



## SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ET PERSONNES ÂGÉES

L'épidémie de covid-19 a mis en lumière **les fragilités**, déjà identifiées dans de nombreux rapports, **du secteur médico-social** qui a été en première ligne de la crise sanitaire. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les services à domicile ont dû faire face à **une carence de moyens**, en particulier au début de la crise.

Si cette situation révèle un défaut d'anticipation des risques épidémiologiques voire, selon certains, un manque de réactivité, elle rappelle aussi que le **secteur de la dépendance souffre d'un sous-financement chronique et de dysfonctionnements structurels** : une organisation trop complexe, des réponses parfois trop technocratiques, des logiques catégorielles trop marquées et une gouvernance peu opérante. Le **secteur de l'aide à domicile semble souvent avoir été livré à lui-même**, si bien que de nombreuses personnes âgées se sont retrouvées très peu accompagnées voire isolées.

Les remontées de terrain, quoique disparates, ont démontré des évolutions encourageantes. La crise a suscité de **nouvelles formes de coopération** entre les différents acteurs : les secteurs sanitaire et médico-social, qui restent malgré tout trop cloisonnés, se sont rapprochés tandis que les professionnels libéraux (médecins et infirmiers) ont fait preuve d'innovation organisationnelle, en impulsant par exemple la mise en place de centres Covid en lien avec les agences régionales de santé (ARS). Ces dernières ont dû adapter les recommandations nationales à des situations très hétérogènes au niveau local. Enfin, si **l'éthique médicale a été questionnée**, ses observations ont été en général prises en compte.

Les référentes ont auditionné neuf interlocuteurs (professionnels de santé, services à domicile, élu, etc.) et ont participé au cycle d'auditions du bureau de la commission sur les EHPAD qui a rassemblé au total seize organisations (syndicats, associations, fédérations, ARS, etc.). Elles tiennent à saluer l'engagement sans faille, parfois dans des conditions sanitaires très dégradées, des professionnels du secteur médico-social depuis le début de la crise sanitaire.

Voir [ici](#) les interventions des co-rapporteuses



**[Mme Monique Iborra](#)**  
Députée de Haute-Garonne  
(La République en Marche)



**[Mme Caroline Fiat](#)**  
Députée de Meurthe-et-Moselle  
(La France insoumise)

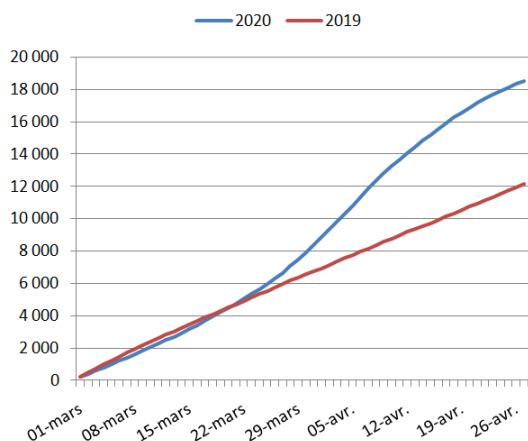
**L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES  
ÂGÉES, PREMIÈRES VICTIMES DE  
L'ÉPIDÉMIE, S'EST HEURTÉ AU DÉBUT DE  
LA CRISE À UN MANQUE DE MOYENS ET  
DE PRISE EN COMPTE DES DIFFÉRENTS  
ACTEURS**

*La fragilité des personnes âgées face à l'épidémie de covid-19 s'est traduite par une surmortalité très forte, en particulier dans les régions les plus touchées*

Au 5 mai, **92 %** des 25 561 décès recensés du fait du Covid-19 concernent des personnes **âgées de plus de 65 ans**. Avec 12 521 décès, dont 3 116 (25 %) survenus à l'hôpital, les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ont été très touchés par le virus. Les décès survenus en EHPA représentent 99 % des décès constatés dans les différents établissements sociaux et médico-sociaux.

<b>Nombre total de cas</b>	<b>62 373</b>
<i>dont cas confirmés</i>	30 754 (49 %)
<i>dont cas hospitalisés</i>	7 766 (12,4 %)
<b>Nombre total de décès</b>	<b>12 521</b>
<i>Données Santé publique France, du 1<sup>er</sup> mars au 4 mai</i>	

On observe à cet égard une surmortalité, toutes causes de décès confondues, très marquée dans les EHPA : du 1<sup>er</sup> mars au 27 avril, 18 519 décès y ont été enregistrés contre 12 149 en 2019 sur la même période, soit une **hausse de plus de 52 %**.



