la moyenne à la hausse. Il y a plusieurs éléments d'explication. À ce stade, avec les données que nous avons, c'est assez difficile d'avoir des éléments d'explications conclusifs.

De même, pour la baisse des effectifs, c'est compliqué, mais peut-être que nous pourrions avancer sur ce sujet. Quand on dit que les effectifs baissent au moment du premier confinement et par la suite, on ne sait pas si cela relève d'un arrêt du recours à l'emploi à domicile, donc que des bénéficiaires APA ou des exonérés au titre de l'âge ne recourraient plus à l'emploi direct, ou si ce sont des décès. C'est un peu embêtant, parce que nous ne pouvons pas distinguer les deux mécanismes. En tout cas, pour l'effet stylisé, c'est ce que nous observons.

Pour donner quelques éléments chiffrés, le prochain graphique montre ce que cela donne sur le nombre d'heures rémunérées par tête, pas en variation mais en niveau absolu. Les bénéficiaires de l'APA sont en rouge, les exonérés au titre de l'âge, les 70 ans et plus, sont en bleu. Dans les barres, c'est le nombre moyen d'heures rémunérées par tête par trimestre. Par exemple, au premier trimestre 2018, les bénéficiaires de l'APA rémunéraient en emploi direct environ 125 heures par trimestre. Pour les 70 ans et plus, on est à 50 heures. En évolution, on a quelque chose d'assez stable, avec une légère hausse au fil du temps pour les bénéficiaires de l'APA. À partir du troisième trimestre de 2020, on observe une augmentation significative du nombre d'heures par tête moyen. On l'observe aussi un peu pour les bénéficiaires d'une exonération au titre des 70 ans et plus, mais la baisse qu'il y avait eu dès le premier trimestre 2020 est amplifiée au moment du premier confinement, et le rebond qui a suivi a ramené le nombre d'heures moyen par tête au niveau de ce qui prévalait avant la crise. Le nombre d'heures rémunérées par tête est relativement stable, la hausse s'observe surtout pour les bénéficiaires de l'APA. Voilà pour le panorama général.

Ensuite, nous nous sommes demandé si on pouvait avoir des observations différenciées au niveau territorial. Quand on travaille au niveau territorial, la première question qui se pose, c'est l'unité territoriale que l'on retient. Qu'est-ce que l'on regarde ? Comme je le disais tout à l'heure, on a demandé à l'Acoss des données par EPCI. Quand nous avons travaillé sur le rapport mobilité résidentielle, nous avons constaté que c'était une unité territoriale très importante. Nous nous sommes intéressés à cette dimension, en nous disant aussi que, en ayant cette maille territoriale, nous pourrions ensuite la réagréger à des niveaux supérieurs si nous souhaitions travailler à un niveau plus global.

C'est un peu exploratoire. Ce que nous avons fait, c'est que nous avons d'abord regroupé en départements, pour voir ce qu'il se passait. Ensuite, nous avons essayé de classer les EPCI par densité de population, suivant la densité des communes qui les composent. Si les populations habitent plutôt en milieu très urbain, en milieu un peu moins urbain ou en milieu très rural, en dehors de toute maille territoriale, on peut classifier les communes. Une fois que les communes sont classifiées, on peut classifier les EPCI en fonction des communes qui les composent, et donc définir une densité des EPCI. La classification va des communes très denses, où plus de 50 % de la population vit dans un centre urbain, à très peu dense, quand la part la plus importante de la population vit en dehors de toute maille territoriale. Nous ne l'avons pas inventé, c'est une classification utilisée par l'Insee, qui nous a permis de catégoriser les EPCI.

Qu'est-ce que cela donne ? Quand on regarde les EPCI selon leur densité, plus la couleur est foncée et plus l'EPCI est dense. Les EPCI très denses sont en rouge vif : il y a tout Paris, ce n'est pas très étonnant, autour de Marseille, etc. Le rose pâle correspond aux EPCI denses. Ensuite, la plupart des EPCI sont classifiés en peu denses, et des EPCI dans le centre sont très peu denses. L'idée était de regarder comment ce que j'ai montré au niveau national, les évolutions des volumes horaires rémunérés pour les bénéficiaires de l'APA et les 70 ans et plus, avait évolué dans ces territoires pour voir si nous pouvions en tirer des éléments.

Nous avons donc agrégé ces EPCI selon deux dimensions : selon les départements, et selon la densité de population, que je vais vous montrer juste après. Ici, les deux cartes représentent ce que je montrais au niveau national, donc la variation du nombre total d'heures rémunérées par les exonérés, au titre de l'APA et au titre des 70 ans et plus, mais uniquement entre le premier et le dernier trimestre 2020. Cela correspond au moment où les courbes connaissent un infléchissement, avant de rebondir. C'est vraiment l'effet du premier confinement. Plus la couleur du département est

foncée, plus la variation, c'est-à-dire la baisse au moment du premier confinement, a été importante pour les bénéficiaires, et donc plus le volume d'heures rémunérées a baissé au moment du premier confinement. On observe des départements où la baisse a été très importante, ceux du Massif central, la Normandie. Il y a des départements dans lesquels on a l'impression qu'il ne s'est pas passé grand-chose parce qu'il y a une relative stabilité, par exemple la Haute-Corse ou la Savoie. Entre deux, il y a un gradient avec des effets. Le Nord est un département classé avec une petite baisse, mais finalement pas si importante. Peut-être que nous aurons des éléments d'explication. Nous nous sommes dit qu'il fallait faire un état des lieux, mais nous aurons certainement besoin d'autres éléments pour bien comprendre les évolutions dans ces territoires.

Une fois que nous avons regardé par département, une autre manière de faire la classification, comme je le disais, c'est en regardant au niveau des EPCI. Je ne sais pas si c'est facile à interpréter, mais nous avons regardé la variation trimestrielle du nombre d'heures rémunérées pour les exonérés au titre de l'APA par trimestre, qui est toujours notre variable d'intérêt, entre le premier trimestre 2020 et le dernier trimestre 2020. Nous observons les différentes catégories d'EPCI que je décrivais tout à l'heure, c'est-à-dire des EPCI très denses, les plus colorés sur la carte que je vous avais montrée, aux EPCI très peu denses. J'ai également rappelé le niveau national pour voir comment ces EPCI se comparaient au niveau national.

Il faudra peut-être en discuter, mais on a l'impression qu'il y a une sorte de courbe en U, c'est-à-dire que les variations ont été particulièrement plus marquées pour les EPCI denses et peu denses, par rapport au niveau national. C'est plutôt dans le milieu de la classification que nous avons observé des variations plus importantes. Nous avons l'impression que, pour les EPCI très denses ou très peu denses, les variations sont un peu moins marquées que la moyenne nationale. On aurait une sorte de courbe en U. Il faudra trouver des éléments d'explication, parce que nous avons des types d'EPCI qui se comportent de façon assez similaire en termes de variations trimestrielles du nombre d'heures alors qu'ils sont très différents. De même, si nous l'explorons davantage, il faudra que nous regardions de plus près ce qu'il se passe.

Nous avons regardé sur une plus longue période pour éviter les difficultés dont je parlais tout à l'heure de ces données par EPCI. Puisqu'elles sont non corrigées des retardataires, les variations peuvent être liées au fait que les personnes déclarent plus ou moins tardivement les heures d'emploi direct et non au confinement. Ce que nous avons fait ici, c'est que nous avons calculé par année pour voir ce que cela donnait sur les trois dernières années : 2018 est en bleu, 2019, en rouge et 2020, en vert. C'est l'évolution du nombre d'heures rémunérées annuel pour les exonérés au titre de l'APA et au titre des 70 ans et plus dans les différents types d'EPCI.

Effectivement, dans les EPCI très denses ou très peu denses, si on cale toujours à 100 en 2018, on voit que les évolutions ont finalement été assez limitées. On constate une baisse du nombre annuel d'heures rémunérées entre 2018 et 2020 pour les bénéficiaires de l'APA dans les EPCI très denses, mais elle est moindre que celle que l'on observe au niveau national, puisque l'on passe de 100 % à presque 93 %. C'est la même chose pour les EPCI très peu denses, avec une baisse très contenue par rapport à la moyenne nationale. En revanche, la baisse est plus marquée dans les EPCI denses et peu denses. Par exemple, dans les EPCI denses, la diminution des heures rémunérées par les bénéficiaires de l'APA sur cette période 2018-2020 est de 10 %. C'étaient les éléments d'effet stylisé que nous voulions vous présenter pour dresser le portrait des évolutions sur la période.

Bien évidemment, nous aimerions avancer davantage pour avoir des éléments d'explication de ces évolutions nationales et de ces évolutions différenciées selon les territoires. Quelques éléments d'explication peuvent venir en tête. D'abord, la prévalence de la Covid-19 sur les territoires. Les territoires ont été plus ou moins touchés, ce qui a certainement eu une influence sur les évolutions de ces heures rémunérées d'emploi direct, mais il faudrait que nous arrivions à en tenir compte. Est-ce que la famille a pu prendre le relais sur certains territoires, et donc absorber une baisse plus forte de cet emploi direct ? Y a-t-il eu une modification des flux d'entrée en Ehpad ? C'est un peu ce que j'évoquais tout à l'heure. En particulier pour expliquer cette hausse du nombre d'heures rémunérées par tête pour les bénéficiaires de l'APA, est-ce que la composition de ces bénéficiaires a changé, avec des personnes qui ont dû rester à domicile plus longtemps que ce qu'elles auraient dû ou pu, et donc avec des besoins d'aide accrus ? Est-ce que ces évolutions sont aussi liées à la part de l'emploi direct dans le territoire ? On sait que cette part de l'emploi direct est très variable, donc est-ce que la variation est plus ou moins forte selon que l'emploi direct était plus ou moins répandu ?

