

Année 2019/2020

N°

## Thèse

Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
par

**Marine ROGER**

Née le 21 octobre 1989 à Chartres (28)

---

**Influence du confinement sur la relation entre les équipes soignantes  
des EHPAD et les proches du patient durant l'épidémie COVID-19.  
Du point de vue des équipes soignantes.**

---

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de Thèse :

Docteur Anne Sophie LEFAUCHEUR, Médecine générale, CH-Blois

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

**Pr Henri MARRET**

**ASSESEURS**

**Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie**

**Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales**

**Pr Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale**

**Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue**

**Pr Patrick VOUREC'H, Recherche**

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

**Mme Fanny BOBLETER**

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

**Pr Emile ARON (†) – 1962-1966**

**Directeur de l'École de Médecine - 1947-1962**

**Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972**

**Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994**

**Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004**

**Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014**

**PROFESSEURS EMERITES**

**Pr Daniel ALISON**

**Pr Philippe ARBEILLE**

**Pr Catherine BARTHELEMY**

**Pr Gilles BODY**

**Pr Jacques CHANDENIER**

**Pr Alain CHANTEPIE**

**Pr Pierre COSNAY**

**Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL Pr. Dominique GOGA**

**Pr Alain GOUDEAU**

**Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ Pr Gérard LORETTE**

**Pr Roland QUENTIN**

**Pr Elie SALIBA**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

**P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain .....	Médecine Générale
ROBERT Jean .....	Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine..... Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie

IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
BOREL Stéphanie .....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'École d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'École d'Orthoptie***

MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

### ***Pour l'Éthique Médicale***

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

## **SERMENT D'HIPPOCRATE :**

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
De mes chers condisciples  
Et selon la tradition d'Hippocrate,  
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
Ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
Les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
À corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
Je rendrai à leurs enfants  
L'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
Si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
Et méprisé de mes confrères  
Si j'y manque.

## Remerciements :

**A Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER**, je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail et surtout d'avoir bien voulu présider ce jury. Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de l'intérêt que vous avez pu porter à ce travail et vous prie de croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**, je vous exprime ma gratitude d'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse, je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les plus distingués.

**A Monsieur le Professeur Bertrand FOUGERE**, je vous remercie d'avoir accepté de faire l'honneur de votre présence dans ce jury de thèse, je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

**A Madame le Docteur Anne Sophie LEFAUCHEUR**, sans qui tout ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Tu m'as accompagnée, écoutée et soutenue avec toute cette douceur, cette bonne humeur, cette bienveillance et cette rigueur dans le travail qui te caractérise. Je n'aurai rêvé mieux comme directrice de thèse, je suis très honorée que tu aies accepté ce rôle. J'ai beaucoup appris à tes côtés sur le plan professionnel mais également sur le plan humain. Ton amitié m'est précieuse.

**A Monsieur le Docteur Godefroy HIRSCH**, travailler auprès de vous fut une vraie chance. Cela m'a permis de redécouvrir le terme prendre « soin » du patient, dans une dimension globale, pluridisciplinaire tout en s'adaptant à la singularité de chacun. Vous avez cette faculté de transmettre cette passion qui vous anime pour faire ressortir le meilleur de nous. Un grand merci pour tout cela.

**A Madame Le Docteur Caroline CHICK**, travailler avec vous fut un plaisir, merci pour vos conseils et votre écoute attentive qui m'ont permis de réaliser mes premiers pas en tant que médecin généraliste en toute sérénité.

**A l'ensemble des membres de l'Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs du Loir-et-Cher (EADSP 41), Alexia, Christelle, Héroïse, Laurent, Stéphanie et à Christelle de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs 37**, merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant, pour votre écoute et vos conseils si précieux qui m'ont permis de me construire en tant que médecin.

**A l'ensemble de mes maitres de stage, médecins, internes, infirmières, sages-femmes, aides-soignants, psychologues et secrétaires rencontrés durant mes stages,** merci de m'avoir accueillie et tant apporté par le travail à vos côtés.

**A mes parents,** merci à vous d'avoir été d'un soutien sans faille durant toutes ces années d'études et d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Sachez que je suis fière d'être votre fille.

**A mes frères Benjamin et Lucas, à ma belle-sœur Emma et à mon neveu Gaspard,** merci pour votre joie, votre présence indéfectible à mes côtés. Je suis fière que vous soyez les témoins de ce travail.

**A Antoine,** mon mari, mon pilier, mon confident, mon complice, mon amour. Tu as tout fait pour me faciliter la réalisation de ce travail en t'investissant également dedans. Merci de m'apporter tant de bonheur depuis toutes ces années et tant d'autres à venir.

**A la famille d'Antoine, mes beaux-parents et mes belles sœurs,** merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

**A mes grands-parents, Monique et Jacques et au reste de ma famille,** merci pour votre soutien.

**A la mémoire de mes grands-parents, Georges et Monique,** j'aurai aimé partager cet instant avec vous, j'espère que vous êtes fiers de votre petite fille.

**A Maëlle,** merci pour toutes ces années d'amitié qui ont rendu ces années d'études plus belles et surtout beaucoup plus drôles.

**A Fanny,** pour ton soutien sans faille, pour ton amitié qui m'est si chère, un grand merci.

**A mes amis, Anaïs, Alix, Helene, Marion, Maïté, Nicolas et à la team gynéco, Céline, Claire, Claire et Lucile,** merci pour tous nos moments de rire, merci d'être présents dans ma vie.

**A tous ceux que je n'ai pas cités.**

## Résumé :

Contexte : En France, en réponse à la propagation de l'épidémie de COVID-19 début 2020, un confinement a été mis en place impliquant une restriction des contacts humains et des déplacements au strict nécessaire. Les EHPAD ont connu durant cette période une réorganisation majeure du fait de la fragilité des personnes âgées qu'ils ont en charge. Dans les EHPAD, la relation triangulaire entre soignants, proches et patients, est un facteur déterminant dans la prise en soin de ces derniers.

Objectif : Explorer l'influence du confinement lors de l'épidémie de COVID-19 sur la relation entre les équipes soignantes des EHPAD et les proches des résidents.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 14 professionnels des équipes soignantes de quatre EHPAD du Loir- et-Cher en Juin 2020. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique de contenu avec émergence d'une théorie.