Décès quotidiens cumulés dans les EHPA (données provisoires, INSEE)

Les **disparités territoriales, inter et infra régionales** sont très fortes en fonction des foyers d'infection. Le surcroît de mortalité en EHPA est très marqué en Île-de-France et dans le Grand Est :

	Île-de-France	Grand Est
% régional	+ 95 %	+ 60 %
% EHPA	+ 249 %	+ 108 %

Accroissement du nombre de décès survenus entre le 1<sup>er</sup> mars et le 20 avril 2020 par rapport à la même période en 2019 (INSEE)

*Les défauts d'approvisionnement ont généré, dans un premier temps, une pénurie de ressources, matérielles et humaines, dans les établissements médico-sociaux (ESMS)*

Les ESMS ont dû faire face à un manque d'équipements de protection individuelle (EPI), et en premier lieu de masques, en raison des retards d'approvisionnement et de stocks insuffisants.

Aux difficultés d'approvisionnement se sont parfois ajoutées des réquisitions mal comprises au bénéfice des hôpitaux qui devaient faire face à la vague épidémique et répondre à l'urgence et au traitement des complications apparues très rapidement, bien qu'aïdés par les établissements privés qui ont aussi contribué à recevoir des malades en urgence.

La crise a entraîné une forte tension sur les personnels, avec un absentéisme aggravé du fait de suspicions de contamination ce qui a pu fragiliser, dans certaines structures, la continuité de l'accompagnement des résidents. Du 1<sup>er</sup> mars au 4 mai, **29 463 cas**, dont 14 651 confirmés, de covid-19 étaient rapportés pour les **membres du personnel** des EHPA.

*Une réalité spécifique à mettre en lumière : un accompagnement nettement insuffisant des personnes en perte d'autonomie à domicile*

En dépit d'un encouragement au maintien à domicile voulu par loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la crise a révélé **les insuffisances de la prise en charge de personnes âgées isolées et très fragiles**. D'une

part, certaines d'entre elles ont préféré renoncer à l'accompagnement craignant une contamination extérieure. D'autre part, le taux d'absentéisme sur le secteur, évalué à 40 % sur le plan national, a obligé les aidants à être fortement mobilisés.

Souffrant d'un manque de reconnaissance, **les professionnels de l'aide à domicile n'ont pas été considérés comme des acteurs de premier plan** d'où un retard dans leur prise en compte par les ARS et les départements, un défaut de coordination avec la médecine de ville et des difficultés décuplées pour se procurer des EPI.

Face à **un pilotage local parfois défaillant**, la mobilisation des personnels et des acteurs (CCAS, initiative « Plateforme Croix-Rouge » au niveau national) s'est efforcée de maintenir les interventions indispensables et le lien avec les personnes âgées à domicile.

L'INSEE observe, du 1<sup>er</sup> mars au 27 avril, **une hausse de 27 %, par rapport à la même période en 2019, des décès toutes causes ayant eu lieu à domicile**. Si la part liée au covid-19 est difficile à chiffrer pour l'heure, une enquête du syndicat de médecins généralistes MG France fait état d'au moins 9 000 décès à domicile entre le 17 mars et le 19 avril.

**DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES ET DES EXPÉRIENCES ORGANISATIONNELLES NOVATRICES ONT ÉTÉ MISES EN PLACE POUR PROTÉGER LES PERSONNES ÂGÉES**

*Des mesures jugées parfois trop tardives*

L'État a répondu à la crise sanitaire en plusieurs étapes pour protéger les personnes âgées :

- **6 mars** : déclenchement du **plan bleu** ;
- **11 mars** : **fermeture des EHPAD** aux visites extérieures ;
- **22 mars** : distribution de 500 000 masques par jour dans les EHPAD ;
- **25 mars** : **adaptation des règles d'organisation et de fonctionnement des ESMS** (ordonnance n° 2020-313) ;
- **28 mars** : annonce de la stratégie de prise en charge des personnes âgées en

établissements et à domicile (*cf. infra*) : **renforcement de l'accès aux soins** (hospitalisation, recours à l'hospitalisation à domicile - HAD -, mise en place d'une astreinte sanitaire téléphonique dédiée aux personnes âgées, etc.), **isolement en chambre** des résidents des EHPAD, etc. ;

- **6 avril** : annonce du **dépistage systématique des résidents et des personnels dans les EHPAD** dans lesquels un cas de contamination au covid-19 a été constaté ;
- **20 avril** : **réouverture** progressive et sous conditions **des EHPAD** aux visites extérieures ;
- **7 mai** : annonce de l'ouverture d'une **enveloppe de 475 millions d'euros pour les EHPAD** et du **versement d'une prime de 1 000 euros pour les personnels des EHPAD** (1 500 euros dans les trente-trois départements les plus touchés par l'épidémie) notamment.