Éventuellement, on se dit qu'il sera intéressant de regarder des zonages différents en essayant de mieux distinguer des zones urbaines ou rurales, ce qui permettrait de mieux comparer des territoires similaires. Si on compare des territoires similaires avec des évolutions différentes, peut-être que nous pourrions en tirer des enseignements instructifs.

Merci pour votre attention.

**Cyril Carbonnel.**- Merci pour cette présentation détaillée.

## B) MARIE-BEATRICE LEVAUX, PRESIDENTE DE LA FEPEM MAINTIEN DES SERVICES ESSENTIELS ET DISPOSITIFS DE PRIORISATIONS ET DE COORDINATION

**Cyril Carbonnel.**- J'imagine que Mme Levaux, présidente de la Fepem, a envie de réagir à cette présentation et d'apporter son éclairage sur ces évolutions.

**Marie-Béatrice Levaux.**- Merci à vous. C'est une étude tout à fait originale que nous n'avons que rarement par les équipes, je voulais donc remercier Carole Bonnet pour ce travail. Cela croise d'autres études que nous avons faites. Nous avons surtout travaillé sur plusieurs enquêtes pendant le confinement et à la sortie du confinement, je reviendrais dessus pendant quelques minutes.

Je ne pourrais pas répondre à toutes les questions, mais, Madame Bonnet, sommes-nous bien d'accord que, dans ce que vous énoncez, on parle de l'emploi direct et non de l'emploi mandataire ?

**Carole Bonnet.**- C'est de l'emploi direct, y compris mandataire.

**Marie-Béatrice Levaux.**- Je pense que c'est très important de le signaler. Vous savez que le modèle mandataire est un peu le parent pauvre de la compréhension globale des événements, donc je préférerais que nous soyons au clair sur ce point. Cela croise évidemment un certain nombre de situations, et je vais peut-être pouvoir réagir pour certaines. Je ne sais pas si je donnerai des réponses, ce n'est pas sûr.

Je pense que la première chose que je dois vous dire, c'est la manière dont nous travaillons aujourd'hui autour du domicile. Je suis présidente de la fondation du domicile, mais également présidente de la fédération européenne. Je ne reviendrai pas sur les questions concernant nos collègues espagnols ou italiens, mais, si cela vous intéresse, je pourrai avoir des données sur la vaccination. Pour nous, le domicile est devenu un acteur de politique publique. Il croise des questions éthiques, de compétence et d'usage, sur le numérique, sur le *care*, sur tous ces sujets qui étaient présents, mais qui se sont accélérées pendant la crise Covid, et qui commencent à nous donner un certain nombre d'indicateurs sur des modifications profondes en cours dans le comportement des habitants, à qui on a dit, finalement : « Restez chez vous. »

Ce « restez chez vous » a eu des conséquences et en a toujours actuellement. Le domicile est devenu le dernier refuge des habitants du monde, et, là aussi, je crois que nous n'avons pas encore tout vu des comportements. Les comportements que vous avez analysés de sortie de crise renvoient certainement à des débuts, mais nous ne sommes pas au bout. Je ferme cette parenthèse, je voulais revenir sur cette notion de modification profonde en cours des comportements des habitants à domicile et sur la manière dont ce « restez chez vous » a envoyé des messages plus que subliminaux dans ce champ.

Le deuxième enjeu pour nous, c'est domicile, citoyens et territoires. Nous travaillons clairement sur le fait que l'emploi à domicile est une composante de cet enjeu, de cet écosystème domicile, citoyens et territoires. Finalement, le domicile devient le premier territoire de citoyenneté. Il se passe des choses, et, aujourd'hui, nous ne pouvons pas simplement extraire des problématiques pour répondre à la question Covid, à la question emploi, etc. Par rapport aux enjeux d'attractivité qui sont posés dans tous les secteurs, je pense que nous allons devoir le regarder sous cette forme différente.

Le troisième point que je voulais présenter en ouverture de propos, c'est : soyons très clairs sur l'APA. L'APA n'est pas dans la loi, l'emploi direct et mandataire en APA est une décision des conseils départementaux. Aujourd'hui, près de la moitié sont extrêmement réticents à ouvrir l'APA à l'emploi direct ou mandataire, ce n'est pas quelque chose d'universel sur les territoires. Il faudra croiser sur vos cartes les situations où les conseils départementaux n'ouvrent l'APA en emploi direct et mandataire que dans des cas extrêmes, c'est-à-dire quand ils n'ont pas trop le choix, ou quand les familles ou les personnes l'exigent. Quelque part, pour avoir l'APA dans certains départements, il faut licencier son salarié. Je le répète, c'est important, cela peut entraîner des modifications selon les territoires.

Ce qu'il s'est passé pendant la crise Covid, et qui se referme un peu, c'est bien dommage, c'est que l'on a ouvert des usages. Face à la crise, tout le monde s'est un peu « serré les coudes » pour trouver des solutions. Finalement, les comportements un peu doctrinaux de certains conseils départementaux se sont ouverts parce qu'il fallait trouver des solutions, c'était presque une question de vie ou de mort. Je le dis un peu directement, mais c'est important. Ce que nous avons repéré, c'est que nous avons eu deux phénomènes importants d'ouverture et de souplesse sur les territoires. Nous avons eu des demandes de salariés en emploi direct pour venir compléter les activités des Ehpad et les activités des structures prestataires.

La deuxième chose, c'est que l'emploi à domicile en emploi direct, avant d'être en emploi mandataire, c'est le dernier kilomètre de l'aide à domicile. On le voit dans les rapports de branche, le dernier est en ligne sur le site, la moyenne nationale aujourd'hui, c'est cinq kilomètres entre l'employeur et le salarié. Ensuite, cela diverge sur les territoires. Vous imaginez bien que, en période de crise, une proximité territoriale aussi fine que cinq kilomètres, cela crée aussi des comportements entre les employeurs et les salariés, et des ajustements. Il y a eu des ajustements.

Le dernier point sur lequel je voulais attirer votre attention, c'est que notre secteur a été ouvert de manière exceptionnelle à l'activité partielle, alors que nous n'y avons pas accès normalement. Un certain nombre de particuliers, de familles ont pris des décisions pendant cette période. Nous avons fait quatre études, quatre sondages pendant cette période, que je vais vous donner rapidement, et on voit que la reprise des comportements d'avant-crise a été extrêmement rapide, ce qui vient confirmer ce que vous avez dit. Je dirais que le secteur a tenu pendant la crise, et qu'il a tenu après la crise.

L'autre point très important, qui est pour moi une vraie révolution, c'est le rôle des officines dans l'accompagnement de nos salariés pendant cette période. Dans le cadre de ce qu'il s'est passé sur la distribution des masques – on oublie quand même le début du confinement, avec ces problématiques extrêmement violentes –, nous avons obtenu une distribution gratuite de masques dans les officines territoriales pour les salariés des particuliers employeurs identifiés par l'Acoss, c'est-à-dire travaillant pour des personnes fragiles, de plus de 70 ans dans un premier temps. Pour la première fois, nous avons fait un travail entre le secteur, la DGCS et l'Acoss. C'est suffisamment rare pour être précisé.

Au départ, on me disait : « Madame Levieux, ils iront aux ARS », mais c'est une vue de l'esprit. Le salarié d'un particulier employeur à cinq kilomètres de son employeur, qui irait dans la grande ville pour aller à l'ARS chercher une boîte de masques pour un mois ? Autant vous dire qu'on délire. Nous avons donc réussi à créer du pragmatisme à ce moment, et je trouve que c'est important de le garder pour la suite. Ce pragmatisme est passé par une prise de conscience que nos salariés

devaient rester au travail, parce que nous en avons vraiment besoin, et ils y sont restés massivement. Environ 230 000 assistants de vie qui ont été concernés par une distribution gratuite de masques, et qui le sont encore. Nous avons eu la même chose pour les tests et pour les vaccins.

L'acteur qui est arrivé dans le jeu et que nous n'avions peut-être pas vu, c'est l'officine territoriale, dans les villages, dans les petits bourgs, dans les quartiers. Pour notre secteur, cela a été une véritable prise de conscience. D'ailleurs, beaucoup de pharmaciens m'ont dit : « *Madame Levaux, nous ne savions pas que Mme Dupont travaillait en "Cesu"*<sup>51</sup> ». Je mets beaucoup de guillemets, c'est de cette façon que l'on parle dans le jargon. Je voulais aussi vous le dire.