Résultats : Le lien entre les équipes soignantes et les familles a été particulièrement impacté par le confinement. Les modalités de communication avec les familles ont changé (exemple de la visiotéléphonie). Une réorganisation majeure des équipes soignantes a été mise en place pour faire face à ce virus inconnu (nouveaux protocoles sanitaires, changement de fonctions, charge de travail plus importante et amplification des collaborations). Un renforcement de la relation de confiance a été perçu, avec une reconnaissance accrue des familles envers le travail des soignants. Cela a fait soutien aux équipes durant cette période difficile pour eux. De nombreux facteurs ont modifié la relation avec les proches des résidents avec une influence plus ou moins forte et plus ou moins positive : compréhension par les familles des mesures barrières, cohésion des équipes, charge de travail, image véhiculée par les médias, crainte d'une judiciarisation. Le doute subsistait sur la poursuite de cette reconnaissance dans le temps.

Conclusion : Cette période a renforcé le lien entre les proches du patient et les équipes soignantes mais avec certaines limites. Il sera intéressant d'étudier l'évolution de ce lien dans le temps et ce qui aurait pu être amélioré durant cette gestion de crise.

Mots clés : EHPAD, proches du patient, équipe soignante, COVID-19, relation

## **Abstract :**

Context: In France, in response to the spread of the Covid-19 epidemic in early 2020, a population containment was instated, which restricted human contact and travel to the absolute minimum. During this period, nursing homes saw major reorganisation given the frailty of the older people in their charge. In nursing homes, the triangular relationship between care providers, families and patients is a decisive factor in caring for the last group.

Objective: To explore the influence of the population containment during the Covid-19 epidemic on the relationship between nursing home staff and the families of residents.

Method: Qualitative survey by semi-directed interviews with 14 care providers from four nursing homes in Loir-et-Cher in June 2020. Recording of the interviews, complete transcription and thematic analysis of the content with development of a theory.

Results: The relationship between the care teams and families was particularly impacted by the lockdown. The methods of communicating with the families changed (for example the videotelephony). Major reorganisation of the care teams was enacted in order to tackle this unknown virus (new healthcare protocols, new functions, an increased workload, and amplification of cooperation). A strengthening of the relationship of trust was observed, with increased recognition from the families for the work that the care providers. That made support for the teams during a difficult period. Many factors that may have influenced the relationship with the families of residents, with a more or less marked and a more or less positive influence: families' understanding of infection prevention measures, cohesion of the teams, workload, image portrayed by the media, fear of increased litigation. Doubts remained concerning the continuation of this recognition in the future.

Conclusion: This period has strengthened the relationship between the families of patients and the care teams but with certain limits. It will be interesting to study how this relationship evolves in the future and what could have been improved during this crisis management.

Keywords: Nursing home, patient families, care providers, COVID-19, relationship

## **Liste des abréviations :**

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

**COVID 19** : Corona Virus Disease 2019

**SARS-CoV-2** : Severe Acute Respiratory Syndrome- Related Coronavirus

**IDE** : Infirmière Diplômée d'État

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

# Table des matières

<b>I. Introduction :</b>	<b>14</b>
<b>II. Méthode :</b>	<b>17</b>
1. Choix de la méthode :	17
2. Population étudiée :	17
3. Recueil des données :	18
4. Analyse des données :	18
<b>III. Résultats :</b>	<b>19</b>
1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens :	19
2. Analyse thématique :	20
3. La communication avec les proches durant le confinement :	20
3.1 Les modalités de communication pour informer les proches :	20
3.2 Une communication indispensable aux proches :	23
4. Réorganisation des équipes soignantes :	24
4.1 Des absences dans les équipes qui se sont faites sentir :	24
4.2 Du renfort durant le confinement :	25
4.3 Une redistribution des fonctions :	25
4.4 De nouveaux protocoles sanitaires :	26
4.5 Une implication de toute l'équipe soignante :	26
5. Modification du regard des soignants sur les proches :	28
5.1 Une période révélatrice de certains aspects de la personnalité des proches :	28
5.2 Une peur de la judiciarisation de certains proches :	29
5.3 Une meilleure compréhension des proches :	30
5.4 Une valorisation des proches par les équipes :	31
5.5 Des équipes qui essaient de ne pas juger certains proches :	31
5.6 Des proches pouvant être perçus comme un potentiel danger :	32
5.7 Une modification du regard sur les familles à long terme ?	33
6. Modification du regard des proches sur les équipes soignantes :	33
6.1 Une reconnaissance accrue des proches envers les soignants :	33
6.2 Une valorisation de l'image des soignants :	34
6.3 Un lien de confiance entre proches et équipe soignante renforcé :	35
6.4 Les limites dans le renforcement du lien entre proches et équipes soignantes :	36
6.5 Et ce lien dans le temps ?	39
7. Modification du lien entre les proches et les soignants :	39
7.1 Une modification des personnes impliquées dans ce lien :	39
7.2 Un lien avec les proches renforcé durant cette période de confinement :	40
7.3 Des éléments de tensions qui ont fragilisé le lien avec les proches :	43
7.4 Les limitations du lien avec les proches :	46
7.5 Des soignants qui ont fait relai des proches auprès des patients :	49
7.6 L'évolution de ce lien dans le futur :	50
8. La particularité de la fin de vie :	50
8.1 Impact du confinement sur la fin de vie :	50
8.2 Des équipes qui se sont adaptées à la fin de vie durant le confinement :	51
8.3 Reconnaissance des proches pour l'adaptation des mesures pour la fin de vie :	51
8.4 Les modalités d'inhumations perturbées :	51
8.5 Des deuils compliqués pour les proches :	52
8.6 Des soignants qui ont accompagné les fins de vie :	52
8.7 Les équipes marquées par les décès durant le confinement :	52