À partir de la fin du mois de mars, la protection des personnes âgées dans les EHPAD a été renforcée par la mise en place de protocoles articulés autour de :

- **la structuration d'un secteur dédié et isolé pour les résidents Covid+**, qui a impliqué de revoir, parfois avec difficultés compte tenu de l'agencement des locaux, l'organisation et le fonctionnement des établissements ;
- **l'hospitalisation des résidents d'EHPAD testés Covid+ présentant des formes sévères et critiques** qui a été croissante.

Semaine	du 13 au 19 avril	du 20 au 26 avril
% de cas hospitalisés par rapport au nombre de résidents atteints (France, hors île-de-France)	13 %	19 %
% de décès à l'hôpital par rapport au nombre total de décès	27 %	36 %

*Données Santé publique France*

Au regard de l'apparition des premiers cas de covid-19 dans les EHPAD fin février, certains

acteurs dénoncent un « **retard à l'allumage** » **de deux à trois semaines dans la gestion de la crise dans le secteur médico-social** (SYNERPA). Des EHPAD, très tôt confrontés au covid-19, ont dû prendre de manière anticipée des mesures de protection de leurs résidents et de leurs personnels (confinement, dépistage, etc.). Par ailleurs, les hospitalisations des résidents d'EHPAD Covid+ ont été parfois insuffisamment nombreuses ou sont intervenues trop tardivement, en particulier dans les régions les plus touchées par l'épidémie.

La prise en compte de [recommandations](#) du Conseil national professionnel (CNP) de gériatrie a toutefois contribué à améliorer notamment la prise en charge des personnes âgées en instaurant des protocoles de soins en adéquation avec les effets de l'épidémie.

*Les ARS et les départements : des rouages considérés comme incontournables dans la gestion de crise, mais de manière différenciée sur les territoires*

Si les mesures stratégiques ont été décidées au niveau national et mises en œuvre par les ESMS, les ARS et les départements ont été au cœur de la gestion de crise.

Les circonstances ont amené rapidement **les ARS à organiser des réunions de pilotage avec les collectivités territoriales et les services de l'État**. Cette gouvernance stratégique a été déclinée au niveau technique, ce qui a facilité la collaboration des services des ARS et des services départementaux.

L'activation des **cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS)** au sein des ARS a permis la diffusion sur l'ensemble du territoire de la stratégie ministérielle au travers de « kits » contenant des fiches thématiques, le cas échéant en l'adaptant aux spécificités régionales.

Les ARS, *via* leurs cellules dédiées aux personnes âgées mises en place fin mars, ont organisé les relations entre les acteurs

présents sur le terrain (centres hospitaliers, SAMU, ESMS, etc.). À cet égard, les **médecins coordonnateurs**, quand ils étaient présents, ont joué un rôle pivot dans la gestion de la crise dans les EHPAD, que ce soit avec les équipes mobiles des centres hospitaliers ou avec les médecins traitants et les infirmiers, avec qui ils ont pu organiser des téléconsultations.

Par ailleurs, **les ARS ont pu appuyer des initiatives locales** émanant des professionnels de santé : en Occitanie, ce sont eux qui ont impulsé la mise en place des **centres Covid-19**.

**Les ARS ont fourni des moyens supplémentaires aux ESMS** : des EPI, en particulier des masques, mais aussi des renforts en personnels. Le recours à **l'application medGo** et la mise en place de la **plateforme [www.renfort-covid.fr](http://www.renfort-covid.fr)** a permis de faciliter la mise en relation de professionnels de santé volontaires avec des ESMS. Les ARS, comme celle des Hauts-de-France, ont financé le renforcement de la présence de professionnels de santé en EHPAD.

**Les conseils départementaux ont** quant à eux apporté avec les services de l'État un soutien logistique aux **ESMS**, sous différentes formes :

- La fourniture de masques, mais aussi de tablettes numériques, pour que les personnes âgées résidant en établissement puissent rester en contact avec leurs proches ;
- Le recours aux laboratoires départementaux pour l'analyse des tests et le lancement de campagnes de tests généralisés de tous les résidents d'EHPAD et de leurs soignants (Meurthe-et-Moselle) ;
- La mise à disposition de personnels de leurs services au profit des ESMS, en particulier dans les départements les plus touchés par la crise sanitaire.

Si certains ESMS ont pu bénéficier de renforts en personnels (SAMU, médecins hospitaliers du secteur public et privé), ils semblent avoir

eu assez peu accès à la réserve sanitaire. Bien que des collaborations aient eu lieu dans certaines régions, les **médecins de ville ont été peu mobilisés de manière générale** malgré la très forte baisse de leur activité programmée. Cette situation n'est peut-être pas étrangère au fait que, d'après les conseils nationaux des ordres des médecins et des infirmiers, la médecine de ville n'a quasiment pas été associée aux processus décisionnels aux niveaux national et régional.

