



HAL
open science

Rapport REX Ehpad associatif et hospitalier et crise Covid- Projet RESOTON : retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin.

Sandrine Caroly, Maëva Leulier-Blanchard, Emmanuel Vidal

► **To cite this version:**

Sandrine Caroly, Maëva Leulier-Blanchard, Emmanuel Vidal. Rapport REX Ehpad associatif et hospitalier et crise Covid- Projet RESOTON : retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin.. [Rapport de recherche] PACTE - Université Grenoble Alpes. 2022. halshs-03795901

HAL Id: halshs-03795901

<https://shs.hal.science/halshs-03795901>

Submitted on 4 Oct 2022

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

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



Université Grenoble Alpes

Rapport

Projet RESOTON

Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin

Les EHPAD associatif et hospitalier

Septembre 2022

Sandrine Caroly (PU en ergonomie – Laboratoire PACTE)

Maeva Leulier Blanchard (doctorante- laboratoire PACTE)

Emmanuel Vidal (ingénieur recherche – Laboratoire PACTE)

ANR-21-COVR-0008

Table des matières

Introduction	3
1. Partie théorique	5
• 1.1. Isolement des patients.....	5
• 1.2 Place des EHPADs dans le réseau de soins et de gérontologie.....	5
• 1.3. Apprentissage et problématique des glissements de tâche.....	7
• 1.4 Gestion de la fin de vie et relations avec les familles	7
2. Méthodologie	9
• 2.1 Objectifs	9
• 2.2 La méthodologie du Retour d'expérience	9
• 2.3 Plusieurs méthodes de récolte des données	10
2.3.1 Entretien semi directifs	10
<i>Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des personnes interviewées en entretiens individuels selon les différents métiers dans les Ephads associatifs à but non lucratifs</i>	11
2.3.2 Des entretiens collectifs réflexifs.....	12
2.3.3. Des compte-rendu des cellules de crise territoriale.....	13
• 2.3.4. Des restitutions collectives pour valider les résultats d'analyse du REX Covid Ehpad associatifs et hospitalier.....	13
• 2.4. Catégorise d'analyse des données pour le traitement des résultats	13
3. Résultats	14
• 3.1 Gestion de l'isolement des résidents.....	15
• 3.2 Gestion de la fin de vie et de la mort.....	17
• 3.3. Gestion des familles.....	19
• 3.4. Innovations socio-techniques et organisationnelles avec des apprentissages durables	20
• 3.6. Relations extérieures.....	26
• 3.7. Prime Covid et justice organisationnelle	29
• 3.8. Relations internes : hiérarchie et collectif de travail, une solidarité et un glissement de tâches sur des postes transversaux et hiérarchiques.....	30
• 3.9 Santé des soignants.....	36
• 3.10. Reconnaissance et perspectives de l'EHPAD	37
Conclusion	42
4. Bibliographie	44
Annexe	46

Introduction

En mars 2020 une vague épidémique lié au virus Sars-CoV-2 (ou Covid-19) a touché la France et le monde entier. Dans cette crise affectant pleinement le système sanitaire français, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ont été particulièrement impactés. En effet, le virus ayant un fort taux de mortalité chez les personnes âgées, le nombre de décès en EHPAD causé par la Covid-19 était de plus de 27 000 personnes au 1^{er} janvier 2022.

Il y a actuellement 700 000 personnes en EHPAD en France, réparties dans 7 200 établissements. En 2050, les prévisions d'une étude de la DREES (2020) font état d'une estimation d'un besoin de places supplémentaires en EHPAD compris entre 171 000 et 423 000 places. La question de l'offre en hébergements pour personnes âgées dépendantes en lien avec le vieillissement de la population est donc primordiale. Ces établissements confrontés à une crise sans précédent doivent être repensés dans un fonctionnement à long terme.

Quelques chiffres pour comprendre la situation actuelle en EHPAD (Iborra & Fiat, 2018) :

- l'âge moyen en EHPAD est de 85 ans et 8 mois ;
- 38% des résidents ont plus de 90 ans en 2018, contre 26% en 2007 ;
- la durée moyenne de séjour en EHPAD est de deux ans et cinq mois ;
- 49% des résidents souffrent de syndromes démentiels, pour beaucoup liés à la maladie d'Alzheimer, et 35 % souffrent de troubles chroniques du comportement.

Les EHPAD se heurtent ainsi à des difficultés particulières liées à la prise en charge de résidents aux profils très spécifiques. Ils accueillent des personnes en situation de handicap, souvent atteintes de troubles psychiatriques et gèrent les problématiques du sujet âgé (polypathologie, troubles du comportement, pathologie psychologique). Les troubles de cette population font partie des spécificités de la crise Covid en EHPAD.

Avant la crise Covid-19, beaucoup d'EHPAD étaient déjà en crise par manque de moyens, de personnels et des problèmes organisationnels. Ces conditions de travail délétères ont pu être aggravées par la crise sanitaire, du fait des problématiques de contamination des résidents et du personnel, pouvant rendre l'absentéisme plus élevé et les prises en charge plus difficiles. La crise de la Covid-19 a amené les EHPAD à prendre des mesures drastiques pour freiner la contamination de ce virus suite aux directives ministérielles adressées aux collectivités particulièrement sensibles à la contamination massive liée aux épidémies. La gestion de cette

crise a évolué au cours du temps avec différentes étapes : les confinements ; le protocole de visite, les tests, la vaccination.

Un retour d'expérience dans plusieurs EHPAD de l'Isère a été mis en place pour comprendre la gestion de la crise dans ces établissements et les enseignements à tirer pour le futur. Notre retour d'expérience ne concerne pas les établissements privés mais des associations à but non lucratif et du milieu hospitalier. Les établissements enquêtés appartiennent au réseau de la Mutualité Française de l'Isère (MFI) et au Centre de Gérontologie Sud de l'hôpital (CGS) de Grenoble. La MFI est une association à but non lucratif, composée de 11 EHPAD. Le CGS est une structure publique hospitalière.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet RESOTON, financé par l'ANR Covid, dont l'objectif est de faire un retour d'expérience sur la gestion collective de la crise Covid-19 auprès des acteurs internes et externes au CHUGA. Notre retour d'expérience vise à comprendre comment les EHPAD associatifs et hospitaliers ont réussi à faire face à la crise sanitaire, les apprentissages organisationnels et la construction de l'expérience de la gestion de cette pandémie sur un territoire. Ce retour d'expérience vise à dresser les pistes d'amélioration pour ce secteur particulièrement touché par la crise Covid-19 du fait de sa spécificité (population, structures, ressources humaines). Nous verrons dans ce rapport que les EHPAD ont pu bénéficier d'un peu de soutien de l'extérieur mais qu'ils ont surtout fait preuve d'une énorme solidarité en interne avec des régulations collectives à tous les niveaux, horizontales et verticales, avec un mode de fonctionnement autonome par rapport à l'extérieur, déjà existant par le passé.

Dans la première partie de ce rapport, une analyse de la littérature permettra de fixer le cadre scientifique et les problématiques relatives aux EHPAD pendant cette crise. Dans un second temps nous présenterons l'analyse des données récoltées sur le terrain par la méthode du retour d'expérience, que nous mettrons en discussion dans la conclusion de ce rapport au regard des éléments issus de la littérature.

1. Partie théorique

1.1. Isolement des patients

Suite aux mesures de confinement en France datant de mars 2020, il a été demandé aux EHPAD de se confiner et d'interdire les visites extérieures pour protéger les résidents. Pour empêcher le virus d'entrer dans les établissements, il fallait donc les couper du monde (Gil, 2020). Des directeurs d'EHPAD ont dit combien ils vivaient douloureusement les recommandations qui s'imposaient à eux. Beaucoup furent aussi préoccupés par la crainte d'engager leur responsabilité pénale et eurent même des réticences à mettre en place des procédures d'exception pour que des résidents en fin de vie voient leurs proches. Dans ces établissements, des mesures hyper-sécuritaires furent déployées alors même qu'aucun cas de Covid-19 n'était à déclarer (Gil, 2020). Dans quelques rares EHPAD, le personnel s'est confiné avec les résidents, les rotations d'équipes s'effectuant tous les deux semaines (Gil, 2020).

L'isolement forcé a conduit à supprimer les repas en salle à manger collective pour une prise de repas de façon individuelle dans la chambre, impliquant plus de contraintes pour les soignants. Les résidents ont souffert de cet isolement, couplé à la rupture du lien social liée à l'impossibilité de voir les proches. Cela a conduit les soignants à une augmentation du temps de certaines prises en charge, nécessitant des temps pour les réassurer (Bertrand et al, 2020). De plus, il est difficile d'expliquer ces mesures à des patients atteints de troubles cognitifs qui ne comprennent pas cet enfermement. Toutes les animations collectives ayant été supprimées, il fallait repenser l'accompagnement, en usant de moyens technologiques comme des tablettes numériques et des téléphones portables (Gil, 2020) pour conserver le lien avec la famille et les proches.

Cet isolement a eu des conséquences graves pour les patients notamment au niveau psychiatrique avec la « résurgence ou apparition de troubles anxiodépressifs, syndromes de glissement, décompensation psychique, crise suicidaire » (Hazif-Thomas et al, 2021).

1.2 Place des EHPADs dans le réseau de soins et de gérontologie

Après avoir abordé la question de l'isolement forcé des patients, nous pouvons nous demander si les EHPAD ont été également isolés du système de santé. Cette question doit être considérée en fonction des différentes temporalités de la crise : quelle était la situation avant, pendant et

après la crise ? En effet, certains EHPAD étaient déjà mis à l'écart des réseaux de soins dans le passé, notamment avec les CHU. Pendant la crise, des établissements ont été fragilisés par l'absence de filière gériatologique de proximité et de médecins coordonnateurs (Hazif-Thomas et al, 2021). La coopération entre les EHPAD et les hôpitaux s'est mieux déroulée lorsque avant la crise il y avait déjà un travail commun et des relations existantes (Dumez, Minvielle, 2020).

Les périodes de crise mettent en lumière un manque de coordination, mais font apparaître également de nouvelles collaborations, renforçant les liens entre différentes institutions. Par exemple, des initiatives se sont créées pendant la crise, avec des astreintes gériatriques et palliatives mises en place dans la commune du Val-de-Marne, soutenues par une astreinte régionale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en cas de débordement (Bertrand et al, 2020).

D'autres EHPAD ont bénéficié de l'évaluation d'une équipe pluridisciplinaire (médecin gériatre, interniste urgentiste, médecin généraliste, cadre ou infirmier spécialisé en hygiène) avec les équipes mobiles gériatriques (EMG) de chaque filière, avec rédaction d'un rapport de synthèse et d'un plan d'action, montrant l'intérêt porté aux EHPAD et la volonté d'un rapprochement ville-hôpital (Bertrand et al, 2020). Des cellules de crise centrées sur l'éthique se sont mises en place, permettant des dialogues privilégiés avec l'ARS. Il y a parfois eu une demande de psychologue pour que le personnel puisse bénéficier d'un soutien ainsi que de la neutralité d'un regard extérieur, la perte brutale et rapprochée des résidents générant des sentiments de tristesse, d'impuissance et de frustration (Botero et al, 2020). Des plateformes d'écoute ont vu le jour pour soutenir le personnel (Al Joboory et al, 2020).

Le manque de personnel aggravé par des soignants ¹ touchés eux-mêmes par le virus, a pu être compensé parfois par des renforts de personnels extérieurs. Ces renforts ont été essentiels mais souvent tardifs, insuffisants et demandant des temps de formation (Gil, 2020).

Une des leçons de la crise sanitaire est qu'il paraît primordial de renforcer l'organisation de l'ensemble du système de santé, en associant davantage les EHPAD, la médecine de ville, les établissements hospitaliers et les cliniques. Il est nécessaire qu'une collaboration multidisciplinaire soit mise en place avec des régulateurs du SAMU sur la prise en charge

¹ Nous désignons comme soignant toute personne prodiguant des soins à la fois médicaux et de bien-être et de confort (toilette, douche).

spécifique des personnes âgées (Dumez, Minvielle, 2020). L'hospitalisation en réanimation d'un patient âgé peut être compliquée : il est préférable d'avoir des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs qui se rendent dans les EHPAD (Dumez & Minvielle, 2020) ou de bénéficier de conseils d'un gériatre par une hotline pour pouvoir accompagner le patient dans l'EHPAD.

1.3. Apprentissage et problématique des glissements de tâche

Comme évoqué précédemment, le manque de personnel était une problématique encore plus cruciale durant cette crise et les renforts extérieurs ne pouvaient pas combler tous les besoins. Des personnes ont dû se former dans l'urgence et apprendre de nouvelles tâches. Il faut distinguer l'apprentissage de nouvelles compétences techniques, organisationnelles pendant une crise et le glissement de tâche. Le premier se construit par une adaptation, de nouvelles formes d'organisation ainsi que par de nouveaux gestes techniques pour des usages nouveaux. Le second comporte certains risques : les missions du médecin coordonnateur sont effectuées par les infirmiers, celles des infirmiers par les aides-soignants, celles des aides-soignants par les auxiliaires de vie sociale (Wieder, 2020). Ces dernières peuvent être amenées à donner le repas aux résidents, engendrant un risque de fausse route pour les patients. Certains ont eu des formations accélérées pour pallier le manque de personnels (Bertrand et al, 2020). Par ailleurs, de plus en plus de personnes ne bénéficiant pas de la formation d'aide-soignant sont recrutées sur des postes de « faisant fonction ». Ces glissements de tâches sont évidemment sources d'inquiétudes fortes pour les soignants, conduits à exercer dans une situation mal définie des actes pour lesquels ils ne sont pas formés.