8.8	Appréhension de revoir les proches des patients décédés : .....	53
<b>9.</b>	<b>Des soignants fortement marqués par cette période : .....</b>	<b>53</b>
9.1	Impact sur les équipes : .....	53
9.2	Le caractère exceptionnel de cette période : .....	56
9.3	Appréhension d'une reprise épidémique : .....	56
9.4	SARS-CoV 2 : un virus qui fait peur : .....	56
9.5	Un regain de sens de la fonction de soignant durant cette période : .....	57
<b>10.</b>	<b>Figure 9 récapitulative : .....</b>	<b>58</b>
<b>IV.</b>	<b>Discussion : .....</b>	<b>59</b>
<b>1.</b>	<b>A propos de la méthode : .....</b>	<b>59</b>
<b>2.</b>	<b>A propos des résultats : .....</b>	<b>60</b>
2.1	La communication avec les proches durant le confinement : .....	60
2.2	Réorganisation des équipes soignantes : .....	61
2.3	Modification du regard des soignants sur les proches : .....	61
2.4	Modification du regard des proches sur les équipes soignantes : .....	62
2.5	Modification du lien entre les proches et les soignants : .....	62
2.6	La particularité de la fin de vie : .....	63
2.7	Des soignants fortement marqués par cette période : .....	63
<b>V.</b>	<b>Conclusion : .....</b>	<b>65</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie : .....</b>	<b>67</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes : .....</b>	<b>70</b>
<b>3.</b>	<b>Annexe 1 : Mail aux EHPAD expliquant les modalités des entretiens : .....</b>	<b>70</b>
<b>4.</b>	<b>Annexe 2 : Guide d'entretien : .....</b>	<b>71</b>

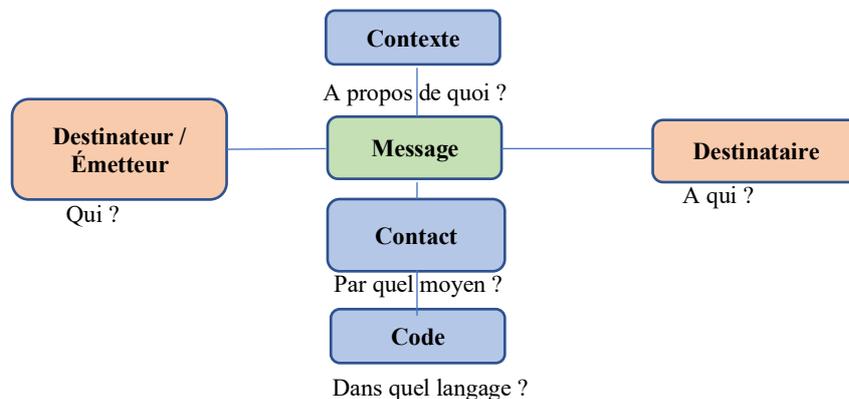
# I. Introduction :

Les EHPAD depuis de nombreuses années permettent d'accompagner des personnes âgées dépendantes. Pour que cet accompagnement soit efficient, les équipes soignantes doivent s'adapter à la singularité de chaque résident qui comprend sa maladie, ses déficits mais également sa personnalité et plus largement son environnement familial et ses proches (1).

Cette relation triangulaire entre l'équipe soignante de l'EHPAD, le résident et ses proches est difficile à appréhender car singulière. Pour pouvoir l'étudier il nous est nécessaire de passer de cette singularité à une vision plus large, plus collective de l'environnement familial en EHPAD. Ce lien entre l'équipe soignante et les proches est majeur dans la prise en charge du patient, et ce dernier est grandement influencé par la communication entre les différentes parties. (1-6)

L'analyse d'une communication et d'une relation avec un patient ou un membre de sa famille est complexe car basée sur des éléments subjectifs.

La communication permet de mettre en forme un message puis de le transmettre à un destinataire avec plus ou moins un échange voire un partage avec celui-ci. Jakobson l'a schématisé ainsi (7) :



**Figure 1 : Schéma de Jakobson sur la communication**

La relation implique une communication pour adresser des messages entre deux ou des individus (8). Dans la formation initiale en médecine générale cette compétence relationnelle est évaluée suivant plusieurs déterminants : la capacité à gérer ses émotions et à rester empathique, la mise en place d'une relation de soutien, le questionnement sur les éléments pouvant faire obstacle, l'acceptation d'une éventuelle remise en cause par le patient ou son

entourage, l'optimisation de la relation en faisant intervenir dans celle-ci des acteurs médicaux et médicosociaux (9).

Début 2020, nous avons été touchés par l'épidémie de COVID-19. Un communiqué de presse datant du 11 mars 2020 a suspendu l'intégralité des visites extérieures au sein des EHPAD (10) afin de protéger les personnes les plus vulnérables. Pour prévenir la propagation du virus SARS-CoV-2, le décret 2020-2060 du 16 mars 2020 (11), a interdit sur le territoire français les déplacements de toute personne hors de son domicile. Quelques exceptions n'ont pas été concernées par cette interdiction : les déplacements professionnels ne pouvant être différés, les achats de première nécessité, les déplacements pour raison de santé ou pour motif familial impérieux et les déplacements brefs pour des activités physiques notamment.

Ces mesures de protections ont été renforcées lors d'une conférence de presse le samedi 28 mars 2020 par le ministre de la santé qui a demandé aux EHPAD de se préparer à un isolement individuel de chaque résident dans les chambres (12). Ces décisions ont été prises car les personnes âgées constituent une cible à très haut risque du COVID-19 en raison de leur morbidité (13,14) et afin de ralentir la propagation du virus.

Cela était un vrai défi pour ses structures et leurs équipes de s'adapter quotidiennement au niveau organisationnel, en appliquant des mesures de protection face à cette épidémie. Ces mesures allaient parfois à l'encontre des valeurs qu'elles portent habituellement. Leur créativité a permis de contrebalancer la frustration et parfois la colère que ces mesures ont pu engendrer.

La visée actuelle des EHPAD est d'intégrer le plus et le mieux possible les familles dans la vie de l'établissement (15). L'interdiction de visites quasiment totale va à l'encontre de cette vision et a pu être vécue par les familles de façon assez douloureuse voire même avec un vécu d'abandon. Les établissements ont dû mettre en place de nouvelles modalités de communication avec les familles qui devaient être individualisées selon chaque personne (16). Ce lien, conservé sous de multiples modalités en fonction des structures, a pu permettre aux familles notamment d'anticiper des évolutions défavorables concernant l'état de santé des patients dans ce contexte si particulier et ainsi de diminuer sa brutalité.