Avant de revenir sur les actions qui ont été menées, je vais répondre à la question de la vaccination. Nous avons parlé de la vaccination sur la table précédente. Pendant l'été, au tout début de la rentrée, nous avons fait une enquête paritaire pour connaître le comportement vaccinal de nos salariés et de nos employeurs. Nous l'avons fait sur 1 211 particuliers employeurs et 551 salariés, donc cela a quand même une certaine prégnance. En tout, 80 % des particuliers employeurs interrogés déclaraient être totalement vaccinés, 5 % l'étaient partiellement et 4 % avaient l'intention de le faire. Du côté des employeurs, en particulier des employeurs plus âgés, on observe une forte adhésion vaccinale, que nous avons retenue. Seuls 12 % des répondants déclaraient ne pas avoir l'intention de se faire vacciner, côté salariés comme côté employeurs. Du côté des salariés, sept salariés sur dix étaient totalement vaccinés, 9 % l'étaient partiellement et 5 % avaient l'intention de le faire. On voit bien qu'il y a eu une montée en puissance. À peu près 90 % des particuliers employeurs sont vaccinés, et ce sont les plus âgés, 96 % des 65 ans et plus, les retraités et ceux sans activité professionnelle, qui se déclarent les plus enclins à la vaccination, et donc, finalement, contrairement à ce que l'on pense dans notre secteur, les personnes âgées à domicile accompagnées.

Nous avons fait une stratégie paritaire, nous avons fait en sorte que les assistants de vie soient aussi des relais de prévention à la vaccination, et regardent quels sont les facteurs de blocage pour une personne isolée, pour une personne qui ne veut pas se déplacer, etc. Aujourd'hui, le rôle de ces 230 000 assistants de vie que j'ai identifiés dans le cadre de la première période semble extrêmement important et reconnu comme tel par les partenaires sociaux.

Je voudrais également porter à votre connaissance les travaux paritaires. Dès le mois de mars, le Conseil national paritaire du dialogue social du secteur s'est réuni en suivi de crise. Nous nous sommes réunis toutes les semaines pendant toute la période de confinement pour créer des dispositifs innovants, dont le premier a été d'avoir recours à l'activité partielle, auprès de Mme la ministre du Travail, mais pas seulement. Nous avons rédigé et diffusé largement un guide paritaire de préconisations et de bonnes pratiques. Nous avons fait une enquête, il était très bien identifié, y compris par l'Acoss. Évidemment, la bonne pratique à domicile, ce n'est pas la même chose que la bonne pratique en Ehpad. Il fallait que l'on traduise tous ces sujets, énormément relayés par les médias, dans une bonne pratique pour un salarié qui vient à domicile et une bonne pratique pour une personne qui ouvre sa porte. Notre guide paritaire a eu l'agrément du ministère du Travail et du ministère des Solidarités et de la Santé à ce moment-là et a été largement diffusée.

Je ne reviendrais pas sur les chiffres, ils ont été donnés. On observe une consolidation du secteur après la crise, et, certainement, pour un certain nombre de familles éloignées de leurs personnes âgées, une mobilisation très forte à distance pour faire en sorte que cela se passe bien, et que

---

<sup>51</sup> Chèque emploi service universel.



l'assistante de vie ne « lâche » pas, si je puis dire. Bien sûr, il y a aussi eu les taux de Covid dans notre population, qui font que nous avons également eu des moments où ce n'est pas linéaire.

On voit bien qu'un certain nombre d'assistantes de vie ont augmenté leur activité en heures. Il y a aussi cette question. Finalement, c'est un peu une remise à plat des comportements, des besoins, qui s'est faite après la sortie du confinement, et qui nous amène aujourd'hui à penser qu'il y a certainement eu des remobilisations. De plus, quelques conseils départementaux ont peut-être agi différemment en comprenant qu'ils avaient besoin des derniers kilomètres de l'accompagnement sanitaire et social. Je considère que c'est cela, l'emploi direct. Distribuer une offre prestée dans chaque village français, c'est quand même une opération extrêmement complexe aujourd'hui, nous avons vraiment besoin de tout le monde. Je me réjouis que nous ayons pu être partie prenante, et peut-être que demain nous le serons de manière plus pérenne.

Un autre élément est très important. Dans le guide pratique, il y avait aussi une offre à distance de professionnalisation spécifique pour les assistants de vie et pour l'accompagnement pendant la période Covid, qui a été largement suivie. Justement, on dit souvent que les personnes sont encore extrêmement en difficulté en termes numériques. Globalement, nous n'avons pas le sentiment que cela se passe de cette façon aujourd'hui. Les relais assistants de vie portés par la CNSA ont également été extrêmement efficaces pour mobiliser, par le bouche-à-oreille, par le téléphone, par le « connecte-toi et dis-moi si tu as un problème », etc. Nous avons le sentiment d'une solidarité à l'intérieur du secteur, qui a vraiment fonctionné, et de l'apparition d'une meilleure visibilité des assistants de vie sur le territoire. C'était un des points sur lesquels je voulais revenir rapidement.

Évidemment, nous avons totalement utilisé nos conventions CNSA Fepem et CNSA Iperia, ainsi que DGCS, avec les partenaires sociaux. Je rappelle que nous travaillons énormément en paritarisme, parce que nous avons vraiment besoin d'accompagner tout le monde. Si vous voulez retrouver tous ces documents, *Accompagner l'évolution des métiers et des compétences 2020* est en ligne sur le site Iperia avec ce qui a été fait sur la période Covid. Plus de 2 000 personnes se sont connectées sur des modules de trois heures. Il y a également le dernier rapport sectoriel de branche, qui vient compléter le travail qu'a fait Mme Bonnet.

Je vais le dire avec mes mots, je dirais que le principal frein pour nous, dans notre secteur, et en matière d'accompagnement des personnes en APA, c'est que, quand on change de département, on change de pays. Cela pose un vrai problème. Cette notion d'iniquité territoriale par rapport à l'accompagnement des publics par les conseils départementaux est un vrai sujet, que nous remontons également dans le cadre des travaux législatifs actuellement. Il faut absolument donner un signe sur l'emploi mandataire et l'emploi direct en APA, comme nous l'avons en PCH, et cela se passe très bien, pour ne pas avoir ces iniquités, ces difficultés de compréhension des personnes. Aujourd'hui, on sait que nous avons besoin de tout le monde. Nous ne pouvons pas juste avoir une offre médicosociale prestée, surtout quand le domicile appartient à l'habitant et que cet habitant décide. À un moment, on ne peut pas juste lui dire de licencier son salarié pour avoir accès à l'APA. C'est l'une des difficultés que nous avons pu rencontrer.

Comme les choses se sont un peu assouplies pendant la période Covid, il y a eu des modifications de comportement à la sortie. L'allègement de charges des plus de 70 ans, compte tenu de la complexité pour certains d'obtenir l'APA dans leur situation, fait qu'elle a été souvent préférée au dispositif de l'APA. On peut se poser des questions, parce que la partie prévention est également

très importante, mais qu'elle est beaucoup moins présente lorsqu'on n'est que sur un allègement fiscal ou de déductibilité non accompagné. Nous aimerions aller dans cette démarche.

Rapidement, voilà ce que je voulais vous dire. Je peux évidemment répondre aux questions. Je pense que, ce que nous aura appris la crise, c'est que nous avons besoin de tout le monde. Le territoire est extrêmement diversifié, et, pour atteindre ce dernier kilomètre de l'accompagnement des personnes âgées, il faut savoir où elles habitent. Merci.

**Cyril Carbonnel.**- Merci, madame Levaux, pour votre présentation. Effectivement, nous sommes loin de cette offre supplétive à laquelle certains peuvent parfois penser. Bien au contraire, c'est vrai que les salariés du particulier employeur sont dans le paysage, qu'ils sont bien installés. Vous avez parlé, à travers le pragmatisme dont les salariés du particulier employeur ont pu faire preuve durant cette crise, de la reconnaissance, qui nécessite d'être toujours poursuivie. Vous auriez pu également évoquer la question des primes, qui a, je pense, un peu heurté le secteur des salariés du particulier employeur. Malgré tout, c'est vrai que l'innovation est toujours au rendez-vous, notamment au travers des relais assistants de vie, vous l'avez bien dit.

## C) MARINE BOISSON-COHEN, DIRECTRICE SCIENTIFIQUE DE LA CNSA

### PREMIERS ENSEIGNEMENTS DES RECHERCHES ET DES RETOURS D'EXPERIENCE SOUTENUS PAR LA CNSA

**Cyril Carbonnel.**- Madame Boisson-Cohen, directrice scientifique de la CNSA, je vous laisse nous présenter les premiers retours d'expériences soutenus par la CNSA.

**Marine Boisson-Cohen.**- Je sais que Frank Nataf, pour Solidarité domicile, est parmi nous. Vous avez récemment rendu votre rapport intermédiaire au titre des retours d'expérience qui ont été soutenus *via* l'appel à projets dont je vais vous repartager les grands axes. Comme nous avons l'intéressé avec nous, je pense mieux de l'écouter sur les enjeux de coordination au sein du secteur du domicile.

**Frank Nataf.**- Absolument.

Solidarité domicile est une plateforme numérique, créée pendant le premier confinement, qui est aujourd'hui pilotée par trois fédérations de structures prestataires d'aide à domicile. Elle avait initialement comme vocation, et c'est d'ailleurs l'une de ses principales fonctions encore aujourd'hui, de gérer l'échange entre structures d'aide à domicile et services de soins infirmiers. Ensuite, sous l'égide de l'ARS Île-de-France, il a été proposé d'étendre ces renforts des salariés des structures aux Ehpad, et des structures handicap d'établissements de manière générale. Nous sommes maintenant dans une troisième phase de consolidation de cette association, puisque cette association agit dans 100 % des régions et dans presque 90 % des départements, avec aujourd'hui 12 000 salariés en « réserve » et un peu plus de 800 structures inscrites. À noter, c'est gratuit. Il n'y a aucun coût de fonctionnement pour les différents opérateurs à ce jour.