1.4 Gestion de la fin de vie et relations avec les familles

Le personnel des EHPAD développe des compétences dans l'accompagnement de fin de vie, souvent par expérience et parfois par la formation. Malheureusement, les professionnels n'ont pas pu mettre en place leurs pratiques de soutien à la famille du fait de l'isolement des résidents, les visites étaient le plus souvent interdites malgré quelques réélaborations de la règle. De plus certaines familles ont craint de venir voir leurs proches. Dans certains EHPAD, le personnel a dû gérer la souffrance de voir de nombreux résidents mourir en très peu de temps. Des pratiques d'accompagnement de la fin de vie n'ont pu être réalisées par le personnel. Nous pouvons citer

par exemple les toilettes mortuaires, par risque de contamination, ou la mise en bière immédiate dans les cercueils directement scellés par les services des pompes funèbres, sans présentation du corps du défunt.

Selon Baronnier & Arnold (2021) « L'Ehpad lieu de vie est devenu lieu de mort ». Toutes les choses qui faisaient la vie d'un EHPAD : activités collectives, repas pris en commun, contacts physiques, présence de familles ont disparu pendant cette période, avec la multiplication des décès en peu de temps. « On ne peut plus le préparer, le coiffer ! Non, on doit mettre le défunt dans un sac, le fermer, comme si on jetait nos poubelles » (Baronnier & Arnold, 2021). « Le plus dur a été de mettre les corps nus dans la housse, ou juste en chemise, de ne pas pouvoir les habiller », « mettre les corps dans les sacs et fermer cette fermeture éclair ce n'est pas concevable, [...] on est des soignants, on ne peut pas faire ça ! ». Les soins mortuaires sont amputés, laissant une amertume, voire du regret : « je n'ai pas pu dire au revoir aux résidents décédés » (Baronnier & Arnold, 2021).

Nous avons évoqué précédemment l'intérêt d'outils numériques pour que les résidents puissent communiquer avec leur famille. Cependant, certains étant très dépendants, malades ou ne sachant utiliser ces outils, ils ont pu difficilement utiliser ce mode de communication. Par manque de contact, certains résidents d'EHPAD ont cessé de s'alimenter, de parler, de bouger, avec une perte de l'envie de vivre et ce qu'on appelle le « syndrome de glissement » (Gil, 2020). Ce syndrome controversé en gériatrie, désigne en résumé une altération de l'état général majeur avec déshydratation, dénutrition ainsi que les troubles biologiques et somatiques (Wieder, 2020). Certains patients, ayant déjà des troubles de la mémoire, ne reconnaissaient plus de visages familiers, pouvant conduire à des difficultés de compréhension entre les résidents et leurs familles. (Hazif-Thomas et al, 2021). Le trouble de la crise sanitaire dans les habitudes peut amener les résidents à souffrir de ce syndrome, ou en tout cas, peut impacter leur état de santé.

La mise à l'écart des familles accentuée pendant la crise a renforcé ce sentiment d'une dépossession, vécue en temps d'interdiction des visites comme une souffrance et a poussé à considérer l'EHPAD comme un lieu de privation de liberté (Chovrelat-Péchoux, 2021). « certaines familles se sentent déjà « dépossédées » de leur parent tant le règlement intérieur de certains EHPAD leur paraît plus tourné vers la protection des directions que vers la bienveillance des résidents » (Chovrelat-Péchoux, 2021 p. 198). Cependant dans certains établissements il y a eu une reconnaissance de la part des familles vis-à-vis du personnel. Les familles étant conscientes des difficultés rencontrées par le personnel (Botero et al, 2020).

2. Méthodologie

2.1 Objectifs

Dans le cadre du projet de recherche RESOTON, le but est de réaliser un retour d'expérience auprès des professionnels des EHPADs et des personnes travaillant dans le réseau de gériatrie sur le territoire. Notre objectif est de comprendre la gestion de crise dans les établissements associatifs et publics hospitaliers du département de l'Isère, afin de comprendre comment la crise a pu permettre de faire émerger de nouvelles pratiques de coopération entre les professionnels à l'intérieur de l'établissement et avec les acteurs externes du réseau de soin.

2.2 La méthodologie du Retour d'expérience

Le retour d'expérience (REX ou RETEX) est utilisé le plus souvent à l'hôpital lors d'événements indésirables graves. Il est défini par l'OMS comme « une évaluation en profondeur des actions de gestion entreprises au cours d'un événement de santé publique, faites par la suite afin d'identifier les lacunes, les leçons et les meilleures pratiques. Le REX offre une approche structurée pour les individus et les organisations impliqués dans la préparation et la réponse aux événements sanitaires, de réfléchir à leurs expériences et leurs perceptions sur la réponse donnée à l'événement. Le REX aide à identifier de manière systémique et collective ce qui a et ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi et comment s'améliorer » (OMS, 2018 p.1).

Dans le passé, il y a parfois eu des freins et des craintes à réaliser un REX, notamment la crainte d'exposer ses erreurs ou de perdre du temps (HAS, 2014). L'objectif d'un REX n'est pas d'identifier un coupable mais d'apprendre des erreurs et de pérenniser ce qui a marché pendant la crise. Pour cela il faut créer un climat de confiance et de bienveillance tout en garantissant une anonymisation des données. Il ne s'agit pas d'une démarche individuelle ou d'expert (HAS, 2014) mais d'une démarche collective. Un REX met en avant les actions mises en œuvre et met en valeur les pratiques vertueuses et possiblement les lacunes observées dans l'objectif futur d'avancer dans une démarche collective positive.

2.3 Plusieurs méthodes de récolte des données

Nous avons pu réaliser des entretiens semi-directifs auprès de 32 personnes travaillant en EHPAD, faire des entretiens collectifs réflexifs avec une même équipe pluridisciplinaire dans un même EHPAD à différents moments de la crise Covid et réaliser 3 restitutions des résultats dans les établissements enquêtés et auprès des acteurs concernés. Des observations de l'activité sont en cours et ne seront pas analysées dans le cadre de ce rapport. Par ailleurs, l'analyse de 54 compte-rendu de la cellule de crise territoriale nous a permis d'obtenir des données sur les sujets discutés sur la gériatrie relatifs à la gestion du système de santé sur le territoire de l'Isère.

2.3.1 Entretien semi directifs

L'entretien individuel portait sur le parcours professionnel, l'activité au sein de l'établissement, le vécu des phases de la crise sanitaire, les changements de pratiques (professionnel, le travail collectif, la relation aux familles, aux partenaires extérieurs, l'organisation du travail) et la connaissance des cellules de crise gériatrique et territoriale.

Dans un EHPAD associatif à but non lucratif, 22 entretiens individuels réalisés au moment de la crise de la Covid-19, sur la justice organisationnelle, ont pu être utilisés pour extraire des données spécifiques sur le vécu et la gestion de la crise par les professionnels.

De plus, 3 entretiens semi-directifs complémentaires centrés sur la gestion de la crise Covid-19 ont été réalisés au mois de novembre 2021 avec deux directeurs d'EHPAD et un cadre de santé du même groupe associatif.

D'autre part, dans le cadre de ce REX Covid en EHPAD, plusieurs entretiens ont été effectués au sein du centre gérontologique (CGS) du CHU de Grenoble, auprès du chef de service, d'un cadre supérieur et de deux cadres et de trois professionnels transversaux (une animatrice socio-culturelle, une psychomotricienne et une psychologue).

Par ailleurs, le représentant de la filière gériatrique, acteur des cellules de crise territoriale a pu être rencontré au moment du premier déconfinement (juin 2020).

EHPAD Pique Pierre groupe MFI- Associatif à but non lucratif	EHPAD Philibert et EHPAD La Folatière – groupe MFI- Associatif à but non lucratif	Centre de Gérontologie Sud (CGS)- CHUGA
22	3	7

Tableau 1 : Répartition du nombre d'entretien individuel selon les établissements Ehpads enquêtés.

Dans les Ehpads associatifs à but non lucratif, nous avons une forte représentation d'aides-soignantes (AS) et d'auxiliaires de vie (AVS) (cf. tableau 2) et plus de femmes que d'hommes (cf. tableau 3).

Métier	Nombre de personnes
AS	7
AVS	10
AMP	2
IDE	1
Direction	3
Cadre de santé	2
TOTAL	25

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des personnes interviewées en entretiens individuels selon les différents métiers dans les Ehpads associatifs à but non lucratifs

Femmes	Hommes
21	4

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon des personnes interviewées en entretiens individuels selon le sexe dans les Ehpads associatifs à but non lucratifs

Dans l'EHPAD hospitalier, le CGS, notre échantillon est composé de personnels encadrant et de fonction transversales, sans représentation des soignants (cf. tableau 4). Les femmes sont plus représentées que les hommes (tableau 5).

Métier	Nombre de personnes
Chef de service	1
Cadre supérieure	1
Cadres	2
Animatrice	1
Psychomotricienne	1
Psychologue	1
TOTAL	7

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon des personnes interviewées en entretiens individuels selon les différents métiers dans l'Ehpads hospitalier

Femmes	Hommes
6	1

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon des personnes interviewées en entretiens individuels selon le sexe dans l'Ehpad hospitalier

2.3.2. Des entretiens collectifs réflexifs

Cinq réunions ont permis de faire des entretiens collectifs, à visée réflexive et compréhensive. Ils se sont déroulés dans un même EHPAD associatif à but non lucratif du groupe MFI où ont eu lieu également des entretiens individuels. Ces entretiens collectifs ont eu lieu à différents moments clés du déroulement temporel de la crise (après la première vague, au déconfinement, après la deuxième vague, au moment de la vaccination, et en décembre 2021, considéré comme fin de la crise) (cf. tableau 6).

1 ^{ère} entretien collectif	Réunion du 22 juin 2020
2 ^{ème} entretien collectif	Réunion du 22 juillet 2020
3 ^{ème} entretien collectif	Réunion 2 février 2021
4 ^{ème} entretien collectif	Réunion du 21 mai 2021
5 ^{ème} entretien collectif	Réunion du 26 novembre 2021

Tableau 6 : date des réunions des 5 entretiens collectifs réflexifs avec une équipe pluridisciplinaire dans un EHPAD associatif à but non lucratif, à différents moments de la gestion de la crise Covid

Ces réunions réunissaient un panel de professionnel représentatif de l'EHPAD, qui ont été les mêmes personnes à chaque réunion : 1 directeur, 1 cadre de santé, 2 infirmières, 1 médecin coordinateur, 1 secrétaire médicale, 1 psychologue, 1 animatrice, 1 kinésithérapeute, 2 aides-soignantes, 4 auxiliaires de vie.

La méthodologie utilisée pour les premières réunions de retour d'expérience collectif suit une règle de confidentialité et de bienveillance entre les participants. Elle suit ces différentes étapes :

- La première étape est d'aborder ce qui a changé avec la crise Covid-19. Les participants sont invités à prendre la parole et dire ce qui a changé avec cette crise.
- La deuxième étape consiste à dire comment c'était avant la crise dans le service, dans leur travail.
- Lors de la troisième étape le groupe est séparé, chaque groupe va identifier les problèmes rencontrés et les solutions mises en œuvre. Il s'agit après de distinguer:
 - ce qui est nouveau, qu'on n'avait pas imaginé

- ce qu'on connaissait déjà et qui a ressurgi
- ce dont on est fier dans la gestion de la crise Covid-19.

Les autres réunions visaient à comprendre ce qui avait changé, les difficultés rencontrées, les actions mises en œuvre ou à projeter, le vécu de la gestion de la crise Covid.

Chaque réunion a fait l'objet d'un CR anonymisé, validé avec les professionnels.

2.3.3. Des compte-rendu des cellules de crise territoriale.

Sur 54 comptes-rendus, entre le 16 mars 2020 et le 23 février 2022, des cellules de crise territoriales, réunissant l'hôpital, les cliniques, le conseil de l'ordre des médecins généralistes et les représentants syndicaux, les référents en gériatrie, la ville, l'ARS, le SAMU, nous avons noté 25 cellules de crise où le sujet de la gériatrie a été évoqué, soit un peu plus de la moitié, témoignant de l'importance de ce secteur dans la gestion de crise, fortement impacté par les contaminations, avec un risque de mortalité élevé pour les personnes âgées.

Nous avons analysé les thématiques évoquées dans ces cellules de crise sur le sujet de la gériatrie.

2.3.4. Des restitutions collectives pour valider les résultats d'analyse du REX Covid Ehpad associatifs et hospitalier

Suite au REX sur la gestion du Covid dans les 4 établissements enquêtés de façon qualitative à différents moments de la crise et le recueil données sur la gériatrie en cellule de crise territoriale, nous avons réalisés 3 restitutions collectives avec les acteurs impliquée en juin et juillet 2022 : (i) avec l'ensemble des directeurs des EHPAD du groupe MFI, (ii) avec le responsable de la cellule de crise gériatrique et son adjointe, (iii) avec la direction et l'encadrement de l'EHPAD hospitalier.