Cet épisode épidémique majeur possède un caractère exceptionnel mais le confinement en EHPAD lors d'épisodes d'épidémies saisonnières type grippe, gastroentérite aigue ou gale

n'est pas si rare que cela (17). Sans oublier que le risque de nouvelles épidémies à des échelles différentes reste non négligeable (18–21).

Le but de cette étude était d'observer l'influence du confinement sur la relation entre l'équipe soignante d'un EHPAD et les proches du résident. Notre travail portait sur la période allant du 11 mars au 11 mai 2020, période dans laquelle les visites en EHPAD n'étaient plus autorisées et où les liens avec les familles ont été le plus perturbés.

## **II. Méthode :**

### **1. Choix de la méthode :**

Une enquête qualitative descriptive a été menée par entretiens individuels semi-dirigés.

### **2. Population étudiée :**

Le critère d'inclusion des participants était d'être membre de l'équipe soignante d'un EHPAD du Loir-et-Cher (41) : médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices, infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier, psychologues et animatrices.

Les critères d'exclusion étaient le refus de participer à l'étude et n'avoir pas travaillé durant la période du confinement

Le recrutement s'est fait par téléphone auprès des directions des EHPAD et des médecins coordonnateurs.

Lors du premier contact téléphonique, la demande était de réaliser des entretiens de membres volontaires de leur équipe soignante afin de les interroger sur les effets du confinement dans les EHPAD sans leur préciser la question de recherche exacte. Dans la suite de cet échange téléphonique, un mail leur était envoyé afin de leur transmettre une fiche descriptive écrite les informant des modalités des entretiens au sein de leur EHPAD (annexe 1).

La réalisation de l'échantillonnage raisonné a été fait selon les critères suivants : l'âge, le sexe, la fonction dans l'EHPAD, l'ancienneté dans la structure et la présence de personne probable ou confirmé COVID-19 dans la structure (personnel soignant ou patient).

L'ensemble des entretiens se sont déroulés dans la structure où le participant exerçait sa fonction afin de faciliter les rencontres. Du fait du contexte épidémique durant l'étude, des mesures de protection ont été appliquées : respect des consignes sanitaires de l'EHPAD concerné, port du masque par le participant et l'enquêteur et distanciation physique.

Dans la mesure où le questionnaire d'entretien et le recueil d'information étaient complètement anonymes et qu'ils ne collectaient aucune donnée permettant de remonter à l'identité des personnes, la déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) n'était pas nécessaire. Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas utile, étant une étude non interventionnelle, sortant du cadre de la loi Jardé.

### **3. Recueil des données :**

Un guide d'entretien évolutif a été rédigé (annexe 2) dans l'objectif de répondre à la question posée. Il débutait par une question dite « brise-glace » afin de se mettre plus facilement dans la situation, en évoquant une situation marquante pour le participant ayant pour problématique la relation avec les proches d'un patient durant le confinement.

Les questions suivantes exploraient les modalités et le vécu de la relation avec la famille des résidents durant et avant le confinement, les facteurs limitants et facilitants de la relation durant le confinement, la perception d'un changement de la vision ou du contenu du discours des proches durant le confinement et pour finir leur avis sur un éventuel changement dans la relation qu'ils ont avec les proches à la suite du confinement.

Une retranscription complète écrite des entretiens a été faite à partir des enregistrements audios sous Word. L'anonymat des verbatims a été respecté en attribuant un numéro à chaque entretien lors de la rédaction des résultats.

### **4. Analyse des données :**

A partir des verbatim, une analyse des données par théorisation ancrée a été réalisée. Le codage et l'interprétation ont été supervisés par la directrice de thèse, sans réel double codage. Des thèmes ont émergé de cette analyse avec des sous-thèmes permettant l'apparition d'une théorie et l'intégration dans un arbre thématique.

### III. Résultats :

#### 1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens :

La population étudiée était constituée de 14 personnes exerçant dans 4 EHPAD du Loir-et-Cher, 3 hommes et 11 femmes. Il y avait 2 médecins coordonnateurs, 2 Infirmières Diplômées d'État (IDE) coordinatrices, 2 psychologues, 2 animatrices, 2 aides-soignantes, 2 IDE, 1 gouvernante responsable de vie sociale et 1 Aide Médico-Psychologique (AMP). L'ancienneté dans la structure allait de 3 mois à 32 ans et leur âge de 25 à 72 ans. 5 participants travaillaient dans des structures ayant présenté des situations COVID.

La durée moyenne des entretiens individuels était de 36 minutes (en excluant la présentation du travail de recherche).

Les 14 entretiens ont été réalisés entre mai et juin 2020.

Les caractéristiques de la population explorée figurent dans le tableau 1.

Participant	Sexe	Fonction	Ancienneté dans la structure	Age	Situations COVID dans l'EHPAD	Durée entretien
1	M	Médecin coordonnateur	10 ans	50	Non	28 minutes
2	M	Médecin coordonnateur	5 ans	72	Oui	33 minutes
3	F	Aide-soignante Référente hygiène	17 ans	52	Oui	39 minutes
4	F	IDE	14 ans	57	Oui	24 minutes
5	F	Animatrice et assistante de soin en gériatrie	10 ans	36	Oui	40 minutes
6	F	Aide-soignante	8 ans	37	Oui	29 minutes
7	F	IDE et référente pavillon	2 ans	25	Non	47 minutes
8	F	Gouvernante et responsable de vie sociale	32 ans	50	Non	51 minutes
9	F	Infirmière coordinatrice	3 mois	34	Non	26 minutes
10	M	Psychologue clinicien	14 ans	41	Non	48 minutes
11	F	Animatrice	27 ans	53	Non	33 minutes
12	F	Infirmière coordinatrice et IDE	14 ans	48	Non	37 minutes
13	F	Aide médico-psychologique	15 ans	47	Non	27 minutes
14	F	Psychologue gériatrique	12 ans	37	Non	33 minutes

**Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.**

## 2. Analyse thématique :

Les résultats permettaient d'identifier plusieurs grands thèmes : la communication avec les proches, la réorganisation des équipes soignantes, la modification du regard des soignants sur les proches, la modification du regard des proches sur les équipes soignantes, la modification du lien entre les proches et les soignants, la particularité de la fin de vie et enfin des équipes marquées par cette période.