**Il est toutefois difficile de dresser un bilan précis et exhaustif de la gestion de la crise dans le secteur médico-social au regard des disparités territoriales.** Les auditions ont démontré que la réactivité des acteurs a été variable et que les résultats obtenus diffèrent selon le moment où ils ont été confrontés aux premiers cas de covid-19. Les professionnels de santé des régions les moins touchées, comme l'Occitanie ou la Nouvelle-Aquitaine, ont bénéficié des retours d'expérience de leurs homologues du Grand Est et ont ainsi pu mettre en place des protocoles adaptés, tout en s'appuyant sur une collaboration très étroite avec les gérontopôles de leurs territoires.

#### *La gestion de crise face aux enjeux éthiques*

La mise en place de mesures drastiques pour endiguer la progression de l'épidémie, en particulier dans les EHPAD, a soulevé des **questions éthiques**.

Le **manque de communication de certains établissements** sur la situation de leurs résidents, source d'anxiété, le **non-respect de directives anticipées**, quand elles existaient, au moment du décès des résidents ou la trop faible prise en compte des **besoins des résidents atteints d'une maladie neurodégénérative (Alzheimer)** ont été dénoncés par les familles.

Dans son [avis](#) du 1<sup>er</sup> avril dernier, le **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)** a **rappelé plusieurs garanties fondamentales et émis des recommandations qui ont été**

**prises en compte par le ministère des solidarités et de la santé**: le caractère temporaire et proportionné des mesures, la nécessité d'associer les familles et des tiers extérieurs à la prise des décisions à forts enjeux éthiques ou l'importance de la lutte contre l'isolement des aînés.

Face à la diversité des situations, **les personnels des EHPAD, dont la charge de travail a été alourdie par les mesures de confinement et l'absence des aidants**, ont dû adapter les instructions ministérielles, parfois en faisant preuve de créativité.

**Afin de rompre l'isolement des résidents et de lutter contre le syndrome de glissement, de nombreuses initiatives locales, qui méritent d'être saluées, ont vu le jour** : mise en place de parcours sportifs, organisation de concerts dans les jardins et sous les fenêtres des résidents, envoi d'une lettre quotidienne mettant l'accent sur des nouvelles positives, etc.

#### **RÉUSSIR LE DÉCONFINEMENT ET FAIRE DE LA CRISE UN LEVIER POUR AMÉLIORER L'OFFRE MÉDICALE, SOCIALE ET SOCIÉTALE EN ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION**

Les référentes souhaitent faire les recommandations suivantes :

*À court terme, la réussite de la phase de déconfinement et de la sortie de crise sera conditionnée par plusieurs facteurs*

– **Assurer un approvisionnement suffisant en EPI pour tous les professionnels**, tant dans les EHPA que pour les interventions à domicile : si le problème des masques a été pris en charge, d'autres difficultés demeurent (surblouses, charlottes, gants). Les moyens mobilisés doivent être maintenus dans les mois à venir ;

– **Garantir l'accès aux médicaments** nécessaires aux traitements dans les ESMS ;

– **Renforcer les moyens humains** pour compenser les absences, prendre en charge les besoins et **accompagner de façon sécurisée l’ouverture des EHPAD** pour les visites en luttant contre l’isolement des personnes âgées ;

– **Renforcer la mise en œuvre de la campagne de tests systématiques initiée depuis le 30 mars dans les EHPAD** – déployée très tôt dans le département de Meurthe-et-Moselle – **et en mettre une en œuvre dans les structures d’aide à domicile** afin de contenir au plus tôt les foyers épidémiques ;

– **Réussir le déconfinement progressif à domicile** : coordonner l’action essentielle des médecins généralistes et des infirmiers libéraux avec l’assurance maladie pour accompagner les personnes âgées vulnérables à domicile en lien effectif avec les professionnels de l’aide à domicile ;

– **Reconnaître l’engagement de tous les personnels médico-sociaux en étendant les primes** prévues pour les personnels des EHPAD, annoncées le 7 mai, aux personnels des services à domicile et **élaborer un plan de revalorisation des salariés de l’aide à domicile** ;

– **Garantir la pérennité des ESMS en leur octroyant des garanties financières**, face aux difficultés générées par la crise. Les modalités d’application de l’ordonnance n° 2020-313 doivent être précisées rapidement. De lourdes inquiétudes pèsent sur les services d’aide et d’accompagnement à domicile qui ne disposent pas du soutien financier des ARS, d’où la nécessité d’une réponse des départements pour assurer la continuité de l’accompagnement à domicile.