2.4. Catégorise d'analyse des données pour le traitement des résultats

Les données théoriques ainsi que les données récoltées sur le REX EHPAD par différentes méthodologies (entretien individuel, collectif, CR de cellules de crise) ont permis de créer 10 catégories distinctes, visant une analyse compréhensive de nos résultats :

- Gestion de l'isolement des résidents,
- Gestion de la fin de vie et de la mort

- Gestion des familles,
- Innovations socio-techniques et organisationnelles avec des apprentissages durables,
- Vaccination et conflit éthique,
- Relations extérieures,
- Prime Covid et justice organisationnelle,
- Relations internes : hiérarchie et collectif d'équipe, solidarité et glissement de tâches avec les fonctions transversales et hiérarchiques,
- Santé des professionnels,
- Reconnaissance et futur de l'EHPAD.

3. Résultats

Les EHPADs ont été particulièrement exposés à la pandémie de la Covid-19 à plusieurs niveaux : les risques de contamination liés à la vie en collectivité dans un hébergement EHPAD, une population de personnes âgées plus vulnérables face au virus et des soignants eux-mêmes ayant un risque fort d'être contaminés durant leur temps de travail et la proximité avec les résidents. La peur des soignants par rapport à la contamination réside dans le fait de propager le virus au sein de leur propre foyer, ou à l'inverse, d'amener le virus dans l'établissement. Les EHPAD ont déployé plusieurs stratégies pour éviter la pandémie à l'intérieur de leur établissement. Or, ce contrôle est difficile. Des clusters se sont formés au sein des établissements, malgré les mesures mises en place. Les équipes et leur direction ont été déstabilisées. L'énergie déployée collectivement pour l'éviter et la gérer s'est transformée en épuisement des professionnels. Pour autant, les accidents du travail ont été moins nombreux et l'absentéisme était variable selon les clusters. Les équipes ont dû faire face à ces difficultés organisationnelles s'ajoutant au contexte de crise. Les régulations émotionnelles et organisationnelles ont pu être possibles quand des collectifs étaient déjà existants ou que la Covid-19 a pu resserrer les liens et la solidarité entre des professionnels de métier différents.

Plusieurs étapes ont marqué la gestion de la crise Covid-19 dans la durée. Au début de la crise, le virus, ses modes de transmission et les besoins de protection et protocole sanitaire efficace n'était pas encore bien connu. Les différents EHPAD où nous sommes allés ont dû mettre rapidement en place de nouvelles procédures contre la propagation du virus, qui ont évolué au fil du temps dans la gestion de la crise : fermeture des établissements aux familles lors de la première et deuxième vague, puis réouverture lors de la vaccination avec une vérification du

pass sanitaire à l'entrée pour les visiteurs ; modification des pratiques funéraires, des protocoles d'hygiène, transformation de l'organisation du travail et des relations professionnelles internes à l'établissement et avec l'extérieur. Notre retour d'expérience s'inscrit dans une analyse positive et constructive, visant à comprendre la façon dont les professionnels ont fait face à la crise sanitaire dans leur activité par de multiples régulations mises en œuvre. Notre analyse ne se situe pas dans le registre de la maltraitance institutionnelle, même si cette focale est une interprétation possible. Nos recherches en ergonomie visent davantage à rendre compte des environnements capacitants, des ressources mobilisées, parfois insoupçonnées, que les professionnels sont capables de déployer dans une situation de crise et des modalités nécessaires à cette résilience organisationnelle et collective.

3.1 Gestion de l'isolement des résidents

Nous pouvons comprendre le choix de l'isolement des résidents car les EHPAD sont des structures où le risque infectieux est réel puisque les personnes y vivent en collectivité et sont souvent très dépendantes et fragiles, facteurs qui favorisent la transmission des maladies. Les repas ont été donnés individuellement dans les chambres pour éviter une propagation du virus. Ce changement a provoqué une charge de travail supplémentaire pour le personnel. Toutes les animations collectives ont été également supprimées.

Cet isolement demandé des résidents pour éviter la contamination a amené les soignants à se confronter à des dilemmes éthiques concernant le bien-être des résidents comme nous le voyons dans les verbatims suivants.

Sur le moment, quand tu refermes la porte, que tu tiens la poignée pour que la personne ne tire pas dans l'autre sens, tu as l'impression d'être maltraitant. Ça fait mal. Mais on se dit « non, le virus ne doit pas sortir, parce que ce sont les autres qui vont en pâtir ». Donc c'étaient des situations pas sympas. (AMP II)

La décision du directeur était de confiner, d'isoler chaque résident dans sa chambre. Tous ceux qui étaient révélés positifs au Covid étaient confinés, enfermés dans les chambres, à clé. Humainement, c'était très, très difficile. Enfermer un adulte... tu lui donnes des explications, est-ce qu'il les a comprises ? Je ne pense pas, c'était un refus de leur part. Tu avais des cris, de l'agitation derrière cette porte, et tu ne pouvais pas ouvrir à cause du virus. C'était pénible à vivre, et c'est vrai que la psychologue avait fait un bon discours là-dessus pour nous déculpabiliser. Dire qu'on était simplement là à faire ce qu'on pensait bien à l'instant T, et qu'on n'était pas maltraitants. Ça pouvait être vécu comme de la maltraitance, mais c'était une nécessité sanitaire. (AMP II)

La mesure de confinement en elle-même n'était pas forcément inadaptée, mais elle était irraisonnée éthiquement puisqu'on posait des choses à des gens à qui on n'avait pas demandé s'ils voulaient prendre le risque de quoi que ce soit, alors qu'il y en a quand même un certain nombre qui sont en capacité de discernement, que le raisonnement vis-à-vis la qualité de vie est pas tout à fait le même que quand on a 90 ans que quand on en a 20. L'ensemble de ces considérations n'ont pas été prises dès le départ. Ce qui fait qu'on a imposé, on a emprisonné les sujets âgés en EHPAD. (PR en gériatrie)

Dans cette crise sans précédent, un confinement total semblait être la moins mauvaise solution face au virus, mais posait un débat éthique sur le fait d'enfermer des personnes sans avoir leur consentement. L'isolement est très difficile pour les résidents et il ne faut pas négliger également l'impact pour l'ensemble du personnel de l'EHPAD, tant sur les pratiques, l'organisation du travail que sur les émotions (des résidents, des familles, des professionnels).

Ça restera dans la mémoire, fermer un établissement aux visiteurs c'était du jamais-vu ! C'est choquant d'aller fermer les portes et de dire aux familles qu'ils pourront plus venir. (Directeur EH)

Au centre gérontologique de l'hôpital, les résidents ont également été confinés en chambre durant certaines périodes de la crise. Une organisation spécifique a été mise en place : trois services ont été recréés en fonction des caractéristiques des résidents (contraction ou non de la Covid-19, troubles du comportement...). Durant les pics épidémiques, les professionnels ne travaillaient que dans le service où ils étaient affectés. Les professionnels transversaux, souvent seuls à leur poste, ne pouvaient garantir la continuité de la prise en charge que dans le service où ils étaient postés. Les activités collectives ont été remplacées par des activités individuelles si la personne n'était pas contagieuse.

Durant ces périodes, les professionnels du centre gérontologique rapportent – dans le même sens que les professionnels des EHPAD associatifs, des dilemmes éthiques. Les verbatims portent sur le fait que les résidents étaient confinés en chambre et que les visites étaient interdites à la famille. Ils rendent compte d'une priorisation de l'évitement de la propagation du virus, rendant difficile la garantie de la continuité du lien social, pourtant important dans la construction de la santé de ces populations très âgées en hébergement. Ce conflit de buts met également en avant la culpabilité des professionnels face à l'isolement des résidents et l'impossibilité de visite pour leurs proches.

[...] puis moi j'ai culpabilisé en me disant « pourquoi moi j'ai le droit de voir sa mère et lui, il a pas le droit ? » purée, je suis qui, moi, pour avoir droit de visite à sa mère et pas lui ? C'est, c'est dur ça d'entendre que moi, j'ai le droit de visite plus que, plus que son propre enfant, quoi. (fonction transversale)

Et puis on s'est aussi posé la question, c'est-à-dire que voilà, on a, il fallait éviter le COVID et le brassage, avant il y a quand même ce besoin de lien social. Et du coup j'ai l'exemple aujourd'hui, d'une personne qui est en chambre, qui est enfermée, sa famille ne peut pas aller la voir, en fait cette personne m'a dit « je préférerais mourir dans quatre mois et voir mes proches plutôt que d'avoir à vivre sans voir personne », ça s'entend, quand on a 90 ans quoi. Donc oui, ça fait réfléchir, [...] il y a le risque de COVID c'est sûr mais la personne est complètement déprimée, elle veut plus voir personne, qu'est-ce qu'on prend en compte, là ? (fonction transversale).

Certains verbatims témoignent d'injonctions contradictoires envers les résidents, ressenties par les équipes soignantes comme de l'injustice. L'organisation et l'institution peuvent devenir « violentes » envers le soignant qui ne peut plus exécuter son travail correctement et éthiquement avec le résident. Dans le cas du Covid-19, certaines infirmières ont dû travailler plus de 14 heures d'affilée dans un des EHPAD enquêtés : « *on n'a pas du tout respecté le code du travail, on a été maltraitant* » avoue une directrice d'établissement. Cette dernière est contrainte, pour garantir une continuité de soins, par des possibilités de faire différemment extrêmement réduites : absence de personnel qualifié pour du remplacement, manques budgétaires, crise sanitaire. Les directeurs d'établissement ont peu de marges de manœuvre : eux-mêmes, ils sont préoccupés de faire fonctionner le système avec des moyens défaillants. Ils ne peuvent détourner les mesures ministérielles, pas toujours adaptées à leur contexte, dans la mesure où ils engagent leur responsabilité pénale dans la façon d'organiser leur EHPAD. La situation sanitaire et déjà dégradée des EHPAD a pu conduire les directions à des « stratégies de prudence » pour maintenir le personnel. Les directeurs ont réussi à déployer des procédures d'exception lors de cas particuliers que nous allons détailler dans la partie suivante. Ces réélaborations des règles visent à garder un sens dans le travail et à soutenir la santé mentale des salariés et des résidents.

3.2 Gestion de la fin de vie et de la mort

Le risque de contamination lié à la Covid-19 a amené à des changements dans les pratiques liées à l'accompagnement de fin de vie et de la mort. Les soignants ne pouvaient plus faire de toilettes mortuaires (ce qui consiste à laver le corps du défunt, le vêtir d'une tenue choisie par la famille et de diminuer les marques liées à la maladie ou à la mort afin de faire une présentation du défunt à la famille ou aux professionnels de l'établissement). Certains ont mal vécu l'interdiction de cette activité, essentielle dans leur métier concernant l'accompagnement de la fin de vie et la mort, vis-à-vis des familles mais aussi pour eux-mêmes, ces pratiques les aidant au processus de deuil et de gestion de leurs propres émotions.

En milieu associatif, l'annonce des décès était parfois difficile à faire aux autres résidents. Ces situations critiques ont engendré un partage des émotions entre les membres du personnel qui ont pu les rapprochés : « *On a beaucoup pleuré, même le directeur a pleuré avec nous* » témoigne une aide-soignante. Des dérogations à la règle ont été autorisées pour faire quelques toilettes mortuaires en prenant des précautions ou pour autoriser les familles à venir de façon très exceptionnelle. La moral et l'éthique ont pu l'emporter sur la loi.

Une des composantes de la crise est un nombre plus élevé de décès et de nouvelles personnes qui arrivent. Dans un des EHPAD du milieu associatif enquêté, le nombre de décès et d'arrivées a été deux fois plus important en comparaison à une année normale. Parfois sur une semaine il pouvait y avoir deux décès dans la même journée. Ce constat implique une grande implication pour les soignants qui doivent s'adapter à de nouveaux résidents et de nouvelles familles. En effet, chaque entrée est une nouvelle organisation du travail à construire pour assurer une qualité de prise en charge du résident. L'accompagnement de la fin de vie et la gestion du décès demande également une grande énergie de la part des équipes. Toutefois, une hypothèse soulevée, discutée au sein de l'équipe lors des entretiens collectifs, est que ce turn-over des résidents, plus élevé à cause du pandémie, peut créer une autre dynamique relationnelle pour les professionnels dans la prise en charge des nouveaux résidents : moins d'attachement affectif et un niveau de dépendance qui se dégrade moins du fait de décès précoce.

Au sein du centre gérontologique du CHU, les professionnels transversaux interrogés indiquent une charge émotionnelle forte, du fait d'une gestion des défunts plus complexe durant la crise sanitaire. Cette charge combine plusieurs sources : le décès plus nombreux de résidents suite à la propagation du virus, l'impossibilité des familles de venir en visite à leur proche en fin de vie, l'impossibilité de prodiguer les soins mortuaires. Les établissements d'hébergement sont des « lieux de vie » où les professionnels et les résidents sont en proximité constante. Ils nouent des liens, ce qui est également le cas entre les résidents. La quantité plus importante de décès caractérise une période de deuil plus intense pour l'équipe et les résidents.

Les soignants sont quand même assez meurtris de ne pas pouvoir faire de toilette mortuaire, de mettre des corps dans des sacs, enfin des petits trucs, des choses qui relèvent du traumatique, du traumatique quand même. (fonction transversale)

(C'est une charge émotionnelle très forte ?) - Ouais, parce que, parce qu'on a perdu plein de monde et puis qu'on a pas forcément bien vu les familles parce que c'était... Comment, c'était... Enfin, on leur demandait de venir un minimum quoi. (fonction transversale)

Oui, alors nous, et eux surtout, surtout. Par contre, là on a, on a eu le retour de bâton de tous les décès et ça, ça a été une grosse, un gros deuil pour la maison. Parce que bah quand on a repris un peu la vie, bah il en manquait beaucoup. (fonction transversale)

Pour pallier le manque très douloureux de relations avec les familles pour les résidents, des innovations que nous allons détailler dans la partie suivante ont vu le jour, notamment des moyens technologiques de communication.