Figure 2 : Les thèmes issus de l'analyse thématique

## 3. La communication avec les proches durant le confinement :

### 3.1 Les modalités de communication pour informer les proches :

#### - *Par les médias :*

Il était rapporté que la situation épidémique bénéficiait d'une couverture médiatique très importante, ce qui était une source importante d'informations aux familles :

*P12 : « la situation, tellement médiatisée, à aider à ce que les gens comprennent une partie. »*

- **Par la direction de la structure :**

Certains participants décrivaient l'information aux familles provenant de la direction :

*P2 : « il a fait des courriers quotidiennement voir tous les deux jours à toutes les familles pour leur expliquer tout ce qu'il se passait, les décès, pourquoi il prenait telle décision. »*

- **Entre les équipes soignantes et les proches :**

Les soignants présentaient différentes modalités de communication qui ont été mises en avant durant le confinement entre les proches, les résidents et eux-mêmes. Elles étaient présentées, pour les unes comme nouvelles, pour certaines comme potentialisées et pour d'autres comme supprimées.

○ **Une gazette :**

*P1 : « on a « Familéo » qui est le journal des familles », P1 : « c'était déjà un petit peu en place avant, c'était depuis septembre en place et là, ça a été génial »*

○ **Des mails :**

*P5 : « on avait créé une adresse mail pour les familles, pour qu'elles puissent envoyer des photos, des messages »*

○ **Le téléphone :**

*P8 : « beaucoup de téléphone forcément »*

○ **Le site internet de la structure :**

*P8 : « Le site internet pas plus que ça avant. Il était à jour voilà, quelqu'un qui cherche une maison de retraite : les infos de base. Tandis que là, là il a fallu le tenir. Parce qu'il y a des gens qui n'utilisaient que ça quoi. »*

○ **Les visites :**

Les participants ont tous rapporté que les visites n'étaient pas autorisées durant le confinement hormis pour les situations de fin de vie. Des alternatives ont été mises en place notamment les visites aux fenêtres.

*P3 : « C'est par l'extérieur, par les fenêtres donc, il fallait placer le lit »*

○ **La visiotéléphonie :**

Ils présentaient la visiotéléphonie comme ayant pris une place très importante durant le confinement dans la totalité des structures.

*P4 : « L'animatrice faisait Skype avec les familles, donc ça, c'était énorme »*

*P7 : « on a beaucoup fonctionné avec les Skype. »*

Elle était décrite comme permettant de maintenir un lien entre la famille, le patient et les équipes soignantes même lorsque le patient présentait certaines déficiences.

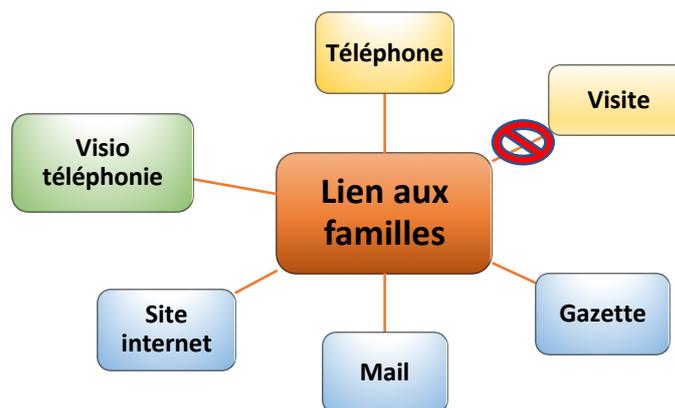
*P10 : « ça avait permis de créer des liens. Même pour des personnes qui ont des troubles intellectuels, troubles démentiels ou troubles neurocognitifs majeurs. Euh, d'intensité, on va dire modérée. Qui permettait du coup, malgré tout, dans l'instant, d'avoir un moment affectif, chaleureux. »*

Il a été rapporté que beaucoup de familles ont été intéressées par ce moyen de communication.

*P7 : « ça il y a pas mal de familles qui ont pu en profiter »*

Les participants ont mis en avant le fait que les patients pour la plupart ont validé cette nouvelle modalité de communication.

*P3 : « ça leur faisait drôle au départ, mais après ils ont vite pris l'habitude d'entendre leurs proches, de les voir et ça, ça été vachement important »*



**Figure 3 : les différentes modalités de lien aux proches**

- ***Des modalités nouvelles par rapport à celles habituellement en place :***

Avant cette période de confinement le lien aux familles le plus souvent rapporté par les participants était le téléphone et le présentiel.

*P14 : « Et par téléphone aussi hein, euh... Ça marche aussi euh... Oui en présentiel. Mais aussi par téléphone, les deux hein. »*

La plupart des personnes interrogées étaient d'accord pour dire que cet épisode épidémique a limité voire interdit le contact physique durant la période de confinement et qu'il avait donc fallu créer de nouvelles modalités de liens aux familles.

*P8 : « tous ces outils qui se sont développés où maintenant tout le monde l'utilise en fait. On s'adapte. On s'adapte. Et c'est souvent en cas de crise, que du coup, on remet un petit peu à jour certaines choses. Ça fait avancer tout le monde »*

3.2 *Une communication indispensable aux proches :*

- ***Nécessité d'une information régulière aux proches :***

Les participants dans la grande majorité ont trouvé que l'information et la communication avec les familles étaient nécessaires.

*P4 : « C'est le minimum quoi, la communication, il ne leur reste plus que ça »*

*P14 : « de rassurer de surtout pas couper le lien quoi. Enfin...c'est la communication. »*

Il a été mis en avant qu'une communication efficiente aux familles facilitait le lien de confiance et donc la prise en charge du patient.

*P14 : « ça me conforte dans l'idée qui faut vraiment être dans le lien aux familles et, et virus ou pas virus quoi. C'est euh... C'est, c'est, pour avoir ensuite la confiance des familles, voilà. Et ça passe par cette communication, cette transparence. »*

Un participant a tout de même évoqué une limite de la réassurance avec une communication régulière.