L'essentiel des renforts ont été vis-à-vis des établissements, ou, pour un nombre assez conséquent, vis-à-vis de particuliers employeurs, sur des difficultés à assurer une continuité d'intervention, à cause de tout ce que nous pouvions rencontrer, c'est-à-dire des problématiques de garde d'enfants, de masques, ou de maladies, tout simplement. Il y avait une couverture totale, ou quasi totale, du territoire, qui s'est faite de manière extrêmement rapide. Il faut se rappeler la situation du premier confinement, avec une sidération de l'ensemble des acteurs. Néanmoins, la mobilisation a été extrêmement rapide puisque nous avons réussi à monter cette plateforme en l'espace d'un mois, un mois et demi – j'en profite pour remercier Marie-Anne Montchamp, qui avait accéléré les choses –, et avec une efficacité assez impressionnante. Nous nous étions vus certains week-ends, tout le monde étant bénévole dans le dispositif au démarrage, pour trouver des solutions, y compris dans des coins très reculés de l'Hérault, par exemple, ou de Seine-Maritime.

Ce dispositif est maintenable au-delà de la période de crise sanitaire, c'est aussi ce que nous avons trouvé intéressant, puisque, typiquement, on rencontre des périodes de tension de personnel tous les étés au mois d'août et quasiment toutes les vacances scolaires. Ce n'est pas souhaitable, mais, s'il y a d'autres crises sanitaires du même type, il y aura évidemment des tensions à ce niveau, et nous avons vu qu'à ce moment-là les Saad prestataires, en l'occurrence, étaient en mesure de répondre à un certain nombre de ces sollicitations et étaient présents.

En réaction à ce qui vient d'être dit, sur le fait que le dernier kilomètre de l'aide à domicile, c'est le particulier employeur, je me permets d'être un peu sceptique. Évidemment, je parle en tant que Saad prestataire, j'assume ce statut. Je vois bien où menait l'étude qui nous a été présentée

préalablement, mais je trouve cela extrêmement étonnant que l'on se dise que les personnes en GIR 1, donc qui n'ont *a priori* plus toutes leurs capacités cognitives, sont en capacité de salarier, d'être employeur d'un salarié, et d'assumer ce rôle d'employeur. Je suis « renversé », je ne sais même pas comment le dire. C'est un vieux débat, mais, en effet, pourquoi est-ce que l'on a plus d'heures quand on est en mandataire ou que l'on utilise de l'emploi direct ? En réalité, qu'est-ce qui génère plus d'heures ? Le fait que l'on a un salarié sous-payé. Pourquoi ?

**Marie-Béatrice Levaux.**- Ce n'est pas vrai.

**Frank Nataf.**- Bien sûr que c'est vrai. Je vais finir. La convention collective autorise ce que l'on appelle les heures effectives et les heures responsables, et permet de payer un salarié, écoutez-moi bien, qui fait une nuit de 12 heures, seulement 4 heures, c'est-à-dire un tiers du Smic français. C'est bien le seul métier dans lequel c'est autorisé. La seule justification qui existe par rapport à cela, c'est la lutte contre le travail au noir. Qu'il puisse y avoir des particuliers employeurs pour des activités dites de confort, donc du jardinage, du ménage, je n'ai aucun problème avec cela, c'est un choix politique qui doit être fait. Sur tout ce qui relève d'activités liées à des publics fragiles, en l'occurrence des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, je suis absolument scandalisé que cela puisse être permis. Pourquoi ? Par exemple, il n'y a aujourd'hui aucune exigence de diplôme pour être assistant de vie en tant qu'emploi direct.

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Nous allons peut-être rester sur le Retex Covid.

**Marie-Béatrice Levaux.**- Tout d'abord, il va falloir vous mettre en actualité. Je ne l'ai pas dit tout à l'heure, mais la convention collective du secteur de l'emploi à domicile des particuliers employeurs sera applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2022 avec de nouveaux droits sociaux. Il s'avère que nous avons régulé aussi la nuit, ce qui ne va pas faire plaisir aux mandataires et aux « presto mandataires » que vous êtes, en règle générale, quand cela vous arrange. C'est la première chose.

La deuxième, c'est que nous ne pourrions pas continuer à avoir une politique publique qui parle à la place des gens. La politique publique aujourd'hui se négocie avec les habitants, avec les citoyens, avec des périmètres extrêmes. Nous ne pouvons pas continuer à dire aux gens, et encore plus aux personnes âgées qui arrivent, « voilà ce que la politique décide pour vous et c'est pour votre bien, et, le reste, vos choix personnels, votre manière de vivre, la relation que vous avez avec un certain nombre de salariés... » Moi, mes salariés ont été exemplaires pendant cette période. Contrairement à ce que vous dites, très peu de personnes ont laissé les personnes âgées à domicile du jour au lendemain sans personne.

Je n'ai pas envie de rentrer dans cette polémique. Il y aura nécessairement un accès à l'accompagnement à domicile dans la fameuse réforme domiciliaire dont vous dites tous que c'est l'alpha et l'oméga. Pour cette réforme domiciliaire, il faut taper à la porte, Mesdames et Messieurs. De l'autre côté, il y a un citoyen, qui ouvrira ou n'ouvrira pas la porte, et il faudra aussi avoir un peu d'éthique dans la manière dont nous pensons les choses. Je pense que ce sont véritablement les évolutions dans lesquelles nous sommes rentrés aujourd'hui. La crise Covid, quand je parlais du « restez chez vous », a créé de nouveaux comportements qui vont accélérer cela. C'est la première chose.

La deuxième chose, c'est que les dispositions numériques, le e-santé, l'accompagnement d'aujourd'hui, de demain, de toutes les facilités pour accéder à des traitements, tout cet ensemble de choses est en train de s'accélérer. On voit bien que les gens vont avoir de plus en plus

d'autonomie dans leur manière d'aborder le sujet. Venir avec une espèce de système descendant qui dit que « l'État rentre dans votre cuisine et vous êtes priés de faire ce que je souhaite » est, excusez-moi, un peu rétrograde, je dirais. Ce n'est pas grave, je connais, cela fait vingt ans que l'on m'assène ce genre de choses. Je dis simplement qu'aujourd'hui, la réalité, c'est ce que nous avons observé en essayant d'être objectifs. Ce que je vous ai dit, c'est que nous pouvons apporter paritairement à la cause, et, si c'est complémentaire à tous les travaux qui sont menés, nous en serons ravis. Maintenant, est-ce qu'il faut interdire... je ne sais pas. J'ai terminé.

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Je crois que chacun a pu s'exprimer.

**Marc Bourquin.**- Je suis absolument désolé, j'ai un rendez-vous avec la direction de la Sécurité sociale, vous imaginez bien que je ne vais pas rater cette occasion. (*Rires.*) J'avais une remarque. À mon avis, il faut effectivement que nous fassions attention aux comparaisons entre APA et PCH, parce que nous ne sommes pas du tout sur les mêmes niveaux de solvabilisation et de reste à charge. Sauf erreur, pour PCH, il n'y a pas de restes à charge jusqu'à 26 000 euros de revenus. Pour l'APA, je n'ai pas le chiffre en tête, mais, à mon avis, à 1 500 euros de revenus nets, il y a déjà un reste à charge de 40 ou 50 %.

La deuxième chose, c'est une question, parce que je n'y vois pas clair. Est-ce qu'il y aura un moyen, un jour, d'avoir une visibilité sur le maquis extraordinaire des abattements de charges, sociales et fiscales ? Je prends un exemple. Si on est à domicile, sauf erreur, on a la possibilité de déduire 12 000 euros de son revenu, et jusqu'à 6 000 euros d'impôts. On passe en Ehpad, cela descend à 2 500 euros. Personne ne sait pourquoi. D'un côté, et je ne conteste pas l'utilité, il n'y a pas de charges sociales, et, de l'autre, un peu. Ce sont des montants énormes, et je ne sais pas si on a une intelligibilité de ces montants. Je serais très intéressé si nous pouvions un jour nous pencher sur cette espèce d'univers dont personne ne maîtrise la dynamique. À mon avis, cela aboutit au fait que les pouvoirs publics prennent des décisions en se disant : « Cela, c'est trop cher », « Ceci, ce n'est pas assez cher », mais en n'ayant aucune idée de la réalité des coûts d'une mesure ou d'une autre. Je m'arrête là.

**Marine Boisson-Cohen.**- À cette étape de la journée, je vais essayer d'être rapide, et surtout vous donner envie de visiter le site de la CNSA pour prendre connaissance des divers témoignages, des monographies, des retours d'expérience, mis à disposition.

S'agissant de la direction scientifique, notre contribution au retour d'expérience de la crise sanitaire a été structurée par nos instruments avec la possibilité d'apporter un soutien à des travaux de Retex, d'étude, d'expérimentation ou de recherche.