3.3. Gestion des familles

Dans les EHPAD associatifs à but non lucratif, au fur et à mesure de la crise, malgré l'isolement toujours de mise, des procédures d'exception ont pu se mettre en place pour que les familles puissent venir voir leurs proches en fin de vie, ce qui relève d'une réélaboration à la règle dans les pratiques des soignants (cf. verbatim ci-dessous).

Ouais, alors, nous on a pour ça, enfin, on a quand même laissé les familles pour certaines venir, parce que c'était vraiment très dur, ça avait été très mal vécu par le personnel sur la première vague, donc sur décision collégiale du Codir on a décidé de permettre quand même aux familles de venir quand c'était possible. Il y a des moments où ça pouvait être compliqué. (Directeur EH 2)

Pour les familles des résidents, les modalités d'accès physiquement à l'EHPAD ont changé fréquemment selon les temporalités de la crise et les consignes gouvernementales. D'abord, les familles avaient l'impossibilité stricte de rentrer dans l'établissement. Ensuite, les familles pouvaient se rendre dans l'établissement, en suivant un protocole (e.g. une seule personne à la fois, dans un espace prévu à cet effet). A la mise en place de la vaccination, le pass vaccinal était également demandé à l'entrée dans l'établissement. Malgré ces multiples changements qui auraient pu être sources de tension, les relations entre les familles et le personnel ont été positives, voire se sont améliorées. La communication a été meilleure. Les professionnels ont souligné une plus grande communication avec les familles par des courriers, mails ou au téléphone ainsi qu'une plus grande coopération entre eux. Des innovations pour garder le lien entre le résident et la famille ont été possible grâce aux NTIC et le rôle de l'animatrice a été important (cf. partie innovation). Par ailleurs, l'absence physique des familles en permanence a été très appréciée par les soignants pour s'occuper du résident. Cela a conduit à des changements des horaires de visite des familles, notamment plus tard le matin pour laisser la possibilité de faire les soins aux résidents sans la famille. La crise Covid-19 a permis de faire

l'expérience d'une autre forme de relation entre le soignant et le résident et de construire des apprentissages organisationnels dans la relation avec les familles.

Au sein du centre gérontologique du CHU, la gestion des visites des familles a également été un point important de la gestion de crise. Le centre a été confiné à deux instants, durant la première vague (printemps 2020) et durant la deuxième vague (fin de l'automne/hiver 2021), beaucoup de résidents et de professionnels avaient contracté le virus de la Covid-19. Dès la première vague, le contact entre le patient âgé et sa famille a été rendu possible par le développement de nouvelles technologies (cf. partie innovation). Lors du deuxième confinement, l'équipe des bénévoles coordonnée par la cadre en charge de la qualité de vie a été très active pour aider à la réalisation des visites sur RDV avec un membre de la famille.

Lorsque le centre n'était pas en période de confinement, plusieurs protocoles ont été mis en place afin de permettre aux familles de rendre visite aux résidents tout en évitant la propagation du virus : limite du nombre de personne, présentation d'un test PCR ou du pass sanitaire, réaménagement du hall, installation de plexiglass.

Les professionnels rapportent une proximité plus grande avec certains résidents et leur famille : de par l'effort pour garantir le lien entre les familles et les résidents et grâce à la coordination des visioconférences, un lien de confiance plus étroit a pu se construire entre les professionnels et les familles.

3.4. Innovations socio-techniques et organisationnelles avec des apprentissages durables

Plusieurs innovations socio-techniques ont été recensées lors des REX dans les EHPADs: la visioconférence avec les familles, la hotline gériatrique, les équipes mobiles, l'organisation du travail pour éviter la contamination, les règles d'hygiène, des changements de pratique et analyse de la pratique.

*** visioconférence avec les familles**

Nous allons dans cette partie aborder à la fois des innovations pour les résidents notamment dans la communication avec les familles ainsi que des nouveaux usages des NTIC liés au Covid-19 pour les professionnels. Pour pallier les absences des familles, des outils numériques ont été mis en place pour permettre aux résidents de communiquer avec celles-ci à distance. Des

applications comme Skype, WhatsApp, FaceTime ont été utilisées pour maintenir des liens avec les familles et ainsi de repenser l'accompagnement (Gil, 2020). Ces outils ne sont pas toujours adaptés à un public âgé avec souvent des problèmes de vue et d'audition. C'est pourquoi le personnel des EHPAD a dû accompagner et soutenir cette démarche en aidant les résidents à utiliser ces moyens de communications.

Dans un des EHPAD associatifs enquêté, cette fonction d'assistance a été réalisée par l'animatrice qui n'avait plus de temps collectif et par la secrétaire, à l'aise avec l'informatique. L'ARS a donné des tablettes dans les EHPAD.

Dans le centre gérontologique du CHU, l'achat de tablettes a permis de conserver un lien entre les résidents et leurs proches. Les professionnels transversaux avaient pour mission de réaliser des visioconférences. Ce sont l'animatrice, la psychomotricienne et la psychologue, qui ont eu à charge d'organiser les visioconférences, de guider les résidents et les familles dans l'utilisation du système et d'accompagner le résident dans la communication avec sa famille. L'animatrice avait également pour rôle d'établir un protocole sanitaire dans l'utilisation du matériel destiné à la visioconférence.

Les visio-conférences, au-delà d'assurer un lien de continuité entre le résident et la famille sont une innovation organisationnelle qui a permis également d'établir et de renforcer le lien entre la famille et les professionnels transversaux de l'établissement EPHAD hospitalier.

« Alors, il y a certaines personnes où en fait je suis devenue ouais plus proche parce que... mais ça c'est un peu par l'intermédiaire des visios parce que du coup je suis rentrée un peu plus dans l'intimité des personnes puisque on avait affaire aux... à leur famille, voilà donc du coup j'étais plus dans, dans l'échange à demander par exemple à la personne « comment, comment va votre fille », etc. Alors que c'est quelque chose que j'aurais peut-être pas forcément demandé avant » (fonction transversale)

« Alors moi je pense que du coup ce lien qu'il y a eu avec les familles, je l'aurai pas forcément eu, la mise en place de visios, ça nous a permis de connaître les familles différemment et de construire un lien de confiance. On était là pour eux et on leur cachait pas ce qu'il se passait, parce qu'il y a des fois des familles qui comprenaient pas les démarches. L'introduction des visios, malgré la crise notamment, donc en fait les familles, voilà il y a vraiment quelque chose où ils nous ont percé quoi, de pouvoir être là, de voir ce qu'on fait pour eux, de, enfin vous voyez, une reconnaissance, et du coup une confiance que je repère aujourd'hui avec les familles que j'ai pu voir en visio, qui n'aurait pas été si importante » (fonction transversale)

« C'est vrai que il y a eu aussi création de rapprochements après, parce que les gens ont senti les visios par exemple, ont senti que j'étais là pour leur relation avec leur parent. » (fonction transversale)

Dans les EHPAD associatifs et hospitalier, les visioconférences ont été conservées, permettant aux familles éloignées du centre de continuer à garder un contact avec leur proche.

*** hotline gériatrique**

Par ailleurs, des innovations concernent les moyens de favoriser la coopération entre les professionnels de santé. La filière gériatrique du CHU de Grenoble a décidé de mettre en place une hotline gériatrique pour les professionnels dès mars 2020. Le but de cette hotline est :

- d'aider à la décision, notamment au remplissage des fiches d'aide à la décision de proposition de soins (concertation) ;
- de conseiller sur l'orientation notamment pour une décision d'hospitalisation en cas de syndrome respiratoire ou Covid-19
- de faciliter la programmation d'une prise en charge adaptée avec les dispositifs existants (consultation, téléconsultation, hospitalisation, EMG...).

Dans les faits, cette hotline a été peu utilisée par les directeurs et cadres de santé d'EHPAD associatifs enquêtés, qui en avaient une connaissance partielle. Cette hotline n'a pas été utile pour l'EHPAD hospitalier ayant sur place des gériatres pour répondre directement aux questions de prise en charge des personnes âgées ayant le Covid-19.

En cellule de crise gériatrique et territoriale, des discussions éthiques de la société française de gériatrie ont pu être ramenées sur les critères de sélection des patients âgés pouvant être hospitalisés en réanimation, afin de ne pas emboliser les services d'urgences. Ces discussions ont pu être mobilisées lors des échanges entre un spécialiste de la hotline et un EHPAD au sujet d'un résident très âgé.

*** des équipes mobiles**

Une des innovations a été d'aller vers les EHPAD afin de respecter le confinement et d'éviter la contamination du virus. Pour cela, des équipes mobiles se sont créées pour répondre aux besoins : équipe d'hygiène de l'hôpital pour aider les personnels des EHPAD à mettre en œuvre les procédures et les mesures barrières de protection, équipe de prélèvement du laboratoire de l'hôpital pour faire le test, équipe de vaccination impliquant la pharmacie de l'hôpital pour faire les vaccins. La médecine du travail de l'hôpital s'est déplacée également dans l'EHPAD hospitalier pour faire les tests et la vaccination du personnel. Après le deuxième confinement

et le pic de décès, des équipes de psychologues sont allées aider les EHPAD. Ce fonctionnement en équipe mobile a été l'occasion de rencontres entre des mondes ne se connaissant pas. Il peut être réactivé à tout moment selon l'évolution de la pandémie.

*** des transformations organisationnelles pour éviter la propagation du virus dans l'établissement.**

Des innovations organisationnelles ont été mises en place du fait de la crise au sein du centre gérontologique du CHU. Certaines ont été mises en œuvre uniquement pendant les phases de pic épidémique, d'autres ont été conservées et intégrées dans l'organisation sur le long terme. Parmi celles-ci, on peut retrouver :

- l'organisation « par étages », afin de limiter la propagation du virus, en prenant en compte les spécificités des résidents (e.g., le cas des personnes ayant des troubles du comportement comme le déambulement, ne pouvant être isolées en chambre) ;
- les activités collectives devenues individuelles, permettant aux professionnels une prise en charge nouvelle et une proximité plus grande avec les résidents qui ne souhaitaient ou ne pouvaient participer aux activités collectives ;
- l'organisation des horaires et la constitution des groupes d'activités collectives avec la psychomotricienne ont été revus, permettant dorénavant à plus de résidents d'accéder à ces activités, moins longues donc moins fatigantes, plus adaptées et en groupes plus restreints, permettant une meilleure prise en charge de chaque résident pendant ces activités ;
- la systématisation de réunions hebdomadaires (« staff qualité ») afin de traiter les différentes problématiques telles que la vaccination, la possibilité ou non des visites, et les nouveaux sujets avec l'équipe et d'intégrer les nouveaux ;
- la communication des informations aux familles, par le biais d'appels téléphoniques, de réunions entre les professionnels et les familles, des visioconférences, de courriers papiers ou informatiques. La crise a mis en avant l'importance de la communication avec les familles mais également avec les résidents.

De nombreux projets ont été mis en place, au-delà de la gestion de crise, à différents niveaux. Par exemple, un projet sur l'utilisation de casques de réalité virtuelle a vu le jour et un projet portant sur l'ouverture d'activités de court séjour a été mis en place. Les prestations de service du CGS se sont développées, en dépit de la crise sanitaire et des activités quotidiennes nécessaires à sa gestion.

*** des règles d'hygiènes**

Les professionnels ont dû adapter leurs pratiques professionnelles à de nouvelles règles d'hygiène. Cet apprentissage est plus important dans les Ehpad associatifs, que dans celle du monde hospitalier, davantage familiarisé avec les mesures d'hygiène strictes.

C'est une habitude. Puis me je demande à quoi ça sert de rentrer le guéridon dans la chambre à chaque fois, avec le COVID... faut désinfecter, et tout. Je me lave les mains, après je touche mon guéridon, mais il reste toujours dans le couloir, dehors. Et puis, c'est mon matériel. Je me dis « entre le lit, la table, la chaise, mon gros cul... si je rajoute le guéridon... ». Pour faire quoi ? Il reste propre. Je travaille sur du propre. Les autres le rentrent ? (ASI)

Des changements de pratiques d'hygiène resteront dans le futur, comme mettre un masque si le résident est malade pour éviter les maladies nosocomiales (entretien collectif réunion REX 1 et 2, Ehpad associatif).

*** des changements de pratiques et analyse de la pratique**

De nouvelles pratiques apparaissent, pas uniquement liées au Covid-19 mais au manque de temps pour s'occuper des résidents. Par exemple, faire des toilettes au lit plutôt qu'à la douche quand il manque des effectifs de personnel. Cependant, pour une directrice d'EHPAD associatif, ces pratiques ne doivent pas être généralisées au quotidien car elles sont dégradées. Mais elles permettent d'avoir des principes communs pour faire face aux perturbations de l'activité. Il est important de garder une toilette avec des douches, plus confortables pour le résident, garantissant le maintien de son autonomie et pour faciliter la manutention pour le personnel (chariot douche).

Dans les EHPAD hospitalier et associatifs étudiés, une analyse de la pratique avec une psychologue extérieure a été proposée aux équipes. Le but étant de permettre à celles-ci de s'exprimer sur leur vécu et de discuter de leurs pratiques professionnelles. Les psychologues présents en temps normal sur les EHPAD sont là en priorité pour les résidents et les familles. Des équipes mobiles de psychologues de l'hôpital ont été proposées au EHPAD pour soutenir les personnels. Celles-ci ont été utilisées dans certains EHPAD et appréciées.