*À moyen terme, la crise peut servir de levier à l’amélioration de l’offre médico-sociale en*

*faveur des personnes âgées et permettre enfin des coopérations et le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social*

**Identifiés de longue date, les problèmes dont souffre le secteur médico-social** (manque de moyens humains et financiers, faible valorisation et attractivité des métiers) **ont fortement pesé dans la crise.**

La gestion de la crise doit faire l’objet d’une analyse précise et d’un bilan exhaustif afin **d’identifier les initiatives et les bonnes pratiques mises en œuvre localement**, notamment s’agissant du rapprochement entre acteurs sanitaires et médico-sociaux.

*Des enseignements à tirer : vers une loi Grand âge repensée à la lumière de la crise*

– **Faire émerger un nouveau modèle d’EHPAD**, fondé sur une gouvernance simplifiée en proximité ;

– **Renforcer les moyens humains et financiers des services à domicile** et des EHPA afin d’accompagner dignement les personnes âgées ;

– **Promouvoir une coordination effective et un décloisonnement des multiples acteurs** : EHPAD, hôpital et professionnels de l’aide à domicile doivent mettre en œuvre une nouvelle collaboration sur les territoires, au-delà des statuts et des gouvernances locales, dont le pilotage et la coordination doivent être reconsidérés.

**Annoncée par le Président de la République, la loi sur le Grand âge doit devenir une priorité politique en remédiant aux insuffisances de la prise en compte du vieillissement de la population.**

**Annexe 1 : Contribution personnelle de Mme Monique Iborra,  
députée de Haute-Garonne (La République en Marche)**

**L'état des lieux :**

Cet état des lieux, rendu possible par la mission flash qui m'a été confiée en vue d'alimenter la mission d'information parlementaire mise en place par le Président de l'Assemblée nationale, en ma qualité de co-rapporteuse, n'a pas l'ambition de l'exhaustivité et de représenter une photo de la situation sur le plan national, tant les disparités ont été nombreuses, disparités territoriales mais pas seulement. Cette mission devra donc être prolongée d'un suivi de la deuxième phase, qui commence ce lundi 11 mai, à savoir le déconfinement progressif.

Cependant je souhaite en tirer quelques conclusions et formuler quelques préconisations.

Cette crise a été révélatrice de nos fragilités, connues par ailleurs, concernant l'opérationnalité de toutes les politiques publiques que nous mettons en œuvre, quel que soit le Gouvernement qui les conçoit.

Des réponses sont quelquefois trop technocratiques, nos organisations administratives nationales et locales complexes, des logiques catégorielles ou institutionnelles trop marquées. Des gouvernances multiples, et finalement peu opérantes.

Mais, à la faveur de cette crise sanitaire d'ampleur inédite, qui a nécessité notamment des stratégies scientifiques diverses pour affronter cette épidémie que les experts, médecins, épidémiologistes, adaptent en découvrant les conséquences sur l'état des malades, nous avons aussi découvert des solidarités, des innovations et des mobilisations des professionnels et des citoyens qui nous honorent et que nous devons remercier.

Notre système hospitalier public et privé a tenu malgré les difficultés rencontrées et s'est investi et a réussi la première phase contre l'épidémie. Mais le secteur médico-social a été souvent abandonné à lui-même, ce qui a renforcé les frustrations légitimes, entre un secteur sanitaire valorisé, et un secteur tout aussi indispensable mais ignoré par un pilotage local insuffisant et peu opérant (le problème d'attribution des primes est significatif à cet égard).

**Des préconisations :**

Deux nouveaux modèles devront s'imposer : celui de l'organisation des services d'aide à domicile et celui des EHPAD.

Un nouveau modèle est absolument impératif pour les services d'aides à domicile répondant aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce modèle doit être basé sur des coopérations entre Hôpital, médecine de ville, intervenants à domicile et EHPAD. Une gouvernance simplifiée, en réelle proximité, pourrait être confiée en première intention aux établissements publics de coopération intercommunale.

Un nouveau modèle pour les EHPAD, l'actuel n'étant plus adapté aux personnes qui y résident, dont la majorité présente des troubles neuro-dégénératifs. Modèle défaillant face à des enjeux

sanitaires de cette ampleur, malgré un fort engagement des personnels. Des renforts en termes de ressources humaines, indispensables cependant, ne suffiront pas si nous ne changeons pas le modèle.

La sous-médicalisation ne date pas d'aujourd'hui, les médecins coordonnateurs sont absents dans certains établissements. Les résidents devraient pouvoir compter sur la présence d'un médecin salarié temps plein, agissant en réseau avec les intervenants extérieurs (Hôpital, services à domicile, médecine de ville) utilisant les outils numériques mis à disposition, tels que la télémédecine et la téléconsultation.