En 2020, nous avons ainsi consacré l'appel à projets thématique annuel « actions innovantes » au soutien d'initiatives visant à tirer les enseignements de la crise Covid. C'est ce qui a été mentionné ce matin. Sur vingt-cinq projets retenus, vingt projets sont inscrits tout ou partie dans le champ de l'âge et concernent le domicile, les Ehpad, mais aussi l'habitat inclusif, et permettent d'éclairer les réalités des personnes concernées, des professionnels, des aidants durant cette crise, et aussi sur ce qu'ont été les coopérations. Dans cette période. Les rapports finaux sont progressivement mis en ligne<sup>52</sup>. Sur le seul champ de l'âge, six retours d'expérience traitent du vécu de la crise des personnes et des professionnels en Ehpad ; deux traitent du maintien des liens sociaux des

---

<sup>52</sup> [Résultats d'actions innovantes thématiques sur le site de la CNSA.](#)

résidents en Ehpad ; quatre de la crise sanitaire vue du domicile ; quatre de la coordination des acteurs, mobilisation et redéploiement de ressources ; trois des aidants dans la crise ; un de la contribution des bénévoles.

Les premiers rapports disponibles consolident le diagnostic largement partagé d'une crise sanitaire qui a fonctionné comme un révélateur, c'est-à-dire qu'elle a exacerbé des limites des politiques de l'autonomie qui préexistaient à la crise. Elle a mis en lumière un certain nombre d'impensés, ce que l'on peut appeler des réalités critiques, qui peuvent être insuffisamment appréhendés. Par exemple, la problématique des droits des résidents en établissement. Il faut rappeler que, être résident, ce n'est pas être locataire. Plus généralement, cela pose la question des droits de la personne accompagnée. Une autre problématique majeure et connexe est celle des repères éthiques et l'existence ou non d'espaces éthiques pour les professionnels, les coordonnateurs, les directeurs du médicosocial, en présence de tensions multiples entre liberté et sécurité. De même ont été posés à nouveaux frais les sujets d'accès à des ressources médicales, dont les enjeux d'articulation, et, inversement, de cloisonnement, entre sanitaire et médicosocial. Également, se pose la question de la contribution des proches aidants, la question de la valorisation des métiers de l'autonomie, ou encore l'isolement et la prise en compte ou non de la fonction présenteielle, cette composante ayant été mise en avant par le Conseil de la CNSA dans sa réflexion prospective.

La crise a enfin mis en lumière des facteurs de résilience, mais aussi le potentiel d'innovation et d'amélioration que revêt une meilleure structuration de l'écosystème riche et complexe des politiques de l'autonomie et une modélisation des coopérations entre acteurs.

Les retours d'expérience aujourd'hui disponibles sont essentiellement de nature monographique, qualitative.

S'agissant du soutien à la recherche, la mise en œuvre du programme « Autonomie », que nous soutenons au sein du GIS<sup>53</sup> Institut pour la recherche en santé publique (Iresp), dont nous sommes partenaire et membre fondateur, les quatre appels à projets de recherche en 2020 ont été adaptés pour permettre de prendre en compte ces problématiques. Trois recherches relatives aux effets de la crise sanitaire sont soutenues, s'intéressant aux professionnels du domicile, notamment dans une démarche de comparaison internationale, également à l'effectivité des droits des personnes dans le grand âge. D'une durée de 36 mois, donc je vous donne rendez-vous en 2024 pour en partager les résultats<sup>54</sup>.

Nous avons également engagé un soutien de recherche de gré à gré s'agissant des travaux initiés par le CHU de Besançon et la Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, sur lesquels la DGRI<sup>55</sup> du ministère de la Recherche avait opportunément attiré notre attention. Cette recherche – CovidEhpad – étudie les questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les Ehpad dans le contexte du Covid-19. Les matériaux récoltés vont rester durablement sources

---

<sup>53</sup> Groupement d'intérêt scientifique.

<sup>54</sup> <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/programme-de-recherche-autonomie-2020-decouvrez-les-laureats>

<sup>55</sup> Direction générale de la recherche et de l'innovation.

d'enseignements. Il est très précieux que les chercheurs qui se sont mobilisés aient conduit des entretiens de professionnels, de directeurs, d'aidants dans la période même de la première vague<sup>56</sup>.

Enfin, des études ou recherches soutenues antérieurement à la crise s'avèrent particulièrement pertinentes : je renvoie aux travaux « Trajectoires des personnes âgées en perte d'autonomie et disparités départementales de prise en charge » soutenus auprès de l'Institut des politiques publiques, l'IPP, dont de premiers résultats sont disponibles, notamment s'agissant de la contribution et des limites de l'aide apportée par des proches, aujourd'hui et en prospective<sup>57</sup> ; aux recherches des équipes de l'EHESP sur les enjeux de la transformation de l'offre médicosociale<sup>58</sup> qui ont eu l'opportunité de considérer plus particulièrement la tension entre liberté et sécurité au sein de l'habitat inclusif dans la période Covid ; à l'étude de Julien Damon « Héberger c'est loger ? Aux frontières du logement ordinaire » qui rappelle la singularité du statut et des droits des personnes hébergées<sup>59</sup>.

Si l'on s'attarde sur la situation des Ehpad dans la crise, je vais insister sur un rapport qui n'a pas encore été présenté, celui de l'association Monsieur Vincent qui a rendu compte de « la traversée de la crise sanitaire » dans ses résidences et Ehpad, donc 20 établissements et 2 000 résidents.

Concernant le CHU de Besançon, j'ai déjà parlé de son travail au titre de la Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie. Des témoignages ont été sollicités par questionnaire dans 51 établissements. Une partie seulement des établissements qui ont été étudiés *via* des témoignages ont connu un ou des épisodes d'intense contagion. Le vécu n'y est pas strictement le même, mais l'épreuve est similaire : faire face à une propagation rapide, réaliser des soins qui, en nombre et en technicité, ne relèvent pas de l'Ehpad, et ne pas pouvoir accompagner comme il convient au regard d'un éthos professionnel. C'est ce que mettent beaucoup en avant ces travaux.

Ces travaux font apparaître, dans la crise, une souffrance éthique des professionnels, une interrogation sur le respect des droits des personnes et sur la possibilité d'exercer une fonction présenteielle, qui a l'intérêt de mettre en exergue ce qu'est l'éthos de l'aide et du soin en temps ordinaire. Cela met aussi en exergue la conception de la bonne relation, parce que cela a justement été vécu comme une transgression par les professionnels, de ce que peut être une bonne relation et a permis de la définir. Finalement, cette bonne relation est faite de petits gestes, de sourires, de contacts, d'éléments inestimables, que nous ne savons pas toujours valoriser et tarifer.

Dans ces travaux, il y a aussi la mise en avant de la responsabilité des directeurs. Nous avons beaucoup parlé de la question de l'Ehpad isolé, du besoin d'insertion dans des réseaux, dans des filières gériatriques. Si l'on arrive vraiment sur le niveau de l'humain, notamment des directeurs d'établissement, la crise a mis en évidence une posture de responsabilité quasi totale, et des freins à partager les choix sur ce qu'il convient de faire pour le bien-être des résidents. Dans l'après-crise,

---

<sup>56</sup> <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/index.php/projets/etude-des-questions-relatives-aux-confinements-aux-fins-de-vie-et-la-mort-dans-les-ehpad>

<sup>57</sup> <https://www.ipp.eu/projet/trajectoires-personnes-agees-en-perte-d-autonomie-et-disparites-departementales-de-prise-en-charge/>

<sup>58</sup> <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-cnsa-et-lehesp-partenaires-pour-une-meilleure-comprehension-des-enjeux-de-la-transformation-de-loffre-medico-sociale>

<sup>59</sup> <http://eclairs.fr/heberger-cest-loger/>

il y a une double question de l'imputabilité et du périmètre de responsabilité des directions, et de ce que peuvent être des choix de protection plus collégiaux dans les établissements.

Enfin, ces travaux donnent à voir une exacerbation du besoin de reconnaissance et de valorisation du contenu de la relation de l'aide et du soin, et notamment de sa richesse. Ils ont souligné une espérance au sein des équipes que la crise allait conduire à une attention plus soutenue aux conditions réelles de travail dans les Ehpad, avec logiquement un risque de désillusion et de retrait dans l'après-crise. Nous sommes dans ce moment d'expression du besoin de reconnaissance dans l'après. Nous savons que de ce point de vue tout n'est pas résolu aujourd'hui.

Une autre approche peut vous intéresser, celle des habitats inclusifs. On dit souvent que ce sont des cadres alternatifs. L'intérêt de l'habitat inclusif est d'être à la croisée des chemins, avec des caractéristiques qui ont à voir avec une collectivité, mais en même temps un statut de prise en charge au domicile. Dans la crise, l'incertitude des cadres d'exercice professionnel est bien mise en évidence dans les habitats inclusifs.

Je vous invite notamment à consulter une très intéressante monographie de la Maison des sages, ce que l'on appelle une colocation Alzheimer, ils sont huit colocataires, et huit auxiliaires de vie se relaient auprès d'eux. La coordinatrice du dispositif se charge d'organiser le quotidien, elle est infirmière de formation. La première vague se passe très bien, en jouant des souplesses de l'habitat inclusif. La deuxième vague aboutit à ce que cinq habitants sur huit soient testés positifs et qu'un des colocataires décède du Covid. On voit finalement que, alternatif ou non, il y a une tension entre droits, responsabilité et sécurité, qui est inhérente à la relation d'accompagnement, avec le poids de cette responsabilité pour les professionnels, ainsi que les proches aidants.