3.5. Vaccination et conflit éthique

L'organisation de la vaccination lors de la troisième période de la gestion de la crise Covid-19 (à partir de fin décembre 2021) a fait l'objet de tensions en cellule de crise sur la répartition des doses entre les acteurs du territoire, avec une régulation de l'ARS et une pression du ministère pour aller vite et produire des résultats. Il a fallu prioriser les cibles des vaccins, avec une prise plus importante des sujets âgés, plus vulnérables. Pour cela deux circuits ont été créés : circuit A/ circuit B, selon les priorités de cibles, de distribution et les échéanciers. Le pic épidémique en EHPAD a eu lieu lors de la deuxième vague. En février 2021, plus de la moitié des résidents ont été touchés par le virus avec un taux de mortalité de 20% (chiffre de la cellule de crise territoriale). Le taux de vaccination en EHPAD était très suivi avec des données à produire au niveau départemental, régional et national pour endiguer le risque épidémique et se donner une conduite à tenir (nombre de doses, répartition, rappel, etc.). A la mi-février, 80% des résidents étaient vaccinés (chiffre cellule de crise territoriale).

La vaccination a demandé une grande gestion de l'information et la mise en place de recommandation pour les EHPAD. La demande de consentement au résident a été très lourde à gérer, elle était peu adaptée au public et a pu être allégée par la suite. Plusieurs réélaborations des règles ont été possibles grâce à la cellule de crise gériatrique et territoriale : par exemple, ne pas attendre l'ordre du ministère pour la 3^{ème} dose. Cette anticipation a permis d'éviter une 3^{ème} et un 4^{ème} vague en EHPAD. Des équipes mobiles sont allées dans les EHPAD pour faire cette vaccination des résidents et des personnels.

En EHPAD hospitalier, la direction du centre a réalisé une organisation en interne afin de permettre la vaccination des résidents et des professionnels (soignants ou non). De plus, ils ont pu vacciner d'autres personnes âgées ne résidant pas au centre gérontologique, des bénévoles travaillant auprès de ces populations et les proches des résidents. Des personnels internes au CHU, notamment avec l'aide de la médecine du travail, ont pu vacciner, sur le centre, les professionnels.

La difficulté à gérer les salariés anti-covid a provoqué de l'épuisement des directeurs d'EHPADs associatifs et a été une source de conflits au sein des équipes. L'EHPAD hospitalier a pu s'appuyer sur les campagnes de sensibilisation de l'hôpital et sur les directives de la

direction hospitalière en cas de refus de vaccination ainsi que sur la médecine du travail pour convaincre les soignants qui ne voulaient pas se faire vacciner.

Les EHPAD ont eu à gérer également la vaccination des nouveaux résidents, arrivant dans leur établissement, ainsi que le contrôle du pass sanitaire pour la visite des familles avec la création d'un poste d'accueil. La vaccination a eu des effets sur la gravité de la contamination mais n'a pas empêché le virus de circuler, entraînant une gestion de crise sans relâche et des réorganisations permanentes, avec un épuisement du personnel (l'absentéisme moyen de 20% est passé à 30%).

3.6. Relations extérieures

Dans cette partie, nous abordons à la fois les relations extérieures à l'établissement lié au réseau des EHPAD, notamment avec le réseau associatif MFI ou la cellule de crise gériatrie, et les relations avec l'extérieur (inter-établissements sur le territoire et inter-unités au CHU).

Les directeurs des différents établissements de la MFI participent à un Comité de direction (Codir) depuis le début de la crise où ils partagent leurs différentes expériences. Ils votent des mesures comme celles évoquées précédemment (accepter une visite de la famille en fin de vie du résident ou avoir une personne à l'entrée pour contrôler le pass sanitaire). Les directeurs ont dû recruter du personnel uniquement pour accomplir cette tâche sans bénéficier d'aides financières.

Ce Codir permet de partager des pratiques et des stratégies de régulations. Tous les EHPAD souffrent de problèmes de recrutement, notamment d'un manque de personnels infirmiers, d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie. Une directrice a recruté une secrétaire médicale qui accomplit les fonctions administratives d'une infirmière c'est-à-dire : prendre des rendez-vous chez le médecin, s'occuper des pédicures, faire les comptes-rendus quand une personne revient d'une hospitalisation. Cette stratégie de régulation permet de réduire des tâches plus administratives pour l'infirmière pour qu'elle puisse se concentrer sur les tâches de soins quand il manque du temps infirmier.

Ce Codir autorise aussi chacun des EHPAD à mettre en place des mesures spécifiques, à l'appréciation du directeur d'établissement. Par exemple, dans un des EHPAD enquêtés, les mesures sont plus strictes pour les visiteurs où il est demandé de jeter son masque porté à l'extérieur et d'en prendre un nouveau à l'arrivée dans l'établissement.

Un des acteurs extérieurs clé pour les EHPAD a été le Réseau Inter-Hospitalier de Prévention des Infections Nosocomiales (RIPIN). Ce réseau, appartenant au pôle de Santé Publique du CHU, a aidé les établissements en cas de contamination au virus à mettre en œuvre des procédures pour éviter au maximum les contaminations. Les médecins coordonnateurs étaient souvent en lien avec le RIPIN. Une directrice d'EHPAD associatif témoigne : « *le RIPIN nous a aidés là-dessus pour qu'on prenne les bons réflexes. On n'a pas eu de problèmes de matériel, le matériel on l'avait* ».

Les directeurs d'EHPAD étaient en contact avec l'ARS qui a fourni des listes pour avoir du personnel disponible, souvent des personnes retraitées du milieu soignant auparavant (médecins généralistes, infirmières). Ces listes n'ont pas réellement fonctionné pour les EHPAD, ces personnes retraitées ayant des craintes d'être dans un lieu à fort risque de contamination et préférant être à la régulation des appels du SAMU. En temps normal, les missions principales des ARS sont :

- la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

Pendant la crise, leurs missions se sont adaptées au contexte, notamment en soutenant :

- l'organisation des soins ;
- les actions de dépistage ;
- les mesures de déconfinement.

L'action de l'ARS a été perçue comme insuffisante pendant la crise : « *Les ARS ont été cataclysmiques dans leur gestion, mais, j pense faute de moyens aussi, parce qu'ils ne sont pas organisés pour... eux ils ont aucun plan en fait d'organisation opérationnelle* » (membre de la filière gériatrique)

Lors des entretiens collectifs sur le REX Covid, le personnel a exprimé le manque de médecins de ville et des relations assez faibles avec les autres services de soins. Quelques médecins généralistes ont apporté leur aide aux EHPAD, quand ils étaient organisés en maison médicale, plutôt en zone rurale, apportant leur aide en cas de manque de médecin coordonnateur. Cependant, la grande majorité des résidents n'ont plus de médecin traitant, il est difficile d'avoir un rendez-vous à l'hôpital avec un spécialiste. « *Il est très difficile de contacter SOS médecins, il n'y a plus de contact direct, il faut passer par un site internet qui ne fonctionne pas toujours* »

(cadre de santé EHPAD associatif). Les équipes se sentent en insécurité en cas de problème urgent du résident si les secours ne viennent pas. Certains patients décèdent sans avoir vu un médecin pour les soulager. Tout ce constat participe à démontrer un système de santé en crise, à bout de souffle. Pour la filière gériatrique cela témoigne d'une discrimination envers les personnes âgées dont fait preuve depuis plusieurs années le système de soin, qui a été exacerbé pendant la crise : « *Demain je voudrais qu'on mette en parallèle le taux des activités des professionnels libéraux, le taux de décès au sein des EHPAD et des personnes âgées dans la communauté qui n'ont pas reçu de soins, on démontrait l'âgisme dont a fait part le corps soignant pendant la crise* » (acteur cellule de crise, représentant gériatrie). L'âgisme désigne une discrimination liée à l'âge, ici elle concerne une discrimination des personnes âgées. Le constat vient d'un manque de référentiel commun dans le système de soins avec des lacunes vis-à-vis de la prévention, de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique. « *Une médecine qui deviendrait « une médecine à l'acte de consultation et pas de valorisation* » confie cet acteur.

Au sein du centre gérontologique du CHU, des points importants sont à aborder quant aux relations avec l'extérieur. En tant qu'établissement public, la direction du centre s'est sentie dans la même situation qu'un établissement associatif dans sa gestion de crise :

En tant que structure nous-mêmes, ici, qui sommes un État dans l'État, on a été livré à nous-mêmes. État dans l'État. Donc il a fallu faire preuve de, d'organisation parce qu'on a pas... Sur le versant médico-social, on... On a géré comme l'aurait fait une structure EHPAD extérieure, sur la partie hébergement. (direction)

On a géré notre affaire un peu dans une certaine autonomie, l'institution... Nous a fait sans doute un peu confiance aussi. (direction)

Les autres services du CHU malgré l'appel à volontariat de personnels pour soutenir le centre de gérontologie ne sont pas venus beaucoup en aide, renforçant ce sentiment d'être un secteur marginal peu attractif.

Voilà. Et puis on a fait appel, quand même, aux autres services de l'hôpital, qui ont, on va dire, plus ou moins répondu... il y a quand même des infirmières qui bossaient dans des services qui ne tournaient plus, en particulier des services d'endoscopie, des choses comme ça... donc moi, j'en ai eu 2 qui ont été redéployées ici. On a fait appel, aussi, à l'orthopédie, à côté. On a eu des AS et des infirmières, mais non sans mal. [...] On s'est retrouvés dans ce bâtiment, avec mes collègues, un jour, à aller... en fait, en toute bonne foi... c'est même pas en toute bonne foi... on y allait pour... on va dire, pratiquement pour les accueillir, avant qu'elles n'arrivent ici, pour leur expliquer, etc.... et là, j'ai cru que... moi, j'ai failli partir. Parce qu'on se retrouve en face de gamines en pleurs qui ne voulaient pas mettre les pieds en gériatrie. Ça veut dire quoi, ça ? Et des cadres... en particulier, une, qui franchement, n'a pas aidé. Et c'est tout juste si elle leur

disait pas « vous avez raison de ne pas vouloir y aller ». Donc elles ne bossaient plus, il n'y avait plus de boulot là-bas, mais... en plus, on leur demandait même pas d'aller dans des unités de réa ou je ne sais quoi, on leur disait de venir nous donner un coup de main ici. On aurait dit que c'était la fin du monde... (cadre de santé)

Les cellules de crise gériatrique et territoriale ont dû trouver des solutions pour éviter les hospitalisations (-50%) de personnes âgées, entraînant des conséquences plus ou moins directes sur les EHPAD : travail avec le médico-social, le conseil départemental, les pharmacies, création de la hotline, travail avec le Conseil de l'Ordre pour trouver des médecins généralistes volontaires (visite à domicile), création de CoviDOM.

3.7. Prime Covid et justice organisationnelle

Une prime Covid a été donnée entre mai et juin 2020 pour les soignants ayant travaillé sur la première vague entre le 1^{er} mars et le 30 avril. Le montant de la prime est compris entre 500 et 1500 € et dépend du département d'exercice pendant l'épidémie. À travers les différents verbatims ci-dessous, nous constatons que cette prime a pu être appréciée par le personnel mais provoque aussi un sentiment d'injustice organisationnelle selon les modalités de sa distribution.

M'en fous, de ne pas l'avoir eue... non, je m'en fous pas, c'est pas vrai, je suis une menteuse. Je vais l'exprimer autrement : ce n'est pas ça qui va déterminer si je dois revenir ou pas au travail, ou si je vais me mettre en arrêt. Je pense que ça a été un peu mal fait, dans le sens où... moi, je sais que c'est parce que j'étais en arrêt, je revenais le 28 mai... tu veux que je fasse quoi ? Aujourd'hui, Grenoble n'est plus en rouge, il est en bordeaux... et j'ai envie de dire « ils sont où, ceux qui ont eu la prime ? Ils ont eu 1000 euros, ils ont pris un mois de vacances derrière ». Nous, à côté de ça, on est revenu à nos postes, on les a vus partir en vacances avec 1000 euros, revenir. C'est compliqué. (Aide-soignante I)

Ouais, moi je trouve que c'est injuste. Ça c'est vrai qu'ils auraient pas dû... ils auraient pas dû faire comme ça. Parce que moi, je sais que je connais pas mal de... de filles qui travaillent ailleurs. Que ce soit dans le public ou privé, toutes celles qui ont été en arrêt on leur a donné la moitié. Et celles qui étaient vraiment là, la totalité. Je suis d'accord t'as vu. Mais là, tout donner comme ça... je trouve pas logique. Je trouve que c'est pas... par contre ça ouais. Moi, ça aurait été moi, j'aurais fait le partage. J'aurais pas réagi comme ça. Déjà je l'aurais pas fait tout de suite, j'aurais attendu. Sachant qu'il est en train de revenir en force le covid. Ce jour-là on en reparlera. On verra les personnes qui va rester. (Aide-soignante XIX)

Ah oui, tu vois C, elle a trouvé pas normal, les infirmiers pareil... Je trouve que ça a été mal départagé, on sait pas comment ils ont calculé le truc. Eux ils se sont dit les deux mois t'as vu. C'est pas normal. Sachant le bordel quand on est revenu de notre arrêt, le bordel qu'il y a eu dans les chambres, les résidents dans l'état où ils étaient. C'est ça dans l'histoire, tu te dis... faut voir les toilettes qu'elles font. Elles font même pas les toilettes et en plus elles ont tapé la prime. Tu vois ce que je veux dire ? Tu te dis, quand même oh, toi tu fais ton taf de A à Z...

après voilà, moi personnellement je l'ai pas eu, je l'ai pas eu t'as vu, mais... (Aide-soignante XIX)

La perception de justice ou d'injustice est une composante essentielle pour comprendre les interactions entre les individus dans une organisation. La justice organisationnelle interroge les conditions contribuant aux perceptions de justice et également d'en prédire les conséquences (Frimousse et al, 2008). Il y a quatre composantes de la justice organisationnelle : distributive, procédurale, interpersonnelle et informationnelle (Janiczek et al, 2012). Dans le cas de la prime Covid, la justice distributive désigne le fait de se sentir récompensé à hauteur du mérite perçu. La perception d'une injustice par des salariés peut avoir des conséquences négatives pour le fonctionnement en équipe et la santé mentale du salarié. La prime Covid a été versée selon le mérite d'avoir travaillé du 1^{er} mars au 30 avril. Nous pouvons comprendre la nécessité de créer une règle limitant dans le temps le versement d'une prime exceptionnelle. Néanmoins, la temporalité du versement de cette prime peut créer un sentiment d'inégalité pour des personnes qui ont eu le sentiment d'avoir autant travaillé que d'autres mais pas forcément sur la période concernée par la prime. Une étude (Frimousse et al, 2008) a montré que les salariés accordent relativement moins d'importance aux rétributions qu'au processus qui mène à une décision d'attribution. Nous sommes bien dans ce cas de figure, les salariés de l'EHPAD associatif ne remettent pas en cause la valeur de la prime mais le processus conduisant au ces deux mois comme critères décisifs d'attribution, qui n'est pas significatif de l'investissement de chacun dans le travail tout au long de la crise Covid.