*P9 : « c'était bien, mais je pense que ça ne suffit pas. »*

- ***Une communication sous contrôle :***

Des soignants rapportaient la difficulté d'être dans le lien aux familles sans pouvoir être totalement transparent sur la situation épidémique de la structure.

*P3 : « J'étais mal parce que je savais que j'allais pas pouvoir répondre tout ce que j'aurai pu dire »*

*P5 : « il essayait de poser des questions et je lui disais que moi, je n'étais pas en droit de lui répondre. Mais il argumentait toujours pour essayer d'en savoir plus. »*

Des participants ont notamment évoqué une sélection d'informations à transmettre aux familles pour ne pas les inquiéter.

*P9 : « De limiter peut-être les informations qu'on pourrait avoir sur une famille [...] c'est peut-être pas nécessaire de véhiculer ce genre de message. Enfin il vaut mieux rester sur quelque chose de positif en fait. »*

**4. Réorganisation des équipes soignantes :**

**4.1 Des absences dans les équipes qui se sont faites sentir :**

- ***Une charge de travail plus importante :***

La majorité des participants a soulevé le fait que le confinement a majoré leur quantité de travail.

*P5 : « j'avais à peine dix minutes pour manger parce que j'aidais un peu partout »*

*P4 : « on a fait des journées de quinze heures quoi, à ne pas s'arrêter. »*

- ***Un manque d'effectif dans les équipes :***

Les absences dans les équipes étaient compliquées à gérer pour le reste de l'équipe soignante.

*P3 : « Il y avait un manque de coordination par un moment parce qu'il y avait beaucoup de personnel qui n'était pas là »*

#### 4.2 Du renfort durant le confinement :

##### **- Perception mitigée de l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) :**

L'intervention de l'HAD a été mitigée pour les participants qui évoquaient un sentiment de dépossession des patients avec une coordination compliquée.

*P4 : « moi je me suis sentie un peu dépossédée en fait des résidents. Ça m'a fait bizarre. Parce que c'est nos résidents quand même »*

*P4 : « Et on avait du mal à avoir toutes les infos »*

##### **- Des recrutements durant le confinement :**

L'arrivée de nouveaux soignants dans la structure étaient pour les soignants à la fois un soulagement mais aussi une source d'inquiétude.

*P3 : « quand elle est arrivée, je me rappelle, j'ai cru que j'allais... explosé quoi... parce que moi j'en avait vraiment besoin »*

*P1 : « cette passation qui a été un peu l'élément supplémentaire en me disant « si c'est à ce moment-là qu'on a notre premier cas... » »*

#### 4.3 Une redistribution des fonctions :

Pour la majorité des participants cette redistribution de fonction avec l'attribution de nouveaux rôles, a été compliquée à gérer.

*P10 : « il fallait utiliser d'autres personnels. Et notamment l'animatrice. Qui est devenu un peu lingère, et un peu... un peu agent de service hôtelier. »*

*P8 : « comment on fait ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Est ce qu'on a le droit ? Est ce qu'on n'a pas le droit ? »*

Certains soignant ont mis du temps à retrouver un équilibre dans ses nouvelles fonctions.

*P14 : « Au départ, il a fallu que je retrouve du sens à ma pratique. J'avais perdu le sens de ma pratique »*

#### 4.4 De nouveaux protocoles sanitaires :

##### - **Créations de secteur COVID :**

Un isolement mal vécu à la fois par les patients et par les équipes a été rapporté.

*P3 : « c'était difficile de ne plus les voir, il y avait un manque, et pour eux aussi, je pense. »*

##### - **De nouveaux protocoles de soins difficiles à appliquer :**

###### o **Le manque de formation :**

*P3 : « je n'ai pas eu une formation non plus avec ce genre de choses. »*

*P3 : « Je me suis informée sur internet avec les sites qu'il faut »*

###### o **Des protocoles pas adaptés aux EHPAD :**

*P4 : « se débrouiller avec les protocoles, quelque chose qu'on ne connaissait pas. On n'est pas non plus un service d'infectiologie en hôpital »*

###### o **Un matériel de protection perturbant pour certains soignants :**

*P10 : « comme je disais « on me déguisait », donc c'était compliqué de savoir qui j'étais »*

###### o **Un manque de matériel :**

*P5 : « au début on avait pas les protections nécessaires »*

###### o **Un rôle de surveillant déstabilisant :**

*P9 : « on leur laisse l'intimité. Mais avoir un petit regard et de voir qu'il y a besoin de rappeler que non, on porte le masque. »*

#### 4.5 Une implication de toute l'équipe soignante :

##### - **Une équipe pluridisciplinaire complémentaire :**

Une forte mobilisation de toute l'équipe soignante a été constatée avec un rôle complémentaire de chaque fonction.

*P14 : « il y a une mobilisation incroyable des collègues soignants »*

P3 : « On a un rôle aussi important. Je pense qu'on est une structure entière et tout le monde a son rôle à accorder »

- **Une direction qui a fait soutien aux équipes :**

L'implication de la direction a été rapportée notamment dans le lien aux familles.

P12 : « On s'est beaucoup retranché derrière la, la direction. Surtout au niveau des, des réponses des familles »

La direction selon certains participants a reconnu le travail des équipes soignantes.

P7 : « notre travail était reconnu, que ce soit par la direction : parce qu'il y avait aussi des cadeaux de la direction »

- **Une solidarité renforcée des équipes :**

Une plus grande cohésion des équipes a été rapportée avec plus de communication.

