

# Je n'applaudis pas à 20 heures

- Blog : [Le blog de Jean-Hervé Bradol](https://blogs.mediapart.fr/jean-herve-bradol/blog/100520/je-n-applaudis-pas-20-heures?utm_source=20200513&utm_medium=email&utm_campaign=QUOTIDIENNE&utm_content=&utm_term=&xstor=ER-EC-83-[QUOTIDIENNE]-20200513&M_BT=2156037219469) Par [Jean-Hervé Bradol](#) le 10 mai 2020  
[https://blogs.mediapart.fr/jean-herve-bradol/blog/100520/je-n-applaudis-pas-20-heures?utm\\_source=20200513&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=QUOTIDIENNE&utm\\_content=&utm\\_term=&xstor=ER-EC-83-\[QUOTIDIENNE\]-20200513&M\\_BT=2156037219469](https://blogs.mediapart.fr/jean-herve-bradol/blog/100520/je-n-applaudis-pas-20-heures?utm_source=20200513&utm_medium=email&utm_campaign=QUOTIDIENNE&utm_content=&utm_term=&xstor=ER-EC-83-[QUOTIDIENNE]-20200513&M_BT=2156037219469)

*Les EHPAD sont les grands oubliés de la réponse à l'épidémie. Pour les personnels, la consigne était claire : continuer à travailler et à offrir une alternative à une hospitalisation. Peu importe les conditions. Pour les pensionnaires, mourir seuls, et sans traitement pour apaiser ses souffrances. Par Jean-Hervé Bradol, Directeur d'études à La Fondation Médecins Sans Frontières.*

- Fin mars début avril, nous avons été quelques-uns parmi les membres de Médecins Sans Frontières à nous inquiéter de l'interdiction des visites dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le ministre de la Santé a ensuite demandé aux résidents de ne plus sortir de leur chambre. Il fallait faire en sorte que le Covid-19 ne leur soit pas transmis par des proches en visite ou d'autres résidents. Or, notre expérience des catastrophes, épidémies incluses, nous a montré que les populations qui vivent dans des institutions fermées (orphelinats, prisons, camps de réfugiés, services de soins de santé mentale, centres de détentions de personnes migrantes, centres de détention juvénile...) sont celles où les situations sont les plus sévères en cas d'épidémies. Ces personnes qu'on prétend isoler du reste du monde pour leur bien ou pour celui de la société sont promises à des états pathologiques plus sévères voire à la mort dans des proportions bien plus grandes que les personnes libres de leurs mouvements. En regard de notre expérience, ces situations ne peuvent être améliorées sans une ouverture protégée mais surtout beaucoup plus large vers le monde extérieur, en autorisant les visites de personnes venues de l'extérieur comme les sorties de certains pensionnaires.

A cette même période, l'une de nos collègues médecin de MSF était également membre de la cellule de crise Covid-19 du centre hospitalier universitaire Henri Mondor à Créteil, dans le Val de Marne. Lors d'une réunion, le Doyen de la faculté de médecine de Paris XIII avait exprimé sa préoccupation pour le sort des personnes âgées dans ce contexte épidémique, notamment celles hébergées en institutions. Une petite unité Covid-19 gériatrie dirigée par une post-doctorante en gériatrie et composée d'un médecin du Samu et d'étudiants en médecine a ainsi été créée dans le but de prendre contact avec les 70 Ehpad du département.

Suite à la médiation de notre collègue de MSF, deux infirmières et deux médecins[1] de notre association se sont proposés pour rendre visite aux Ehpad qui le souhaiteraient. Les objectifs étaient d'exprimer notre solidarité à des collègues confrontés à une situation de crise, faire le point sur les cas et les morts enregistrées, recenser les ressources humaines et matérielles disponibles, transmettre de l'information médicale et scientifique au sujet de l'infection, expliquer les mesures de prévention des infections, examiner des patients et préparer des prescriptions anticipées en cas de dégradation d'un résident en dehors des heures de présence du personnel paramédical et médical.

En coordination avec le Samu 94, un numéro de téléphone destiné à répondre à la demande de soins de gériatrie venue de l'extérieur du monde hospitalier a été ouvert par la cellule de crise. Outre l'amélioration des soins pour les personnes âgées, il était clair dès la première réunion que l'autre objectif de cette initiative était de préserver l'hôpital et le Samu d'un afflux de patients venus des Ehpad, tandis que les familles poussaient à l'hospitalisation de leurs proches en cas de détérioration de leur état de santé.

Dès les premières visites d'Ehpad, début avril, nous avons compris que nous arrivions trop tard. De nombreux pensionnaires étaient déjà infectés et plusieurs décès liés au Covid-19 étaient survenus. En effet, si les résidents avaient été isolés, presque rien n'avait été prévu pour prévenir la transmission du virus au sein des personnels. Ces derniers nous voyaient arriver équipés de protections de la tête au pied. Alors qu'à ce moment-là, ils avaient peu accès à ces équipements.

En réalité, il était tout simplement difficile à cette époque de se procurer des masques, du gel hydroalcoolique et des tenues. MSF n'était pas capable de nous en fournir. Nous-mêmes avons du matériel de protection grâce à la débrouillardise d'un de nos collègues. Ce dernier avait exercé comme médecin de ville jusqu'en mars avant de tomber lui-même malade et de fermer son cabinet pour éviter d'en faire un lieu de transmission. MSF a mis un terme à la collaboration avec ce confrère en nous expliquant que la collaboration avec un médecin libéral posait un problème de principe à une association médicale humanitaire qui ne pouvait concevoir de collaborer avec un confrère rémunéré en libéral. Cela nous privait d'une aide précieuse et illustre à quel point les associations peuvent parfois devenir plus rigides que les services de l'État.