Je souhaite conclure par quelques verbatims, et revenir ainsi à des paroles de professionnels. « *J'ai eu super peur, je me suis dit, si quelqu'un l'attrape, ils peuvent... tous mourir ! Je me suis dit, ça y est, ça fait à peine six mois qu'on est ouvert et le projet peut s'effondrer avec cette crise...* » La coordinatrice. On voit bien la spécificité de ce secteur, qui est fait d'initiatives. Cela fait six mois qu'ils ont ouvert un habitat inclusif et c'est la crise Covid. Vous le verrez, ils se sont emparés des marges de manœuvre offertes par ce cadre, et décident d'arrêter totalement les visites extérieures mais de ne pas faire d'isolement en chambre. En même temps, il y a des difficultés, qui sont les mêmes qu'en Ehpad, avec notamment les colocataires qui disent : « *Laissez-nous sortir ! On n'est pas en prison !* » Qu'est-ce que c'est, finalement, être « colocataires », mais « être protégés » ?

Dans cette monographie relative à l'habitat inclusif, sont également mises en évidence des ressources informelles et ce que peuvent être les fondements relativement informels de coopération. Cet habitat inclusif va bénéficier au bout de quinze jours à trois semaines de gants et de masques. Vous allez dire que c'est formidable, oui, en effet, mais c'est parce que la mairie était impliquée dans le projet. C'est informel, c'est du capital social. Ensuite, quand la crise Covid se déclare au sens de contagion dans le deuxième confinement, il est mis en évidence que la ressource va être de nouveau trouvée par le biais du capital social, pour mettre en place les tests, la coordinatrice de l'habitat inclusif à un ami urgentiste, qui n'est pas n'importe qui, cela tombe bien, puisque c'est le vice-président du Conseil de l'ordre des médecins depuis dix ans. Il porte la communauté professionnelle territoriale de santé, la fameuse CPTS, du Grand Versailles. C'est ce qui va permettre la mise en place rapide d'une procédure. Les questions des coopérations se poseront à nouveau lors de la vaccination, mais dans un autre sens. Relevant du domicile, l'ARS opposera que, non, il n'y a pas



de dispositif de vaccination particulier à mettre en place. Vous pourrez continuer de lire ces témoignages.

Les prochaines étapes seront de continuer à capitaliser sur ces résultats et témoignages, les rapports étant attendus jusqu'en 2024. L'intérêt de la diversité des travaux est de permettre d'associer et de croiser des approches quantitatives et qualitatives. Les approches qualitatives ont cette fonction de force de rappel du réel, sur l'exigence de maintenir ouvert un espace de débat éthique sur les conditions d'exercice des métiers de l'autonomie, sur la condition des proches aidants, mais aussi sur les perspectives de coopération et de structuration, qui devront prendre en compte le caractère interministériel, partenarial, déconcentré et décentralisé des politiques de l'autonomie, politiques qui sont multiacteurs et territorialisées. Je ne l'ai pas indiqué dans mon PowerPoint, mais ce ne sera sans doute pas un « jardin à la française », ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de besoin de structuration. Merci de votre attention.

**Cyril Carbonnel.**- Merci, Madame Boisson-Cohen, pour cette présentation. Nous avons rendez-vous demain sur le site de la CNSA pour découvrir avec grande attention les huit premiers rapports. Merci pour ce *teasing*.

## II) Discussion

### A) DISCUTANTS

#### 1) D<sup>r</sup> Emmanuelle Deschamps, directrice médicale SOS seniors

**Cyril Carbonnel.**- Nous allons passer à une intervention rapide du D<sup>r</sup> Deschamps, puis nous répondrons aux quelques questions.

**D<sup>r</sup> Emmanuelle Deschamps.**- Merci. Je me présente très rapidement, je suis directrice médicale du groupe SOS Seniors. Je voudrais déjà rebondir sur l'intervention de Mme Bonnet. Je n'ai pas des chiffres, mais j'ai une tendance avec les remontées de nos directeurs. Dans les établissements où nous avons une liste d'attente de 70 personnes, nous avons maintenant un ou deux dossiers en attente. Nous n'arrivons pas à remplir nos Ehpad, le taux d'occupation reste mauvais. Les admissions que nous faisons, ce sont des personnes en toute fin de vie, qui restent quelques semaines et qui décèdent. Il y a clairement une désaffection des Ehpad. Je voulais juste mettre un peu d'eau à votre moulin.

Concernant l'intervention de Mme Boisson-Cohen, je dirais que nous sortons de cette crise complètement sinistrés en termes de ressources humaines. Vous avez parlé de l'accès à des ressources médicales. Pendant la crise, pendant le premier confinement, nous avons demandé aux médecins de ne plus venir. Les médecins traitants ont contaminé certains établissements, ils ont été le vecteur du virus dans plusieurs établissements, et nous avons fait en sorte qu'il n'y en ait qu'un ou deux qui interviennent, et pas quinze, vingt ou trente. Beaucoup, aussi, se sont retirés et ne voulaient plus venir à l'Ehpad dès qu'il y avait des cas. Les médecins coordonnateurs ont pris le relais. Ce relais, ils continuent à le prendre, parce que les médecins traitants ne sont pas revenus. Nous voyons une réelle évolution du métier de médecin coordonnateur, avec maintenant une part très importante de soins et de prescriptions qu'il va falloir prendre en compte. Pour l'instant, cela se fait complètement au détriment de la coordination.

Vous me direz, on ne peut pas trop faire de coordination actuellement, nous n'avons jamais été dans une situation aussi tendue en termes de moyens humains. Nous n'arrivons pas à recruter. Même les boîtes d'intérim ne nous fournissent plus. Il est plus intéressant et mieux payé d'aller vacciner dans un centre de vaccination que de venir travailler en Ehpad. Beaucoup de nos établissements sont dans le Grand Est, les Luxembourgeois n'exigent pas la vaccination, il n'y a pas d'obligation vaccinale, et paient deux fois mieux que nous.

Nous avons parlé de maltraitance des résidents ce matin. Je pense qu'il y a vraiment une forme de maltraitance de nos salariés, de notre personnel. Nous leur en avons demandé beaucoup, nous leur avons demandé de renier leurs valeurs, de ne s'occuper que du soin, de ne plus penser à toutes ces petites choses, ces temps partagés, ces sourires, tout ce dont vous parliez. Nous avons complètement altéré la relation d'aide et de soins qu'ils avaient avec les résidents. Je ne sais pas si la vaccination a été la goutte qui a fait déborder le vase, mais nous avons perdu des psychologues, des ergothérapeutes, des animateurs, et également des aides-soignants, des infirmières, qui n'ont pas voulu se faire vacciner. Je me dis que la vaccination était juste un trop-plein par rapport à la période qu'ils ont vécue.

Quelle solution avons-nous trouvée ? La solidarité entre les établissements. Nous avons la chance d'être un groupe. Quand tous les personnels étaient en rade dans un Ehpad parce qu'il y avait un *cluster* et qu'ils étaient malades aussi, le personnel de l'Ehpad d'à côté venait en renfort. Néanmoins, cette solidarité a des limites. Nous sommes en pénurie partout. Nous sommes vraiment dans une situation dramatique. Nous ne pouvons plus trouver de sens à ce que nous faisons parce que nous sommes en telle pénurie que nous allons à l'essentiel. Comme nos animateurs sont partis, que nos psychologues sont partis, ce qui fait la vie dans l'Ehpad devient très dur à entretenir.

Je n'irai pas plus loin, mais je pourrais vous en parler pendant des heures.

**Cyril Carbonnel.**- Merci pour votre intervention.

## B) DISCUSSION AVEC LA SALLE

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Monsieur Carbonnel, vous nous disiez aspirer à une fonction de GPEC au niveau départemental. Par rapport à tout ce que l'on entend, comment réagissez-vous à ces remontées d'expérience sur certains éléments d'entraide et de mutualisation, soit en termes de service à domicile, soit interétablissement ? On voit que nous sommes aussi assez loin.

Une deuxième question. Je me permets, ce matin, nous avons beaucoup entendu parler des échelons territoriaux, qui étaient plus ou moins impliqués. Je dois avouer qu'on sait qu'il y a de grosses disparités. Nous avons beaucoup entendu que les CCAS ont joué un rôle très important, et peut-être plus que les départements, qui, pour certains, ont été moins visibles. J'ai envie de vous demander de réagir sur cet aspect de ressources humaines, du rôle que vous pourriez y jouer, et peut-être d'implication par rapport à d'autres acteurs locaux impliqués.

**Cyril Carbonnel.**- Tout à fait. Je voudrais déjà préciser que, en France, il y a autant de politiques publiques que de départements, avec à chaque fois des spécificités. Cela peut parfois être regrettable, mais, en tout cas, entre collègues, nous échangeons régulièrement sur nos politiques publiques. Au fond, nous avons les mêmes sujets à traiter, mais avec chacun nos spécificités, nos contraintes. Je pense que vous avez bien conscience des contraintes auxquelles font face différents

départements, nous ne sommes pas tous égaux face aux besoins sociaux et aux capacités collectives à accompagner nos publics.