3.8 Relations internes : hiérarchie et collectif de travail, une solidarité et un glissement de tâches sur des postes transversaux et hiérarchiques

Durant les périodes de crise, les relations avec la hiérarchie et dans les collectifs de travail sont primordiales. Les résultats montrent globalement une solidarité ressentie par le personnel lors de la crise Covid, avec la création d'une histoire commune. Mais les réalités de construction de collectif comme ressource pour faire face à la crise sont contrastées selon le contexte des EHPAD enquêtés, les caractéristiques de l'équipe et les relations avec la hiérarchie.

*** soutien mutuel et besoin d'échanger**

Dans un des EHPAD associatif, on observe un réel soutien mutuel. Le collectif existait déjà avant la crise, il a été renforcé, ainsi que les relations avec la hiérarchie.

Quel a été le rôle de la hiérarchie ? Quand j'ai su que j'étais positive (au covid), j'ai informé la direction, je l'ai appelé. Le directeur m'a dit « il va falloir que vous restiez chez vous demain. » Ok. Ensuite, dans la semaine, où j'ai été en arrêt, [la nouvelle cadre] m'a téléphoné chez moi, et m'a dit que de la part du [directeur] et d'elle-même, ils appelaient pour avoir de mes nouvelles. Voilà. J'ai apprécié. J'ai apprécié qu'on ne m'ait pas laissée au fond de mon lit, je dirais, dans l'indifférence. (Aide-soignant VI)

Là, quand j'ai été positive au COVID, j'ai vu que tout le monde m'a appelée. Beaucoup de personnes, mes collègues, même les intérimaires... le directeur même m'appelait tout le temps pour savoir comment j'allais. P, qui était notre cadre avant... avant de partir, elle m'a appelée pour m'encourager. J'ai vu cet amour, je me suis dit « franchement, ça se passe bien avec tout le monde ». (Aide-soignant VII)

Ouais. Là, quand j'ai eu le Covid, les collègues, elles m'appelaient tous les soirs, ou elles m'envoyaient un message. Nous, on est une bonne équipe, franchement, ouais. (Infirmière XIV)

Dans les entretiens collectifs au début de la crise (réunion 1 en juin 2020 et réunion 2 en juillet 2020), le REX permet de mettre en évidence des relations plus fortes entre les professionnels qui ont dû faire preuve d'une adaptation rapide avec beaucoup de réactivité : « *ça nous a rapproché* », « *plus de confiance* », « *plus de reconnaissance des différents métiers* » qui ont pu s'aider les uns et les autres (« *on était actif, on faisait* »). La communication a été plus importante avec la hiérarchie, notamment grâce à la création d'une réunion hebdomadaire (3 fois par semaine pour couvrir tout le personnel). Cette réunion hebdomadaire systématique réunissant le personnel de l'encadrement et le personnel médical et paramédical mise en place pendant la crise est conservée aujourd'hui. Le soutien et l'écoute de la hiérarchie ont été très appréciés par le personnel et la hiérarchie demande ces temps d'échange avec tout le monde pour communiquer, se remettre en question et être professionnel.

Pendant une crise, il y a de nouveaux apprentissages liés à l'adaptation, « *nous étions face à une vague épidémique d'une ampleur inédite avec des conséquences importantes. Les soignants ont dû apprendre par adaptation, par de nouvelles consignes et de nombreux changements* » (Directeur EHP 1). Le personnel encadrant a dû adapter son management à celui de la crise, à s'impliquer : « *Et moi à un moment je me suis dit et bah on a dit qu'on va « être en guerre » et bah on va être très militaire. Donc on va suivre la chaîne de décision, quand on a des problèmes on fait remonter, eux ça remonte, ça redescend, on s'implique.* ». (Directeur EHP 1).

Par ailleurs, des réseaux de directeurs d'établissement se sont créés pour échanger des pratiques sur la façon d'appliquer de nouvelles directives ministérielles. Par exemple, des échanges de mails sur le pass sanitaire, sur les difficultés de chacun à l'appliquer et la recherche de solutions

pour s'adapter. Ces collectifs de directeurs ont permis à chacun de se positionner pour trouver les moyens de préserver leurs équipes : par exemple, ne pas faire entrer de résidents supplémentaires, malgré les lits disponibles pour avoir un quota d'effectif de personnels médicaux et paramédicaux acceptable par rapport au nombre de résidents.

*** solidarité intermétiers**

Dans un autre EHPAD associatif et un Ehpad hospitalier, où il y avait moins de collectif au départ, la solidarité est présente aussi entre les collègues de travail ainsi qu'avec la hiérarchie et toutes les fonctions de l'établissement. Les périodes de crise intense permettent des rapprochements, avec moins de relations verticales. Dans des établissements, le personnel administratif ainsi que la direction ont contribué directement à une entraide envers le personnel soignant en prodiguant les soins élémentaires au résident.

Nous ce qu'il faut savoir c'est que sur le personnel ici tout le monde s'y est mis même les administratifs, mon ARH elle a fait des toilettes, moi j'ai fait des toilettes c'est pas mon cœur de métier, ma gouvernante aussi on a été en support sur les nuits. Ouais ça était très surprenant pour les équipes en fait au début y ont été très surpris. C'était la première fois qu'ils voyaient une directrice au combat donc je pense que ça a aidé à asseoir ma fonction et leur dire que si on était une équipe, c'est aussi dans les mauvais moments. Donc là c'est la preuve par les actes ça leur parle bien. (Directeur EH2)

On a effectivement des équipes où l'élan qu'on a vu partout, hein, je veux dire, on va dire dont on a entendu parler au niveau national, nous, on l'a vécu au local avec des gens qui, voilà qui, des infirmières, des aides-soignants, enfin, il y a eu une vraie mobilisation de l'équipe, néanmoins, néanmoins, on est nous sur des effectifs... Voilà sur lequel on a déjà un absentéisme massif. (cadre sup)

*** remettre un cadre organisationnel structuré**

Toutes ces coopérations et entraides permettent un renforcement du collectif, notamment plus de solidarité et de cohésion d'équipe. Avant la crise Covid-19, ces EHPAD pouvaient avoir comme d'autres EHPAD un nombre important d'arrêts de travail, pouvant déstabiliser le travail collectif. Pendant la période de crise sanitaire, il y a eu moins d'arrêts que d'habitude, même si par ailleurs le personnel pouvait attraper le virus. Nous pouvons expliquer ce résultat par une solidarité plus grande où tout le monde, confronté à une grande incertitude, s'est senti utile et reconnu avec un besoin de faire quelque chose. La crise a permis également des restructurations et de remettre un cadre hiérarchique en place dans certain EHPAD enquêtés.

On a commencé aussi à avoir des exigences sur la posture professionnelle, le savoir être donc naturellement y a aussi un écrémage qui s'est fait sur l'équipe mais bon que l'on souhaitait. (Directeur EH2)

Avant la crise, dans certains EHPAD, l'ambiance de travail était conflictuelle, notamment entre les titulaires et les intérimaires. L'organisation du travail ainsi que la distribution des tâches et des secteurs de travail n'était pas clarifiée, les titulaires envoyaient les intérimaires sur les tâches les plus « lourdes ». La question des intérimaires ou des contrats courts est une problématique constante en EHPAD. En effet, de nombreux arrêts maladie ou le manque de personnel contraignent les directeurs à faire appel à des intérimaires. Ces derniers viennent parfois pour une seule vacation de quelques jours. Ce temps réduit ne permet pas une adaptation avec le reste de l'équipe. La crise Covid-19 a montré qu'il est encore plus souhaitable d'avoir des intérimaires qui reviennent fréquemment dans le même lieu et qui connaissent le fonctionnement des équipes ainsi que les résidents. « *Il faut au moins 15 jours de travail dans un établissement pour connaître un minimum les circuits de travail* » (directeur d'établissement). Une solution possible serait d'avoir un pôle de remplacement avec les mêmes personnes. Cela nécessite une équité de travail entre les remplaçants et les titulaires ainsi que de bonnes relations entre eux. Deux directeurs d'EHPAD associatifs travaillent actuellement sur l'accueil des nouveaux avec leur personnel.

La crise permet de remettre à plat des aspects de l'organisation du travail et de reprendre avec le collectif de travail les conditions d'un travail collectif favorable à l'équité de la charge de travail. Cela nécessite une restructuration des plannings, où par exemple, chaque salarié a le même nombre de matins et de soirs et un weekend de repos de trois jours toutes les 24 semaines. Une nouvelle organisation a pu se mettre en place également sur la répartition entre les unités principales d'affectation du poste et le soutien nécessaire dans les autres unités en cas d'absence de personnel.

Dans le centre gérontologique hospitalier, l'absentéisme trop important conduit à des réorganisations permanentes qui n'arrivent pas à se stabiliser. L'absentéisme fragilise le collectif de travail et les cadres. Un cercle vicieux s'instaure où le manque de personnel provoque une charge de travail élevée pour les personnes travaillant, ce qui conduit à de nouveaux arrêts, les soignants sont épuisés, ce qui perturbe les collectifs de travail et l'organisation. L'organisation par secteur d'activité et une équipe d'encadrement consolidée ont permis de tenir.

Donc il y avait un stress, mais il y avait aussi une vraie solidarité et une vraie mise en œuvre d'une nouvelle organisation par cette peur, parce qu'en plus il a fallu sectoriser puisque les, il y a eu, par exemple, prenons le cas de l'EHPAD, les soignants du troisième ne descendaient pas au deuxième donc il a fallu sectoriser par étage. (Cadre de gestion)

ça m'a montré que, en tout cas au niveau de la direction de ce secteur, on a su trouver des organisations internes pour faire face, voilà. [...] c'est qu'après il faut voir jusqu'à quel moment on peut arriver à déployer des choses en interne avec les moyens qu'on a. Voilà. Mais en termes d'organisation, on a vraiment trouvé que là, entre le médical où finalement, on avait remis des points dans la semaine où on se rencontrait avec les médecins, l'administratif, la cadre et moi-même où il y avait vraiment le trio qui était ensemble et qui pouvait après bah du coup communiquer aux équipes au niveau de l'encadrement et après au niveau des équipes de soins, donc ça, ça c'était plutôt très porteur. (cadre supérieure)

*** les renforts au collectif**

Dans la plupart des EHPAD, il n'y a pas de différence entre les aides-soignantes et les auxiliaires de vie, tout le monde fait les mêmes tâches, seule la rémunération est différente. Dans le milieu hospitalier, les Agents de Service Hospitalier (ASH) s'occupent du ménage et de la distribution des repas. Les glissements de tâche sur « donner à manger aux résidents » des AS vers les ASH existaient déjà avant la Covid. Avec la Covid, ils ont dû aider plus fréquemment les soignants à exécuter leurs tâches. Les glissements de tâches entre des métiers² proches entre soignants et avec les paramédicaux sont assez courants pour pallier le manque de personnels dans les EHPAD (DREES, 2006). L'ASH réalise certaines tâches de l'AS, l'AS réalise certaines tâches de l'IDE. La crise fait apparaître de nouveaux glissements tâches des fonctions soignantes ou paramédicales aux fonctions transversales et hiérarchiques.

Par exemple, des cadres de santé ont réalisé des soins de confort et de bien-être³ du fait du manque de personnel pouvant réaliser ces tâches : *“on s'est retrouvées avec une collègue cadre, et jusqu'à 10 heures, on est restées pour faire aide-soignantes, parce qu'il fallait s'occuper... il y avait une infirmière, on n'avait pas d'aide-soignante, donc il fallait bien faire les nursing et compagnie”* (cadre de santé, EH3).

L'activité des professionnels transversaux a été fortement impactée par les mesures sanitaires, dès mars 2020. Par exemple, le PASA (pôles d'activités et de soins adaptés), a été retiré sur

² Cf annexe sur la définition des fonctions des métiers dans les EHPAD.