Une prise en compte réelle et différenciée des résidents présentant des troubles neuro-dégénératifs, qui sont majoritaires dans les EHPAD et dont on parle peu, est indispensable. Ils doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique par des professionnels formés et des intervenants de spécialité. Les établissements devront à cet égard bénéficier d'une architecture repensée et adaptée.

Provisoire - Ne pas diffuser



## **Annexe 2 : Contribution personnelle de Mme Caroline Fiat, députée de Meurthe-et-Moselle (La France insoumise)**

Le gouvernement aurait dû considérer les EHPAD et les structures d'aide à domicile comme une cible prioritaire dans la « guerre » contre le Covid-19. Il a fait le choix inverse, laissant à l'abandon, au début de la crise, ces structures pourtant largement exposées.

Les EHPAD sont des lieux de vie mais aussi de soins. Très peu médicalisés et sans respirateurs, ils ont dû faire face à de nombreuses crises respiratoires simultanées. Les équipes soignantes déjà en sous-effectifs se sont retrouvées totalement démunies et ont manqué de protections. Dans des établissements, les syndicats auditionnés nous ont même fait part de cas de personnel mis à pied pour avoir dénoncé le manque de matériel chronique.

Les services d'aide à domicile ont quant à eux étaient les grands oubliés de cette crise. Pire encore, la protection du personnel a été freinée. Je tiens à dénoncer avec force la mise à pied par le ministère du travail de l'inspecteur Anthony Smith qui exigeait que soit assurée la protection des aides à domicile !

À ces défaillances s'ajoute la communication confuse du gouvernement. Les soignants ont souffert des recommandations changeantes concernant les mesures barrières à mettre en œuvre. Le refus de communiquer les chiffres nationaux des décès en EHPAD (au début de l'épidémie) et à domicile (encore aujourd'hui) est une marque de déni et d'indifférence très mal vécue par les familles.

Face aux manquements du ministère et des ARS, les collectivités territoriales, les directions d'établissements, les soignants, les familles, les associations et tant d'autres acteurs locaux ont pris des initiatives remarquables, parfois de manière dérogatoire, pour obtenir de l'aide humaine et du matériel. Je tiens à les saluer et à exprimer toute mon admiration.

Comment en sommes-nous arrivés là ? La situation actuelle n'était pas inéluctable.

Les sous-effectifs chroniques et le manque de moyens qui prévaut en EHPAD et dans les structures d'aide à domicile ne pouvaient qu'engendrer des conséquences tragiques en cas d'épidémie. Le gouvernement savait ! Nous lui avons remis il y a deux ans un rapport accablant sur la situation de nos EHPAD, co-écrit avec la Députée Monique Iborra, qui montrait la nécessité d'agir rapidement pour mettre fin à la maltraitance institutionnelle qui y prévaut. Notre première recommandation était d'augmenter massivement le personnel en EHPAD afin d'atteindre le ratio minimal de 0,6 soignant par résident. Le gouvernement, en ne réagissant pas, se rend coupable du drame qui se déroule.

À cette heure, l'épidémie n'est pas terminée et nous ne devons d'aucune manière baisser notre vigilance. Je tiens dès lors à faire quelques recommandations en complément de celles déjà faites dans notre synthèse : en cas de décès, il faut trouver une solution pour que les familles puissent voir le corps une dernière fois et assister aux obsèques. Le recours à la télémédecine et au télésoin doit être mieux encadré pour prendre en compte les personnes isolées incapables d'y recourir (illettrisme, troubles cognitifs...). Tandis qu'en EHPAD de nombreuses personnes âgées décèdent par isolement et désespérance, toutes les mesures de protection des résidents doivent être opérationnelles pour

permettre aux visites de reprendre. La prime versée dans le secteur hospitalier devra être versée à tous les personnels du médico-social et pas uniquement aux soignants. Les enfants de personnels décédés du Covid doivent être considérés comme pupilles de la nation.

Enfin et surtout, cette épidémie met en évidence le fait que les « gens qui ne sont rien » sont ceux qui font tout. Une revalorisation des métiers du soin s'impose : augmentation des rémunérations, plan de formation, augmentation massive du personnel. L'accumulation de l' « or gris » des actionnaires d'EHPAD au détriment du bien-être des résidents, du personnel et des familles doit cesser. La solidarité nationale doit jouer son rôle pour le plus grand bien de tous !