P6 : « C'est la solidarité, l'esprit d'équipe. Et ça, ça s'est ressenti pendant tout le long du COVID. »

P8 : « on a gardé quand même beaucoup beaucoup de communication les uns avec les autres pour créer une unité »

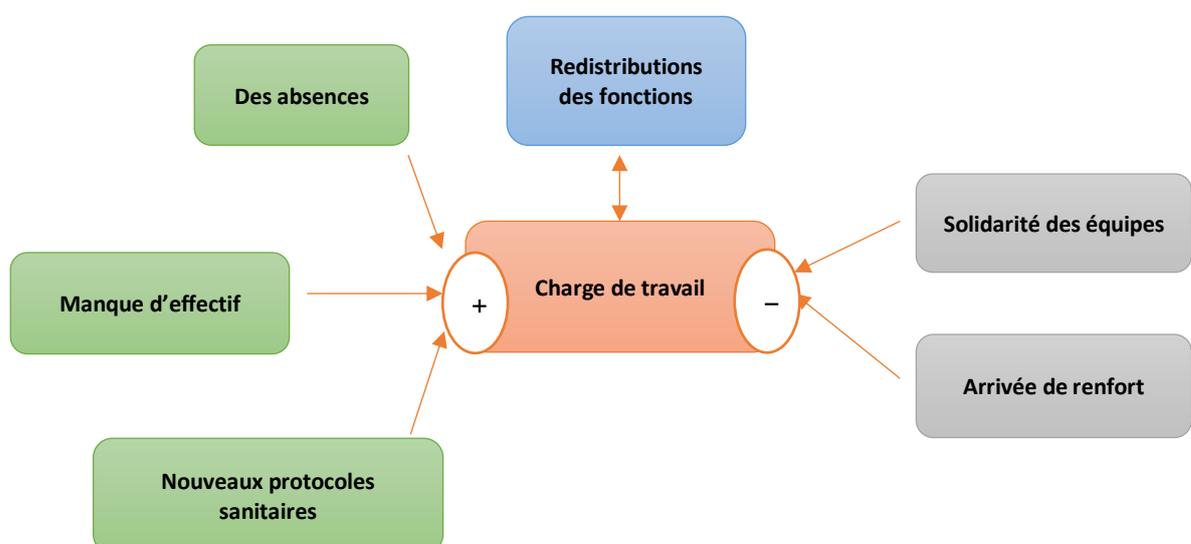


Figure 4 : Les facteurs influençant la charge de travail des équipes

## **5. Modification du regard des soignants sur les proches :**

### **5.1 Une période révélatrice de certains aspects de la personnalité des proches :**

#### ***- Un soutien des proches surprenant pour les équipes :***

Les équipes ont été surprises par la reconnaissance et le soutien des familles.

*P12 : « une famille qui nous a surprise, en nous envoyant un petit mot par courrier avec... [...]*

*Des gens, pour lesquels d'habitude, on a des relations pas terribles. »*

#### ***- Des soignants qui ont appris à découvrir les proches :***

Certains soignants qui n'étaient pas forcément au contact des familles, ont, du fait du confinement et de leurs nouvelles fonctions, pu l'être.

*P8 : « j'ai pu du coup, découvrir beaucoup de familles. Et ça, c'est très agréable, c'est vraiment très agréable »*

*P9 : « Voilà ce que on a vécu a fait que je suis vraiment rentrée en contact avec les familles »*

#### ***- Des réactions des proches qui ont pu décevoir les équipes :***

Cette période pour certains participants a révélé des positionnements chez les proches qu'ils ne se doutaient pas et qui pouvaient entraîner des tensions.

##### ***o Un changement de comportement de certains proches :***

*P9 : « ça nous a permis de révéler, voilà des caractères, des traits de caractère. »*

*P11 : « jamais j'aurai cru qu'elles seraient... qu'ils seraient comme ça. Ils étaient très gentils, vraiment très gentils. Et puis de les voir changer du tout au tout, comme ça, quand on si... je m'y attendais pas du tout. Maintenant, je les regarderai pas comme... je les regarderai plus de la même manière que je les regardais avant. Ça sera... je leur parlerai comme je leur parlais avant »*

##### ***o Des proches envahissants :***

*P5 : « ça n'arrêtait pas, dès de bonne heure le matin : les familles harcelaient au téléphone les infirmières, et même plusieurs fois par jour »*

○ **Des proches qui ne pensaient pas forcément aux autres :**

P5 : « ça prenait la place peut être d'autres familles qui auraient pu appeler à cette heure-là »

○ **Des retours négatifs de certaines proches :**

P6 : « ça a été un retour négatif, le seul, mais qui a fait mal quand même. Parce qu'on se dit, on fait bien notre travail, et au final... on a déçu quoi. Alors qu'on n'a rien fait pour décevoir. »

○ **Une intransigeance de certaines proches :**

P12 : « les gens préfèrent se priver de voir leurs parents. Parce que c'est pas comme avant. »

○ **Un manque de reconnaissance du travail des équipes :**

P11 : « c'est vrai qu'il y a des familles qui pourraient se mettre un peu à notre place. Qui pourraient comprendre, comprendre les choses. »

- **Des proches qui se sont révélés indispensables à la prise en charge du patient :**

Les soignants ont mis en avant la reconnaissance de l'importance du rôle des familles auprès de patient.

P5 : « on se rend compte de l'importance de la famille »

P9 : « finalement dans la prise en soin du résident globale : son entourage il est là. »

5.2 Une peur de la judiciarisation de certains proches :

- **Des familles menaçant d'avoir recours aux instances supérieures :**

Les participants ont évoqué un recours de certaines familles aux plaintes avec l'intervention des instances supérieures.

P14 : « Menaçant sinon, d'appeler éventuellement la gendarmerie »

- **Une anxiété des équipes face à ce recours possible :**

Les équipes disaient que cette judiciarisation pouvait être une source d'inquiétude pour eux.

P4 : « Parce qu'on aurait pu avoir... moi je me suis dit « est ce que après... on va avoir aussi des ... enfin des plaintes ? », peut-être, on ne sait jamais »

- ***Une anticipation des plaintes par les équipes :***

Les soignants pouvaient mettre en place des stratégies d'anticipation pour éviter certaines plaintes.

*P9 : « ça permet d'être vigilant, je dirais pour voilà... De se dire il y a besoin d'instaurer des, des choses. Enfin voilà. Pour d'autres choses. Voilà, d'être vigilant à bien préparer quoi. »*

5.3 *Une meilleure compréhension des proches :*

- ***Une empathie envers les proches :***

Cette période a pu permettre une plus grande empathie des soignants vis-à-vis des proches avec parfois une projection.

*P3 : « je peux comprendre et moi j'aurai été aussi pareil »*

*P4 : « Je me mets à leur place quoi. C'est ça. C'était terrible hein. »*

L'équipe soignante a perçu toute la difficulté de la situation pour les proches.