Pour les personnels en Ehpad, la consigne était claire : ils devaient continuer à travailler et à offrir une alternative à une hospitalisation devenue impossible faute de place pour les résidents en Ehpad. Peu importe les conditions : sans équipement de protection, sans formation spécifique, avec un faible encadrement par de trop rares infirmiers présents seulement dans la journée, avec un manque de soutien des médecins traitants ou coordonnateurs souvent malades. Les rares fois où les tests virologiques étaient accessibles, les directions d'établissement attendaient les résultats dans la crainte qu'un trop grand nombre de membres de leur personnel soit arrêté pour cause de maladie. Dans certains cas, les personnels testés positifs – avec ou sans signes cliniques mineurs – étaient encouragés à rester à leur poste, en dépit du risque pour eux-mêmes, leurs collègues et les résidents. En de telles circonstances, il résulte du confinement des pensionnaires une contamination des soignants par les résidents (et inversement), l'établissement se transformant en réacteur à produire du virus.

Dans ces conditions, la promotion des mesures de prévention des infections paraissait futile. Nous insistions quand même sur les mesures que les soignants pouvaient prendre pour éviter d'infecter les membres de leurs foyers en revenant de leur travail. Nous savions que le manque de protection du personnel était un sujet sensible. Quand les dirigeants de MSF l'ont évoqué publiquement[2], la directrice de l'hôpital Henri Mondor a mis un terme à notre partenariat et a congédié notre collègue MSF, membre de la cellule de crise de l'hôpital. L'action se poursuit aujourd'hui dans d'autres départements d'Ile de France.

### **Des oubliés de la réponse à l'épidémie**

Face à la situation dans les Ehpad, il est difficile de ne pas ressentir un profond malaise quand les responsables politiques et les patron(ne)s des services hospitaliers universitaires nous disent que le confinement a permis d'éviter qu'un afflux trop important de patients dépasse les capacités d'accueil en service de réanimation, dont le nombre de lits avait été triplé. C'est bien le principal indicateur qui a été choisi pour le pilotage de la réponse à cette épidémie, comme nous le rappelle chaque jour en conférence de presse le Directeur général de la santé. Pour éviter que les cas graves ne deviennent trop nombreux et ne puissent être admis en réanimation, le gouvernement a pris une mesure radicale dont le coût dépasse un milliard par jour : le confinement général de la population à domicile afin de diminuer les contacts entre individus et le nombre de nouveaux cas.

Les chefs des services hospitaliers de réanimation exprimaient, dans les médias, leur soutien à cette politique. Selon eux, elle leur évitait d'avoir à choisir quels malades n'allaient pas être admis en réanimation, faute de place, parmi un groupe de patients qui tous présentaient un tableau clinique justifiant l'admission dans ce type de service. Ils affirmaient avec fierté avoir remplis les lits en utilisant

leurs critères habituels. Selon certains d'entre eux, agir différemment au cours de cette situation extraordinaire reviendrait à choisir qui va mourir et qui va vivre.

Modifier ses critères d'allocation des moyens en situation de catastrophe, ce n'est pourtant pas s'accorder des prérogatives divines mais tout simplement se souvenir que les ressources médicales sont toujours limitées et que leur répartition est contextuelle. Quand les circonstances changent, les médecins doivent ajuster la distribution des moyens entre les différentes catégories de malades. Non pour dégrader leurs pratiques mais pour optimiser leurs résultats en fonction de ce que la situation nouvelle requiert.

Ce raidissement d'une partie de l'élite hospitalo-universitaire affirmant ne pas vouloir modifier ces priorités est à l'origine d'une injustice catastrophique. Pour les pensionnaires des Ephpad, l'accès aux ressources humaines et matérielles hospitalières a été réduit. Le problème n'est pas qu'ils n'aient pas eu accès à la ventilation mécanique quand ils n'arrivaient plus à respirer par eux-mêmes. En raison de leur grand âge et de leurs comorbidités, ce type de réanimation est trop souvent un échec doublé d'une épreuve douloureuse. Ce que la prise en charge de la population des Ephpad requérait, hormis quelques exceptions, c'était de simples lits de médecine pour y recevoir de l'oxygène (avec les traitements associés) ou des soins palliatifs afin de rendre leur fin de vie la moins pénible possible. Mourir âgé et malade est une chose. Mourir seul sans traitement pour apaiser ses souffrances en est une autre. Seulement un quart des résidents décédés l'ont été à l'hôpital[3]. Aux personnels des Ephpad et aux familles réclamant une hospitalisation, l'hôpital répondait qu'il n'avait plus de place et que de toute façon leur parent ou ami risquait de recevoir de l'oxygène allongé sur un brancard dans le couloir des urgences, traitement qu'il pourrait aussi bien recevoir plus confortablement installé dans la chambre de sa résidence. Or en réalité, ni médecins ni infirmiers ne sont présents le soir et la nuit dans ces établissements pour administrer et surveiller les traitements.

Dans ces conditions, la moitié des 25 661 décès dus au Covid-19 sont survenus au sein de la sous-population des résidents d'Ephpad estimée à moins de 600 00 personnes[4]: moins de 1 % de la population française et 50 % des décès[5]liés au Covid-19. Illustration d'un cruel oubli, la Direction générale de la santé a communiqué le nombre de morts en Ephpad pour la première fois le 7 avril. L'enfermement dans ces institutions, censé protéger leurs pensionnaires, a surtout amplifié la catastrophe tout en la rendant peu visible.

[1] L'auteur de ce texte inclus.

[2] Dépêche AFP du 17 avril 2020

[3] Santé publique France ([bulletin du 7 mai](#))

[4] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>

[5] Santé publique France ([bulletin du 7 mai](#))