Provisoire - Ne pas diffuser

### Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées

- Pr. **Emmanuel Hirsch**, professeur d'éthique médicale à la faculté de médecine de l'Université Paris-Saclay, président du Conseil pour l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique, directeur de l'Espace de réflexion éthique de la région Ile-de-France et de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives
- Conseil national de l'ordre des médecins – Dr. **Jean-Marcel Mourgues**, vice-président
- Conseil national de l'ordre des infirmiers – M. **Patrick Chamboredon**, président
- Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) – M. **Julien Mayet**, vice-président, et Mme **Alexandra Bardet**, directrice des relations institutionnelles
- Croix-Rouge française – M. **Johan Girard**, délégué national personnes âgées et domicile
- M. **Mathieu Klein**, président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
- Pr. **Claude Jeandel**, président du Conseil national de gériatrie
- Pr. **Yves Rolland**, gériatre au CHU de Toulouse
- Dr. **Hélène Villars**, responsable du service de gériatrie, gérontopôle du CHU de Toulouse

*Outre les auditions menées par le binôme, ce dernier a été associé au cycle d'auditions du bureau de la commission des affaires sociales sur les impacts de la crise sanitaire sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces auditions ont permis d'entendre :*

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – Mmes **Marie-Anne Montchamp**, présidente du conseil, et **Virginie Magnant**, directrice
- M. **Frédéric Bierry**, président du conseil départemental du Bas-Rhin, et président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée des départements de France (ADF)
- Confédération française démocratique du travail (CFDT) Fédération Santé Sociaux – MM. **Bruno Lamy**, secrétaire général adjoint de la Fédération Santé Sociaux, et **Bertrand Brand**, secrétaire général du syndicat départemental CFDT Santé Sociaux du Haut-Rhin
- Confédération générale du travail (CGT) – Mme **Malika Belarbi**, dirigeante nationale, membre de la commission exécutive fédérale de la Fédération Santé et Action sociale, en charge des questions sur la prise en charge des personnes âgées, et M. **Guillaume Gobet**, dirigeant national, membre de la commission exécutive fédérale de la Fédération, membre de l'Union fédérale de la santé privée
- Fédération Force Ouvrière (FO) des personnels des services publics et des services de santé (SPSS) – MM. **Gilles Gadier**, secrétaire fédéral branche Santé de la Fédération SPSS, **Didier Pirot**, secrétaire fédéral branche Services publics de la Fédération SPSS, et **Franck Houlgatte**, secrétaire général de l'Union nationale de la santé privée
- Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) – M. **Jean-Claude Stutz**, secrétaire adjoint Santé Sociaux, et Mme **Mélissa Ramos**, déléguée nationale du Syndicat des managers publics en santé (SMPS), affilié à la Fédération UNSA Santé et Sociaux

Fédération SUD Santé Sociaux – Mme **Sandrine Cnockaert** du grand Est et M. **Pascal Freger**, secrétaires fédéraux

- Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) – M. **Pascal Champvert**, président
- Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) – M. **Jean-Pierre Riso**, président
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) – **Dr Nathalie Maubourguet**, présidente, et **Dr Pascal Meyvaert**, vice-président
- Fédération hospitalière de France (FHF) – MM. **Marc Bourquin**, conseiller stratégique, et **Benjamin Caniard**, responsable du pôle Autonomie
- Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) – Mme **Florence Arnaiz-Maume**, déléguée générale
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) – MM. **Antoine Perrin**, directeur général, et **Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'Autonomie et de la coordination des parcours de vie
- Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissements et de leurs familles (FNAPAEF) – Mme **Claudette Brialix**, présidente
- M. **Étienne Champion**, directeur général de l'ARS Hauts-de-France
- M. **Michel Laforcade**, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- M. **Pierre Ricordeau**, directeur général de l'ARS Occitanie

Provisoire – Non pas diffusé

#### Annexe 4 : Liste des contributions écrites<sup>1</sup>

- UNAPEI
- Conseil départemental des Landes
- Santé publique France
- France Alzheimer

Provisoire - Ne pas diffuser

---

<sup>1</sup> En sus des contributions que certaines personnes auditionnées ont pu adresser aux référentes.

**ANNEXE 5 : ORDONNANCE N° 2020-313 DU 25 MARS 2020 RELATIVE AUX ADAPTATIONS DES RÈGLES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX**

*Présentation synthétique des articles*

N° de l'article	Objet synthétique	Modifications apportées
1 <sup>er</sup>	Adaptation des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médicaux-sociaux dans le contexte de l'épidémie du covid-19	<p><u>Droit existant :</u>                      L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles énumère les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et précise leur régime juridique par catégorie, en fonction des publics accueillis. Il peut s'agir par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de personnes âgées : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyers-logements, etc. ;</li> <li>- de personnes en situation de handicap : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), etc. ;</li> <li>- De mineurs ou de jeunes majeurs relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) : maisons d'enfants à caractère social (MECS), service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), etc.</li> </ul> <p>Selon leur catégorie, les ESSMS doivent respecter des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement, définies par décret. Ils délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement.</p> <p><u>Droit proposé :</u></p> <p>I.- <u>Dispositions générales dérogatoires au droit commun :</u>                      1° Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et les lieux de vie et d'accueil peuvent adapter leurs conditions d'organisation et de fonctionnement et dispenser des prestations non prévues dans leur acte d'autorisation. Ils peuvent ainsi déroger :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement ;</li> <li>- aux qualifications de professionnels requis applicables ;</li> <li>- aux taux d'encadrement prévus par la réglementation lorsque la structure y est soumise.</li> </ul> <p>Ils peuvent aussi recourir à un lieu d'exercice différent ou à une répartition différente des activités et des personnes prises en charge.</p>