La GPEC, c'est un vœu pieux. Nous avons pu observer à travers l'expérience du Covid que des opérateurs ont une habitude de travail. À partir du moment où ils ont une habitude de travail, on peut capitaliser dessus. Clairement, ce sont des rencontres régulières entre les opérateurs à l'échelle d'un territoire, parce que, après tout, c'est bien autour de zones d'habitations des salariés qu'il convient de réfléchir, d'offrir des parcours. Le parcours peut parfois paraître comme un grand mot, mais c'est simplement pour dire que les opérateurs connaissent leurs besoins, leurs perspectives en matière de ressources humaines, aussi bien dans les établissements pour personnes âgées que dans des établissements pour personnes en situation de handicap. À ce stade c'est plutôt entre établissements que les parcours peuvent se dessiner. Le monde des services est présent, mais les gestionnaires ont le sentiment que, s'ils reontraient de manière trop frontale sur ce sujet, ils risqueraient de perdre une partie de leurs salariés.

Dans l'idéal, les opérateurs mettent sur la table les offres d'emploi. Ils doivent également faire un recensement auprès des personnels en poste qui auraient envie d'évoluer. Actuellement, les gestionnaires se prêtent déjà du personnel afin de palier des situations inconfortables. C'est l'embryon d'une démarche qui mériterait de se structurer. Des carrières peuvent déjà se dessiner et cela peut offrir des perspectives, surtout aux salariés. En ce sens, c'est extrêmement intéressant. Derrière, il y a évidemment les barrières des conventions collectives, qui ne sont pas les mêmes, ou la disponibilité qu'il peut y avoir entre établissements. C'est vrai qu'il y a encore d'autres freins à lever.

Néanmoins, nous avons pu observer que c'était au moins une base sur laquelle nous pouvions nous appuyer, et nous espérons l'étoffer. Ce que nous espérons aussi, c'est regarder surtout au niveau du domicile les passerelles qu'il peut y avoir entre les salariés du domicile et des établissements.

**Isabel Madrid.**- Pour répondre sur les CCAS, cette complémentarité existe bien sûr. Je pense qu'aujourd'hui le conseil départemental est la collectivité structurante et que les CCAS sont la collectivité qui est le plus dans la proximité. Quand nous parlions tout à l'heure d'un guide de crise ou de bonnes pratiques, chacun peut choisir le pilote qu'il souhaite. Le tout, c'est d'être efficient et de faire que cette crise nous serve à faire une coopération d'une manière permanente, pas seulement en temps de crise.

**Jean-Claude Chailley.**- Jean-Claude Chailley, CGT. Je pense que la journée que nous avons passée est extrêmement riche par l'ensemble des témoignages sur la réactivité dont il a été fait preuve et des initiatives qui ont été prises. Un certain nombre d'interventions recoupent d'ailleurs le rapport du Défenseur des droits.

Maintenant, je pense qu'il y a une urgence. Le monde entier savait qu'il y aurait une pandémie un jour ou l'autre. Pourtant, nous avons été pris au dépourvu. La maltraitance institutionnelle n'est pas tombée du ciel récemment, il y a d'innombrables rapports. Pour une fois, c'est un constat quasi unanime de la droite, de la gauche, des personnels, de tout le monde. Pourtant, madame vient de l'évoquer, il y a une aggravation très importante de la situation. Nous avons les mêmes remontées que le témoignage que madame vient de donner. Il y a urgence. Encore faut-il dire merci aux scientifiques. S'ils n'avaient pas été capables de faire un vaccin extrêmement rapidement, si nous n'avions toujours pas de vaccin, je n'ose penser à la situation à l'heure actuelle. Merci aux scientifiques. Merci également à la Sécurité sociale d'avoir pu prendre en charge tout le monde.

Maintenant, il y a une urgence. Nous avons la fausse impression que le Covid est derrière nous. En fait, nous n'en savons rien. La plus grande partie de la population mondiale n'est pas vaccinée. Nous sommes sous la menace d'un nouveau variant qui échapperait aux vaccins. Il peut y avoir une nouvelle pandémie, personne n'en sait rien, de même que nous ne connaissons pas la date. Il faut s'y préparer. Plusieurs témoignages ont dit que nous ne pouvons pas nous satisfaire de l'abandon de la loi « grand âge ». Nous partageons ce point de vue. Effectivement, il y a urgence à avoir une loi « grand âge », cela fait suffisamment longtemps que le problème est posé sur la table, et, comme je le disais, avec un constat quasi unanime. Il est temps d'avoir des actions à la hauteur.

Il y a eu plusieurs interventions sur le PLFSS 2022. Certes, il y a des avancées, il faut les saluer, mais nous ne pouvons pas nous satisfaire qu'il n'y ait que 10 000 embauches en cinq ans. Ce ne sont pas seulement les propositions syndicales, le rapport Libault, le rapport El Khomri. Avec les propositions actuelles, nous allons maintenir la souffrance des personnels et la souffrance des résidents. On est sur un projet de loi de financement de la Sécurité sociale. C'est un projet, ce n'est pas la loi. Il est encore temps de l'amender, me semble-t-il.

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Nous pouvons prendre une dernière question, mais en rapport avec quelque chose qui a été dit, pas une intervention. Ensuite, nous passerons à la conclusion.

**Jacques Doury.**- Merci. Je voudrais rebondir sur ce qui vient d'être dit et sur ce que j'entends. Cela revient un peu à mes propos de ce matin, il y a le côté invisible. Nous sommes sur le côté des PA<sup>60</sup>, mais je fais un parallèle avec les PH<sup>61</sup>. J'appelle de mon vœu une grande loi autonomie. La question que je pose, c'est celle-là : à quand PA et PH, main dans la main ? Nous avons les mêmes causes, la même problématique, mais nous sommes chacun de notre côté. J'appelle à mon vœu pieux qu'aujourd'hui nous puissions dire : « Allez, nous allons ensemble faire bouger tout cela. » Nous sommes tous dans le même bateau, mais un peu séparés. Je trouve cela dommage.

**Vanessa Wisnia-Weill.**- Je pense que nous pouvons passer à la conclusion. Je donne la parole à Marie-Anne Montchamp.

---

<sup>60</sup> Personnes âgées.

<sup>61</sup> Personnes en situation de handicap.

## CLOTURE

**Marie-Anne Montchamp.**- Merci beaucoup. Merci à tous de m'accepter dans cette journée qui est particulièrement riche, importante et foisonnante. J'ai pu le constater à travers l'ordre du jour, mais aussi la séquence à laquelle j'ai assisté.

Je repartirai de l'expression de Marine Boisson-Cohen il y a un instant pour rebondir sur celle de Jean-Claude Chailley, et faire une sorte d'arche spatiotemporelle. Marine Boisson-Cohen a dit que, à travers tout ce que vous avez pu manifester, aborder, débattre et évoquer dans cette journée, il y avait ce constat que la crise Covid avait été en quelque sorte un révélateur et un *stress test* pour le système. Il y a eu de nombreux exemples, et votre expression, madame, est en quelque sorte la synthèse du *stress test*. Néanmoins, à l'instar de ce que vient de pointer Jean-Claude Chailley, il peut être intéressant de se projeter dans une approche complémentaire, ou inversée, en se disant : et si la crise Covid était en quelque sorte la métaphore des crises du XXI<sup>e</sup> siècle ?

Nous aspirons tous à sortir de cette crise, qui nous montre en effet à certains égards que cela va mieux, même si des menaces subsistent, et vous avez bien raison de le dire. Si, au lieu de pensées linéaires et de pensées diachroniques, nous disions que, de cet effet d'expérience, de ce Retex, mais aussi de ces travaux que vous incrémentez les uns et les autres, chacun à votre place, nous avons la capacité, au fond, d'infléchir le cours de nos institutions et de l'organisation de notre système de protection sociale, pour être capable d'encaisser les crises à venir ?

Le début du siècle a commencé par une crise climatique, qui a mis sous tension la protection sociale : la canicule. Nous nous sommes organisés, nous avons pris des initiatives, nos institutions ont bougé, nous avons appris et nous avons évolué, mais pas suffisamment pour, à ce moment de notre histoire commune, remettre en question ni le sens fondamental de la protection sociale contemporaine ni nos organisations. Ces dernières ont continué, de manière assez persistante, de garder, en tout cas dans le champ de l'âge, cette philosophie sanitario-centrée, qui conduit la personne sur le bord de la route à être le témoin de ce que l'on peut faire pour elle, mais rarement le décideur, rarement l'investigateur, et, en tout état de cause, rarement l'évaluateur.

Cette transformation de la focale qui consisterait à se dire « et si c'était la métaphore des crises à venir ? » serait, je pense, un exercice assez salutaire. Il nous permettrait de repartir de ces thèmes que vous avez évoqués ensemble, que je reprends à la volée sans être trop longue ou fastidieuse, parce que je ne le ferais que moins bien que vous, qu'est d'abord la question de l'éthique, qui a surgi brusquement au moment le plus critique de la crise, c'est-à-dire en avril 2020. Pour tout vous dire, j'ai le souvenir encore poignant des coups de téléphone stressants de 22 heures, en avril 2020, certains s'en souviennent ici. À l'autre bout de la ligne, nous avons un responsable d'établissement, un responsable d'un service d'aide à domicile, une auxiliaire de vie, celle de mon père, en l'occurrence, qui disait : « *Je fais comment ?* ».

Cette dimension, cette incursion, en quelque sorte, au plus fort de la crise, de la question de l'éthique emporte tout à la fois la question de la responsabilité, de la place du professionnel et de la place de la personne, de la compréhension des aspirations de la personne, de cette espèce de contre-emploi dans lequel, en effet, Madame, nous avons placé les professionnels. Ils ont été obligés de se désengager de leur pratique habituelle, celle du vivre avec et de l'immense proximité, pour appliquer des normes évidemment extrêmement contraignantes, ou pour rester à l'écart de son

professionnalisme, à l'écart de sa mission, tout simplement parce que les organisations ne le permettaient pas.