³ Un soin de confort et de bien-être vise l'amélioration de la qualité de vie du patient, est non médicamenteux (e.g., pour les AS ou les IDE : une toilette, une réinstallation au lit, l'effleurage).

certaines périodes de la vie quotidienne des résidents pour les professionnels. Les résidents étaient, pendant la première et la deuxième vague, isolés en chambre, sans possibilité de participer à des activités collectives. Celles-ci ont dû être remplacées par des activités individuelles auprès du résident (si celui-ci n'était pas atteint de la Covid-19). Les animatrices, les psychomotriciennes ou psychologues ont fait du travail d'animation ou thérapeutique en chambre, ont participé à l'élaboration d'outils innovants pour garder le lien avec les familles (cf. partie visioconférence et organisation des visites de familles). Ces modifications de l'organisation des activités, des soins et des visites ont impacté l'activité des professionnels transversaux, qui ont dû s'adapter aux besoins des résidents en fonction des différentes phases de la crise. Les nouveautés pour assurer le maintien du lien social ont transformé leur métier dans le suivi individualisé des résidents et les liens avec les familles. Elles ont pu dégager en partie les soignants de cette fonction sociale, qui ont apprécié ce soutien vis-à-vis des familles. La sous-activité de ces professionnels a été mise au service de l'amélioration de la communication avec les familles.

Par ailleurs, l'équipe soignante et paramédicale, ainsi que les fonctions transversales et hiérarchiques ont pu bénéficier de renfort extérieur :

- le personnel médico-social. Les EHPAD associatifs ont fait appel à du personnel du réseau MFI qui ne travaillaient pas pendant les vacances scolaires comme des éducateurs spécialisés ou des moniteurs éducateurs. Cette nouveauté a été très intéressante car des professionnels qui ne travaillent pas ensemble habituellement ont pu partager leurs expériences. Le plus souvent ces professionnels étaient en soutien pour les toilettes des résidents.
- les bénévoles. Dans l'EHPAD hospitalier, les bénévoles du centre ont participé à l'organisation des visites lorsque celles-ci étaient possibles pendant la crise sanitaire. Les différents professionnels et l'encadrement reconnaissent que l'activité des bénévoles a été très importante pour eux pour diminuer leur charge de travail. Dans un des EHPAD associatif, l'animatrice aurait eu besoin d'avoir plus de bénévoles dans l'association des familles pour orienter les projets d'animation.

Donc il y avait les deux points de visite. Et avec des bénévoles, effectivement, qui... Heureusement qu'on les a eus, parce que sinon... en tout cas, le personnel soignant, on aurait pas pu assurer. » « c'est eux qui faisaient l'accueil des familles » « ... c'est pas nous qui le faisons, c'est les bénévoles qui ont fait tout ce travail. Qui allaient chercher les résidents dans les chambres, qui les emmenaient au rez-de-chaussée, qui les installaient, et qui recevaient les familles le temps que... (Cadre de santé, EH3)

Par ailleurs, le médecin coordonnateur joue un rôle important auprès des équipes pour son expertise en gériatrie, les conditions d'entrée du résident et la coordination des soins. Actuellement près de 32 % d'EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur en équivalent temps plein. Parfois, les médecins ne sont présents que quelques jours par semaine. Certains directeurs préfèrent qu'ils se concentrent sur le soin et moins sur l'étude des dossiers d'entrée des résidents. Pendant la crise, les médecins coordonnateurs avaient un rôle fondamental pour soutenir et encadrer les équipes, mais ils n'étaient pas assez nombreux. Des médecins généralistes sont venus en renfort parfois aux EHPAD pendant la crise Covid-19, notamment les médecins en zone désertifiée exerçant en maison médicale de santé. Ils ont pu organiser leur planning au sein de l'équipe médicale pour dégager des demi-journées dans les EHPAD. Les médecins généralistes de ville ont été très peu à aller dans les EHPAD malgré l'appel à volontariat du Conseil de l'Ordre.

3.9 Santé des soignants

L'activité dans les EHPAD demande à la fois un travail physique particulièrement éprouvant pour les professionnels manipulant physiquement les résidents et aussi un travail psychologique intense. Les EHPAD, déjà dans une crise de fonctionnement causé par le manque de personnel, ont été confrontés à une situation d'extrême tension avec la crise Covid-19 : ne pas pouvoir faire un travail de qualité, travailler sur des amplitudes horaires plus longues sans pause, être rappelé sur congés, avoir peur de la contamination du virus, etc., ayant des conséquences sur la santé physique et mentale des soignants, mais aussi sur celle des cadres et de l'ensemble des fonctions de l'établissement.

Alors, moi, j'entends parce que ce n'est pas avec moi qu'elles parlent le plus mais, tu vois, quand il y a eu les suspicions de covid. Il y en a une j'ai dit « oulah, ça n'a pas l'air d'aller, tu tousses beaucoup... » Je fais hyper attention. Maintenant, je suis comme ça, je suis un peu maternelle. Mais je fais toujours attention aux gens qui sont autour de moi. (aide-soignante X)

Sur ma santé physique, je ne crois pas. Après, la fatigue mentale, oui. J'avais l'impression d'être juste un corps avec 2 bras qui était là pour faire des soins d'hygiène. Aucune autre communication. Alors que tu m'as vue travailler, je parcours l'unité, je fais une boutade à l'un, un réconfort à l'autre, une main sur l'épaule. Là, ce n'était plus ma façon de travailler. (AMP II)

En ce moment, oui. Après, j'ai eu le COVID, aussi. Pendant 15 jours, ça m'a bien touchée. Ça fait un peu mal. J'ai toujours mal au dos, toujours. (AVS IV)

Oui. Tout le moment où il y avait le COVID aux (EHPAD), j'ai senti la fatigue, plus la peur. Et le stress, beaucoup. Quand j'ai été testée positive, j'étais très malade. Quand j'ai repris le

boulot... parce que j'ai fait 2 semaines à la maison, et quand j'ai repris le boulot, il y avait 4 personnes positives, des résidents aux (EHPAD). Du coup, j'étais obligée de travailler. La souffrance que j'ai eue quand j'étais malade... je me suis dit « est-ce que je vais encore l'attraper ? », il y avait beaucoup de choses qui se passaient dans ma tête. Et en même temps, je voulais aider. Mais j'étais trop stressée. Mais j'ai fait au moins 3 nuits blanches quand j'ai su qu'il y avait le COVID ici, j'étais pas bien. La peur. Et la fatigue. (aide-soignante VII)

C'est que on a eu 50% de malades et dans nos personnels, on a sans doute eu 50% ou plus, 70% de patients, de personnes qui ont été touchées par le COVID. (responsable service)

Là, sur la cinquième vague, on a une déferlante d'arrêts, là c'est symptomatique. (- comment vous gérez ça aujourd'hui ?) – Bah honnêtement, là c'est... On est pas loin du mur, hein. On gère avec des... On bidouille, vraiment, hein. Je veux dire, on est vraiment, les équipes, elles sont formidables parce que je veux dire, celles qui peuvent encore être là elles ont un sens des responsabilités qui franchement, voilà les honore, mais jusqu'à quand ? Je sais pas, donc elles répondent présent tout le temps, voilà donc elles sont un maximum déployées, mais vraiment quoi ! C'est pas sur le principe des heures sup, c'est sur le principe de tirer sur la corde (cadre supérieure)

L'absentéisme lié au virus, l'intensité et de la charge de travail qu'il provoque, a des effets sur la santé psychologique (troubles du sommeil, anxiété, dépression), voire physique (troubles musculosquelettiques).

3.10. Reconnaissance et perspectives de l'EHPAD

* Les difficultés récurrentes de manque de personnel

Les directeurs d'établissements nous ont confié leurs difficultés à recruter du personnel, les écoles d'AS ne sont pas remplies, les infirmières ou les médecins ne choisissent pas en priorité la filière gérontologique, considérée comme peu attractive. Ce manque de personnel est accentué par des remplaçants non formés, qui ne suffisent pas à compenser les dysfonctionnements.

La démographie est pourtant vieillissante (augmentation de +40% des plus de 75 ans depuis 2020, lié au « *papyboom* ») avec un besoin plus accru de structures pour s'occuper des personnes âgées. Plusieurs directeurs nous ont confié que l'EHPAD tel qu'il est actuellement n'a plus d'avenir dans le futur et n'est plus adapté aux besoins. Le modèle de l'EHPAD est à questionner dans un modèle plus large du système de santé. La pénurie du personnel médical et paramédical est présente dans toutes les institutions : l'hôpital, les cliniques, la médecine de ville, les soins de suite et de réadaptation, etc. Les EHPAD souffrent des dysfonctionnements de l'ensemble du système de soin. Des innovations issues de la gestion du Covid-19 sur le

territoire (Hotline, équipe mobile, SAS, SIAD, etc.) sont à poursuivre pour une gestion plus globale du vieillissement de la population, face à la pénurie de moyens humains.

*** Un besoin d'amélioration des conditions de travail**

Les soignants mis sur le devant de la scène pendant cette crise sanitaire, applaudis à 20 heures par une grande partie de la population au début de la crise, ont été parfois considérés dans une posture de sauveur ou de « super héros » (Gil, 2020). Cette posture ne correspond pas à leurs attentes, les soignants veulent être reconnus et valorisés sans être glorifiés. Un de leur enjeu principal est de travailler dans des conditions dignes et pouvoir faire leur travail décentement. La reconnaissance envers les soignants, matérialisée par une prime exceptionnelle ne suffit pas non plus. Il est nécessaire d'améliorer les conditions de réalisation du travail : avoir un effectif suffisant, revaloriser les parcours de formation d'aide-soignante ou d'auxiliaire de vie, diminuer la charge de travail des infirmières sur les tâches administratives pour faire des soins, ouvrir le numéros clausus des médecins, etc. La crise Covid-19 a permis de mettre en évidence les difficultés du travail pour les soignants dans les EHPAD. En plus de l'augmentation de la charge de travail quotidienne avec le Covid-19, se sont ajoutées des questions liées à l'éthique sur la prise en charge des résidents et plus largement des questions sociétales sur les conditions de vie du grand âge. Le lien entre la qualité de vie des résidents et le travail de qualité des soignants a pu être davantage mis en exergue.

Une des directrices des EHPAD enquêtés aurait aimé valoriser les soignants et les paramédicaux par une prime exceptionnelle pour récompenser son personnel de leur engagement pendant l'été. Les soignants ont travaillé sur de très longues plages horaires, sont parfois rentrés plus tôt de leurs vacances pour assurer le fonctionnement de leur établissement. Face à l'absence de moyens financiers, la seule possibilité de valorisation et de reconnaissance du travail réalisé se trouve dans les projets institutionnels et l'organisation du travail. Cela apparaît être un élément essentiel pour repenser les interactions entre les professionnels de différents métiers, les résidents et les familles, et pour maintenir les équipes en place. Les innovations organisationnelles issues de la crise Covid-19 permettent d'améliorer les conditions de travail : changement des horaires de visite, utilisation des NTIC pour le lien avec les familles, répartition des tâches entre les titulaires et les intérimaires, organisation de réunion hebdomadaire pour discuter du travail, appui des cadres et des fonctions transversales dans les équipes.

*** Des bénéfices de la crise Covid pour les EHPAD**

Les bénéfices de la crise Covid-19 sont, malgré les difficultés rencontrées, importants pour les EHPAD enquêtés :

- une relation améliorée avec les familles,
- un travail collectif renforçant le collectif de travail,
- une hiérarchie plus proche du travail réel,
- un isolement du secteur de la gériatrie pouvant donner de l'autonomie de fonctionnement et des marges de manœuvre pour innover dans l'organisation du travail et avec les familles.

L'éloignement avec la famille a permis de développer d'autres modes de communication (email, téléphone, WhatsApp) entre les personnels médicaux et administratifs et les fonctions transversales, ce qui a favorisé les interactions autour du résident. Ces outils de communication ont permis non seulement la continuité du lien entre les résidents et leurs proches mais aussi de renouveler les relations entre l'établissement et la famille, qui a pu être reconnaissante du travail des soignants, contraints au confinement. Les nouveaux modes de communications ont permis de faire émerger des relations plus saines avec les familles et avec moins de sollicitations à gérer pour les soignants. Les familles se sont rendues compte du travail fourni par les équipes des EHPAD pour essayer de faire face, dans une période très compliquée.

Le travail collectif inter-métiers, l'implication de tous pour pallier à la crise a pu améliorer les relations entre les équipes et la hiérarchie. Un résultat fort de cette crise est la solidarité, le soutien entre les professionnels, amenant à plus de collectif. Celui-ci a pu être renforcé quand il existait déjà. A l'inverse, il a pu se créer grâce à cette entraide autour de la gestion de la crise. Cette crise a provoqué de nouvelles réflexions sur les modalités du travail collectif avec des adaptations au quotidien. Il a fallu une entraide importante entre les équipes pour permettre un travail collectif efficace et efficient, ce qui a renforcé la plupart du temps le collectif de travail. Le collectif de travail devient alors une ressource, il permet de préserver les ressources psychosociales ainsi que la santé de ses membres (Caroly, 2010, 2011).

La hiérarchie plus proche des équipes pendant la crise a pu prendre conscience du travail réel, se remettre en cause, réinterroger les postures professionnelles et le bien-être du résident. Des nouveaux modes de management ont pu apparaître, permettant plus de communication entre les équipes et leur hiérarchie (réunion hebdomadaire, régulation à chaud).