	<p>2° Les ESSMS peuvent accueillir ou accompagner des personnes ne relevant pas de leur zone d'intervention, pour une prise en charge temporaire ou permanente, dans la limite de 120 % de leur capacité autorisée.</p> <p>3°, 4° et 5° - Dispositions spécifiques à certains ESSMS accueillant des personnes handicapées</p> <p>II.– Les admissions dans les ESSMS et dans les lieux de vie et d'accueil peuvent être prononcées en l'absence d'une décision préalable d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il peut être dérogé à la limitation à 90 jours de la durée annuelle de l'accueil temporaire dans une structure médico-sociale pour personnes handicapées.</p> <p>III.– Les adaptations dérogatoires prévues au I sont décidées par les directeurs d'établissement ou de service après consultation du président du conseil de la vie sociale et, lorsque la structure en est dotée, du comité social et économique. Ils en informent sans délai la ou les autorités de contrôle et de tarification compétentes et, le cas échéant, la CDAPH. Si la sécurité des personnes n'est plus garantie ou si les adaptations proposées ne répondent pas aux besoins identifiés sur le territoire, l'autorité compétente peut à tout moment s'opposer à leur mise en œuvre ou les adapter.</p> <p>IV.– <u>Dispositions relatives au financement des ESSMS :</u> En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie de covid-19, le niveau de financement des ESSMS et des lieux de vie et d'accueil<sup>2</sup> n'est pas modifié, y compris pour la partie de financement qui ne relève pas de dotation ou de forfait global. <i>Les départements versent la partie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) affectée à la rémunération d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sur la base des plans d'aide établis avant l'état d'urgence sanitaire aux bénéficiaires ou aux SAAD. Ces dispositions s'appliquent à compter du 12 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire<sup>3</sup>.</i> Les délais prévus dans les procédures administratives, budgétaires ou comptables relevant des droits et</p>
--	--

<sup>2</sup> Ajout du I de l'article 5 de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

<sup>3</sup> Nouvel alinéa introduit par le I de l'article 5 de l'ordonnance n° 2020-428 précitée.

		<p>obligations des ESSMS, expirant à compter du 12 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, sont prorogés d'un délai supplémentaire de quatre mois. Il ne sera pas procédé en 2021 à la modulation des financements des ESSMS en fonction de l'activité constatée en 2020.</p> <p>V.– <u>Dispositions relatives au maintien du niveau de rémunération des travailleurs en ESAT</u></p>
2	Durée d'application des dispositions de l'article 1 <sup>er</sup> de l'ordonnance	<p>Les dispositions prévues à l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance sont applicables à compter du 12 mars 2020 et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, à l'exception des dispositions relatives au financement des ESSMS pour 2021 qui entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Les mesures prises en application de ces mêmes dispositions prendront fin trois mois au plus tard après la même date.</p>

Provisoire - Ne pas utiliser



**ANNEXE 6 : ORDONNANCE N° 2020-428 DU 15 AVRIL 2020 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS SOCIALES POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19**

*Présentation synthétique des articles*

N° de l'article	Objet synthétique	Modifications apportées
5	<p>Calcul de la part de l'APA et de la PCH affectée à la rémunération d'un SAAD</p> <p>Simplification de la procédure d'agrément des conventions et accords collectifs dans le secteur social et médico-social</p>	<p>I.– Modifications du IV de l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.</p> <p>II.– <u>Simplification de la procédure d'agrément des conventions et accords collectifs dans le secteur social et médico-social</u></p> <p><i><u>Droit existant :</u></i> Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, les conventions collectives de travail, les conventions d'entreprise ou d'établissement applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à but non lucratif ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis de la commission nationale d'agrément. Celle-ci est composée de représentants de ministères, d'organismes de sécurité sociale et d'élus locaux.</p> <p><i><u>Droit proposé :</u></i> Entre le 12 mars 2020 et la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire, les conventions collectives de travail, les conventions d'entreprise ou d'établissement applicables aux salariés des ESSMS à but non lucratif, dont l'objet est exclusivement de préciser les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service pour la durée de l'état d'urgence, prennent effet après agrément du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'action sociale, l'avis de la commission nationale d'agrément étant réputé rendu.</p>

Provisoire - Ne pas diffuser