J'ai lu tout récemment une étude qui montre que, dans les pays de l'OCDE<sup>62</sup>, le critère de la confiance collective a été un déterminant absolument cardinal de la gestion de la crise. Dès lors que les organisations publiques ont pu bénéficier, dans certains états plus que dans d'autres, d'un niveau de confiance solidement ancré, fondé sur une forme d'acceptation de la décision publique, les premières mesures, au plus fort de la crise, ont été beaucoup mieux acceptées et beaucoup plus efficaces, j'oserai dire plus efficaces. En revanche, dans les pays pour lesquels le niveau de la confiance était entamé, des conflictualités se sont fait jour entre la parole de l'expert, la parole du professionnel, la parole de l'administration et la parole de la famille. Bref, c'était parole contre parole, dans un environnement qui, convenons-en, et souvenons-nous de cette période, nous a mis dans des difficultés absolument insignes. Elles nous ont conduits, dans la deuxième partie de la crise, à convenir d'un certain nombre de choses assez basiques, mais que je veux rappeler ici.

La première, c'est que l'État ne peut pas tout. Pour les crises à venir, nous serions bien inspirés de réfléchir au fondement de principe tel que l'approche territoriale et infraterritoriale, jusque dans l'hyperproximité, à l'approche coopérative, au principe cardinal de la coopération des acteurs entre eux, à la question, au fond, de la compréhension écosystémique de la réponse en santé au sens OMS du terme, à la question non plus de la gouvernance, mais du pilotage, et en particulier de la capacité à impulser une orientation à des gens sur lesquels on n'a aucune responsabilité directe. Pour ces gens, tout se joue de gré à gré, jusqu'à la personne, qui, elle-même, peut être un bon utilisateur ou un mauvais utilisateur, au fond, de l'offre ou de la réponse que le système de protection sociale peut lui proposer.

Pour en terminer, un étrange trio s'est progressivement révélé, alors qu'il existait depuis fort longtemps, mais nous n'en avons pas cette conscience aussi aiguë, je veux parler de la personne, du professionnel qui l'accompagne et de sa famille. Une espèce d'alliance qui remplace l'alliance thérapeutique, l'alliance de l'accompagnement, qui nécessite effectivement que nos organisations et nos institutions se mettent en tension, se remettent en question, et intègrent ces éléments paradigmatiques dans leur propre structuration et dans leur propre évolution. C'est cela, au fond, qui doit nous amener à penser le système de protection sociale demain. C'est cela qui doit nous amener à réformer, utilisons les grands mots, les mots qui font peur, nos approches traditionnelles dans le champ médicosocial.

Pendant cette crise Covid, il s'est quand même passé une chose que nous n'attendions pas. Cela nous a laissés, nous, au Conseil de la CNSA, sans voix, pour ne pas utiliser de propos plus triviaux. Je parle, à l'occasion d'une loi portant transfert de dette à la CADES<sup>63</sup>, de l'émergence d'une cinquième branche de sécurité sociale. Le législateur lui a même donné un nom que nous n'attendions plus : autonomie. Autonomie ! Évidemment, le pavé dans la mare : des transferts de l'assurance maladie vers la branche, la promesse en 2024 de 0,15 de CSG... Nous avons rapidement vu les limites de l'exercice, dès lors que nous nous sommes penchés sur la question du financement de ladite branche et de l'horizon à 2030. Sous le poids de la transformation du modèle et du vieillissement de la population, un vrai débat avec la nation s'imposera pour savoir comment

---

<sup>62</sup> Organisation de coopération et de développement économiques.

<sup>63</sup> Caisse d'amortissement de la dette sociale.

cette chose-là peut se financer de manière pérenne. Pourtant, il n'empêche que notre sécurité sociale, historique, a vu arriver en son sein un objectif, une ambition supplémentaire, qui est celle de la vie autonome pour nos compatriotes.

Cette question de la vie autonome me ramène à la remarque, question, interpellation de Jacques Doury. Quand on parle de vie autonome, on ne se demande pas quel est l'âge de la personne, on se demande simplement dans quelle situation elle est, quelles sont ses aspirations et comment elle entend exprimer sa citoyenneté jusqu'à la dernière heure de sa vie. C'est là que nous avons vu apparaître, dans la crise Covid, des concurrences de modèles et des concurrences de normes.

La concurrence de modèles, c'est la différence de compréhension du modèle sous-jacent de la politique du handicap avec la politique de l'âge. D'un côté, une réponse sanitario-centrée, sans les personnes, au point que nous avons pu constater dans l'Ehpad que certains de nos concitoyens devaient finir leurs jours sans leurs proches. Il fallait appliquer de manière descendante une approche extrêmement sécuritaire dans l'intérêt des personnes, bien entendu, et dans l'intérêt des professionnels, mais qui a énormément choqué nos concitoyens et interpellé notre sens éthique. De l'autre côté, le modèle de la politique du handicap, qui reste extrêmement attaché à l'auto-détermination, à l'expression de la citoyenneté, et qui est doté d'une capacité représentative, contestable, je vous l'accorde, chancelante à certains égards, mais réelle. Cela fait que, quand nous sommes autour de la table du Conseil, j'espère qu'ils ne m'en tiendront pas grief, on entend d'un côté les représentants des personnes et des familles dans le champ du handicap et, de l'autre, les représentants des professionnels. C'est très injuste ce que je dis. L'excellent vice-président Sylvain Denis et Christine Meyer-Meuret qui le remplace aujourd'hui trouveraient cela injuste, mais, fondamentalement, la tendance est celle-là.

Évidemment, dans l'émergence de cette branche, la question de la gouvernance par la représentation des parties prenantes va nous imposer d'avoir une vision convergente de ces deux politiques et de ces deux modèles, ce qui emportera des arbitrages extrêmement importants.

Hiérarchie des modèles, hiérarchie des normes. Les personnels du domicile, quel que soit leur statut, sont devenus le premier recours, à tel point d'ailleurs que, dans les stratégies de pensée publique, notamment en matière de prévention primaire et en matière de prévention en santé et d'accompagnement, je pense en particulier aux pathologies chroniques mais à bien d'autres sujets, nous voyons émerger la pertinence du modèle de l'aide à domicile comme intervenant de l'hyper proximité, premier recours pour la personne en situation d'accompagnement. Je veux dire cela parce que, évidemment, nous le savions, évidemment, c'était déjà inscrit dans nos modes de vie, mais la révélation de l'importance de ce modèle du domicile, de la réponse à domicile, en deuxième et troisième partie de la crise, est apparue très clairement. C'est vrai au point que nous, Conseil de la CNSA, avons réfuté de manière assez violente l'antagonisation entre modèle en établissement et modèle à domicile, pour préférer ce que nous appelons désormais dans notre jargon inimitable « l'approche domiciliaire ». Cela dit une chose : le service rendu à la personne, quel que soit l'endroit où elle habite, quel que soit le lieu où elle réside et quel que soit le besoin de soin qui, par ailleurs, se fait jour dans sa situation d'avancée en âge.

À ce stade, et pour terminer ce propos qui n'est pas vraiment une conclusion mais plutôt une réaction à vos échanges et au programme de la journée de ce Retex, je dirai que nous avons trois axes à garantir, et je forme le vœu que la COG<sup>64</sup> qui liera la branche à l'État y satisfasse.

Le premier de ces axes, c'est de tenir la promesse de la branche, tenir la promesse de la vie autonome. Pour cela, il y a encore un petit peu de chemin, au sens où il faut que nous acceptions de nous projeter dans l'effet volume du vieillissement de la population française et que nous acceptions cette évolution de tous les paradigmes qui ont présidé jusqu'à présent au fonctionnement et à l'opérationnalité de notre système médicosocial.

Le deuxième axe, c'est que notre modèle doit se transformer dans le sens de ces principes qui ont émergé pendant la crise. Si nous y parvenons, alors nous pourrions dire que la crise Covid, métaphore des crises du XXI<sup>e</sup> siècle, aura été salutaire, qu'elle aura produit son effet, qu'elle aura produit une avancée, un progrès social pour tous.

Le dernier axe, c'est qu'il nous faut collectivement apprendre à gérer le risque. Ce risque ne peut pas être piloté au niveau central, national, il impose que nous ayons une vision partagée du pilotage, en responsabilité de tous les acteurs qui y contribuent. C'est un risque partagé, extrêmement sensible aux variables territoriales, extrêmement sensible à toute la constellation des politiques publiques qui peuvent exister. Marie-Béatrice Levaux l'évoquait tout à l'heure quand elle parlait des frontières départementales et des vérités qui, au-delà et en deçà, ne sont pas les mêmes.

Voilà ce que je voulais apporter en réaction à vos travaux, plus comme une contribution que comme une conclusion, en vous disant l'extraordinaire intérêt que je porte à cette somme que vous avez réalisée et aux travaux de l'excellente direction scientifique de la Caisse, qui contribue à l'émergence de la promesse de l'autonomie. Merci de votre attention.

---

<sup>64</sup> Conventions d'objectifs et de gestion.





Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

**RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :**  
[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)



**Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie ([www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr))**  
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