La réorganisation de l'activité rendue possible par des collectifs plus soudés cherchant des solutions et un management de proximité montre une très grande capacité d'adaptation des EHPAD. Ils sont apparus comme « *un monde à part* » (directeur d'établissement), faisant preuve d'autonomie, capable de se débrouiller seul. Ces régulations autonomes sont à la fois très positives pour construire des marges de manœuvre avec les professionnels, les familles, les bénévoles. Mais elles comportent aussi le risque d'un désengagement des institutions vis-à-vis des moyens donnés aux EHPAD, qui arrivent finalement à survivre malgré tout.

*** Des points de progression vers plus de reconnaissance des moyens externes à imaginer**

Si la crise Covid-19 a permis de mieux reconnaître le travail des soignants dans les EHPAD par les familles et une meilleure reconnaissance des compétences de chacun des métiers au sein de l'établissement, il reste encore à faire évoluer les relations avec l'extérieur à plusieurs niveaux :

- la médecine de ville est encore trop absente des EHPAD pour le suivi médical des résidents. Les médecins coordonnateurs ne sont aussi pas assez nombreux. Les infirmières coordinatrices se trouvent ainsi débordées sur des tâches administratives et de coordination, ne permettant pas de faire un suivi médical adapté avec le résident et les soignants. La cadre de santé vient également compenser ce déficit médical administratif, l'éloignant du travail de proximité dans les équipes.

- la relation entre l'hôpital et les EHPAD est encore à améliorer : pouvoir contacter rapidement un spécialiste à l'hôpital, éviter d'envoyer la personne âgée aux urgences par manque de compétences médicales internes ou de conseils de spécialistes. A l'exception des EHPAD à l'intérieur de l'hôpital qui ont des compétences médicales en gériatrie, des questions se posent sur la prise en charge des patients âgés au sein de l'hôpital ou des cliniques. Faut-il des filières spécialisées en gériatrie mais aussi à l'intérieur des services de médecine, des compétences en gériatrie pour une approche globale et polyvalente ? D'autres modèles de prise en charge sont à imaginer (par exemple, l'équipe mobile de spécialistes en gériatrie se déplaçant dans les services, les médecins spécialisés en gériatrie aux urgences pour aider à la réorientation, la possibilité d'hôtel hospitalier pour les résidents en attente d'une place en EHPAD pour éviter d'emboliser les lits de médecine, etc.)

- « *les EHPAD publics non hospitaliers souffrent autant que les EHPAD privés* » (professeur en gérontologie). Le cas médiatisé de ORPEA Koréan n'est pas unique face au manque de moyens financiers. Une reconnaissance sociétale du vieillissement plus large est nécessaire pour éviter la maltraitance institutionnelle. Les EHPAD doivent s'ouvrir à l'extérieur pour ne pas devenir des « *mouroirs et impulser une pulsion de vie* » (psychologue, EH3). Le maintien

à domicile doit être aussi soutenu avec des aides financières et organisationnelles auprès associations d'aide à domicile, une revalorisation des visites à domicile (médecin, infirmière, SOS médecin), une organisation du SAMU et des ambulances pour les déplacements médicaux. Il apparaît nécessaire de trouver des moyens à l'avenir pour mieux articuler le médical et le médico-social (par exemple, besoin de représentant institutionnel des EHPAD en cellule de crise). La situation des EHPAD pourrait être améliorée par des évolutions de l'ensemble du système de santé.

*** Limite de notre étude et mise en perspective**

Notre REX Covid dans les EHPAD de la région de l'Isère ne concerne que les structures associatives à but non lucratif et les structures hospitalières. Les résultats de recherche et d'études dans le secteur privé montrent des résultats similaires aux nôtres sur la dégradation des conditions de travail et les conflits éthiques liés à la gestion de la crise. 65 % des soignants estime avoir mis sa santé en danger, selon dans une enquête par questionnaire organisée par l'INRS-CARSAT (Pierrette, Cuny-Guerrier, 2021) : la charge mentale a augmenté avec des modifications des tâches pour les AS et les IDE, l'insuffisante reconnaissance des proches est citée pour les AS, ainsi que la participation aux protocoles et l'insuffisance de formation des collègues pour les IDEC. Le rapport retour d'expérience Covid-19 sur 140 EHPAD du réseau ANACT-ARACT a montré la nécessité de réorganiser le travail (espaces, activités en chambre/animations collectives) pour éviter la contamination par le virus et la forte implication de tous les personnels. Il est également noté le besoin d'améliorer l'attractivité dans le secteur et le mode de management participatif.

Notre étude montre que malgré l'intensité du travail, des formes de régulations collectives au sein de l'équipe de soignants, élargie aux professionnels transversaux (secrétaire, animatrice, psychologue, etc.) soutenues par l'implication de la direction a permis des réorganisations du travail, des ajustements en permanence pour faire face à l'imprévu et aux injonctions contradictoires. La vision médico-sociale portée par les EHPAD associatifs, non hospitaliers, apparaît comme une force pour porter des valeurs de prise en charge du résident et pour prendre soin des équipes dans les établissements.

Cependant notre étude comporte des biais, nous avons pu aller dans les EHPAD qui ont accepté de nous ouvrir leur porte pour faire les REX de terrain. Ceux-ci ont réussi à faire face à la crise avec des innovations organisationnelles et techniques qui constituent des apprentissages

durables : horaires de visite des familles, outils de communication avec les familles, réunions d'équipe, réseau de directeurs, management au plus près de la réalité, etc. Notre participation aux cellules de crise gériatrique au début de la pandémie et aux cellules de crise territoriales depuis plus de deux ans, nous a permis de voir les limites de notre recherche où certains EHPAD ont été laissés à l'abandon, avec des démissions des directions et de l'encadrement et des situations extrêmement coûteuses pour les salariés. Il ne faut pas oublier la réalité déjà dégradée des EHPAD avant la crise avec un manque de moyens financiers et humains pour faire fonctionner les établissements.

Conclusion

Cette crise de la Covid-19 a permis d'expérimenter des impensés – effectifs supplémentaires, renforts, équipe mobile, hotline, relation aux familles, solidarité dans l'équipe, réseau de directeurs – qui ont pu montrer que l'activité pouvait s'améliorer quand les moyens sont disponibles. Le retour à la normal avec la fatigue physique et mentale accumulée pendant cette crise peut être difficile à vivre pour les professionnels et leur encadrement. Des croyances que parfois un autre monde était possible laisseront des traces sur ce qu'il est souhaitable de faire et de rendre durable. Notre recherche montre qu'il est important de dépasser la situation RH catastrophique, d'avoir une stabilité de la direction et de l'encadrement, un collectif de travail et des innovations organisationnelles pour trouver des solutions face au mode dégradé.

Notre méthodologie mixte et qualitative combine 30 entretiens réalisés en face à face, avec des métiers représentatifs travaillant dans les EHPAD, 5 entretiens collectifs à différents moments de la crise, et le suivi de 54 cellules de crise territoriale durant plus de 2 ans, qui sont autant d'outils variés pour constituer un REX Covid des EHPAD dans le milieu associatif et hospitalier. Notre analyse s'est réalisée sur le département de l'Isère, qui a son propre contexte territorial avec une histoire constituée d'acteurs et une évolution épidémique propre (peu de décès au premier confinement, à la différence des régions de l'est de la France).

Les EHPAD apparaissent comme un lieu privilégié d'observation de la gestion de la pandémie du Covid-19. Ils ont pu amener à se poser des questions permettant d'anticiper des phases de la crise : qui vacciner en priorité ? comment avoir le consentement des personnes sur les tests ou la vaccination ? comment organiser la vaccination et le contrôle du pass sanitaire ? comment gérer les conflits éthiques dans l'activité dans une situation plus dégradée que d'habitude ? etc.

Le travail dans les EHPAD a été rendu visible grâce à la crise, révélant des manques de moyens humains et matériels, mais aussi une résilience organisationnelle dans les régulations inter-métiers, le soutien de la hiérarchie, la gestion des émotions avec les familles, les résidents et au sein des équipes de travail. La mobilisation des ressources individuelles et collectives dans l'activité apparaît comme des manières de « bien faire » son travail dans ce contexte de crise, où le sens au travail et la qualité du travail pouvaient être questionnés. Les effets du travail dégradé lié à la crise sanitaire Covid sur la santé au travail des soignants et de leur encadrement dans les EHPAD ne sont néanmoins pas à sous-estimer.

4. Bibliographie

ANACT (2022). Rapport retour d'expérience Covid-19 en Ehpad du réseau ANACT-ARACT, juin 2022

Pierrette, M., Cuny-Guerrier, A.. (2021). Santé perçue des aides-soignantes et des infirmiers des Ehpad privés au temps de Covid-19 (pp. 69-83). In Bobiller-Chaumon, M.E., Gangloff, B., Gilbert, P., Vontron, A.M. *Les incidences psycho-sociales et socio-organisationnelles de la crise sanitaire Covid sur le travail et la santé des salariés*. Paris : L'harmattan.

Al Joboory, S., Monello, F., Bouchard., J-P (2020). *Annales Medico-Psychologiques* 178, 747–753

Baronnier, M. & Arnold, C. (2021). Bouleversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpad. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 145, 119-129. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.145.0119>

Béroud, S., Nizzoli, C. & Noûs, C. (2021). Parler du travail en EHPAD pour mettre à distance la maltraitance. *Mots. Les langages du politique*, 126, 91-108. <https://doi.org/10.4000/mots.28523>

Bertrand, C., Laurent, M., Lecarpentier, E. (2020). Aide médicale urgente : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes : retour d'expérience d'une organisation innovante pendant la crise Covid-19. *Ann. Fr. Med. Urgence*. Volume 10, Numéro 4-5.

Botero, A., Berges, M., Clervoy M-L., Bertrand, C., Lecarpentier. (2020). Crise COVID-19 : Soins médico-psychologiques et EHPAD. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*;4(3): 213–215.

Bruno, B., Chevalier, P. (2014). Retour d'expérience en santé (REX) : comprendre et mettre en oeuvre . Saint-Denis : HAS.

Chovrelat-Péchoux, G. (2021). Covid-19 en Ehpad : quelle place pour les familles ?. *Gérontologie et société*, 43(164), 191-202. <https://doi.org/10.3917/gsl.164.0191>

DREES. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. N°64. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter64.pdf>

Drees. (2020). Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Numéro 1172

Dumez, H., Minvielle, E. (2020). Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise Covid 19 ? Une contribution des sciences de gestion. Palaiseau, École polytechnique, CNRS.

Frimousse, S., Peretti, J. & Swalhi, A. (2008). La diversité des formes de performance au travail : le rôle de la justice organisationnelle. *Management & Avenir*, 18, 117-132. <https://doi.org/10.3917/mav.018.0117>

Gil, R. (2020). Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. *Droit, Santé et Société*, 2, 27-34. <https://doi.org/10.3917/dsso.072.0027>

Hazif-Thomas,C., Tritschler Le Maître, M-H., Thomas, P. (2021). Après l'urgence sanitaire, réaffirmer le droit à la vie personnelle en EHPAD avec pour horizon le respect de la dignité des anciens et de leur famille. *Éthique et santé* 18 (2021) 23—31

Iborra, M., Fiat,C. (2018). *Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission d'information sur les établissements pour personnes âgées dépendantes*, commission des Affaires sociales, Assemblée nationale, n° 769,

Janiczek, M., d'Hoore, W. & Vas, A. (2012). Comprendre la justice organisationnelle en contexte de changement : une étude exploratoire en milieu hospitalier. *Question(s) de management*, , 97-115. <https://doi.org/10.3917/qdm.121.0097>

Wieder, C. (2020). Le syndrome de Glissement. *Topique*, 150, 85-96. <https://doi.org/10.3917/top.150.0087>

Annexe 1 : Différents métiers rencontrés dans un EHPAD

- Aide-soignante ⁴(AS) : Le rôle principal de l'aide-soignante en Ehpad est d'assister les personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne. Il s'agit d'assurer ainsi le bien-être et le confort du résident en l'aidant avec empathie et sympathie dans des tâches comme le lever, la toilette, l'habillage ou le coucher.
- Aide médico psychologique (AMP) : L'AMP par rapport à l'AS approfondi davantage ses actions dans le rôle d'un accompagnement et d'un soutien psycho-social tout en étant dans une démarche de soins. L'AMP est considéré comme un travailleur social.
- Auxiliaire de vie (AVS) : L'auxiliaire de vie aide à l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, concrètement elle exécute des tâches similaires à l'AS avec moins de qualification et un salaire moins élevé.
- Cadre de santé : La cadre de santé ne fait plus partie des soignants a proprement parlé. Son rôle est principalement d'organiser les soins, d'informer et communiquer à l'équipe soignante. Elle a un rôle de management.
- Directeur d'établissement : Il assure la gestion d'un établissement accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou totalement dépendantes. Il pilote aussi bien les enjeux médico-sociaux et humains de la structure que sa gestion administrative, financière et logistique.
- Infirmière (IDE) : L'infirmière s'occupe du maintien, de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des patients en leur prodiguant des soins.
- Médecin coordonnateur : Ses principales fonctions sont d'élaborer et mettre en œuvre le projet de soins de l'EHPAD, réaliser l'évaluation gériatrique du résident, donner son avis sur l'admission d'un résident, coordonner les interventions des différents

⁴ Nous avons choisi de féminiser les termes car le pourcentage des femmes avoisine les 90 % parmi les salariés travaillant en EHPAD.

intervenants, d'être en charge de l'animation de l'équipe soignante, de réaliser des prescriptions médicales dans certaines situations.