*P5 : « c'est vrai que pour moi, cela a été difficile, parce que, de voir leur tristesse, leur désarroi de ne pas être auprès de leurs parents »*

*P4 : « il était malheureux cet homme de ne plus voir sa femme. Il venait la voir tous les jours, il venait la faire manger tous les jours »*

- ***Une période qui a pu permettre de mieux se comprendre :***

Cela a permis à certains soignants de mieux comprendre certaines réactions de familles.

*P2 : « on a toujours tendance quand les familles nous questionnent, ou qu'ils sont un peu plus pesants, on a l'impression qu'ils sont chiantes alors qu'ils s'occupent tout simplement de leurs parents. »*

*P5 : « Mais on ne connaît pas toute la vie des résidents. Et c'est vrai que ça nous a permis de mieux connaître les familles déjà et de mieux appréhender le contact famille-résidents en fait. »*

- ***L'importance de connaître la singularité de chaque famille pour mieux prendre en charge le patient :***

La connaissance du contexte familial a été perçue comme facilitateur dans la prise en charge du patient.

*P8 : « j'ai toujours pu constater qu'il y a des, il y a des problèmes familiaux, il y a des histoires de vie, il y a... chaque personne a son, son histoire, chaque personne a ses difficultés »*

*P7 : « ne pas connaître uniquement le résident, mais d'avoir vraiment un peu la dimension de sa famille aussi, cela permet... c'est important aussi dans notre prise en soins du résident. »*

- ***Essayer de s'adapter à chaque proche sans faire de différences :***

Les soignants se sont efforcés de s'adapter à la singularité de chaque famille sans créer de situation injuste envers les autres familles.

*P8 : « on individualise à chaque fois par rapport à...voilà, au planning des gens, où ils habitent »*

#### 5.4 Une valorisation des proches par les équipes :

Ils ont pu également transmettre des messages de valorisation des familles.

*P3 : « Ils ont été forts. »*

*P3 : « ils ont été remarquables »*

#### 5.5 Des équipes qui essaient de ne pas juger certains proches :

Les soignants se sont efforcés de ne pas juger le comportement de certaines familles.

*P7 : « Après, il y a toute l'histoire de famille, bien sûr on ne peut pas, on ne peut pas juger. Il y a sûrement des raisons »*

Même si parfois ils n'ont pas compris la réaction de certains proches.

*P6 : « ça été un peu décevant, parce que je me dis, ce n'est pas parce qu'ils ont le COVID, ou alors il y a le COVID dans l'établissement, qu'il faut s'en occuper plus. C'est tout le temps qu'il faut s'en occuper »*

### 5.6 Des proches pouvant être perçus comme un potentiel danger :

#### **- Les familles pouvant être vectrices du virus :**

Pour certains soignants les familles sont vues comme pouvant introduire le virus dans l'EHPAD.

*P2 : « c'est eux qui pouvaient... que la bestiole, elle pouvait venir que de l'extérieur en fait. »*

#### **- Surtout que certaines familles ne comprennent pas l'importance des mesures barrières :**

Il a été rapporté que certaines familles n'avaient pas respecté le confinement de l'EHPAD.

*P7 : « qu'il a continué à venir malgré les mesures de confinement. Et sans masque »*

Les proches pouvaient ne pas comprendre la situation et donc l'instauration de mesures sanitaires.

*P11 : « c'est à peine s'ils nous engueulaient pas, qu'on ne prenait pas, qu'on prenait trop de précautions. »*

*P13 : « c'est du reproche, c'est des... je ne comprends pas, ou de toute manière, ou j'ai eu aussi, un jour, face à face, il m'a dit « de toute manière, vous ne m'obligerez pas à faire ce que je ne veux pas faire. ». Donc là, c'était vraiment de la colère, de la haine. »*

Des soignants qui n'arrivaient pas à surveiller la totalité des gestes barrières.

*P7 : « C'est vrai que on n'arrivait pas toujours à le voir avant qu'il soit rentré. Et des fois, on le retrouvait dans la chambre de la résidente »*

#### **- L'absence des familles dans l'EHPAD pouvait en quelque sorte faire sécurité pour les soignants :**

Les soignants se sentaient plus en sécurité lorsque les familles ne pouvaient pas venir au sein de la structure, avec un meilleur contrôle de la situation.

*P7 : « Il y a une crainte au retour des visites des familles. En se disant justement, qu'ils ne vont pas respecter les gestes, les distances, etc. et la crainte que ce soit eux, justement, qui ramènent un jour ou l'autre le virus. »*

### 5.7 Une modification du regard sur les familles à long terme ?

Les participants jugeaient que cela était trop tôt pour envisager sur le long terme ce changement de vision.

*P8 : « dans deux mois, peut-être que les familles qui vont re rentrer vont avoir une attitude différente. Une considération différente. »*

## **6. Modification du regard des proches sur les équipes soignantes :**

### 6.1 Une reconnaissance accrue des proches envers les soignants :

#### ***- Des témoignages et des présents pour les soignants :***

Durant la période de confinement tous les participants ont été unanimes quant aux nombreux témoignages de reconnaissance des familles.

*P7 : « on a eu des messages très touchants de familles de résidents, voilà, en disant qu'ils reconnaissent beaucoup notre travail, etc. que, heureusement... bah voilà, qui valorisaient qu'on était vraiment là, qu'ont étaient les premiers sur le front. Et qu'ils comprenaient, qui nous remerciaient de tenir bon. Et bah d'être resté là malgré les conditions difficiles »*

*P13 : « je ne vous remercierai jamais assez, on a besoin de vous remercier. Vous êtes là pour pour ma maman, et si vous étiez pas là, on ferait comment ? ». »*

Les familles ont trouvé différentes modalités de remerciements.

*P8 : « On a été gâtés, enfin ils ont gâté les personnels. C'était... autant par les messages que par des dons de confiseries, de chocolats, de biscuits, de tout ce qu'on veut... enfin on nous a fait des petits pâtés, enfin, pfou. Des masques, une fille d'une résidente qui a cousu des masques »*

Une reconnaissance des équipes notamment sur l'absence de situation COVID au sein de l'établissement.

*P1 : « ils sont très, ils sont très reconnaissants vis-à-vis des équipes soignantes je pense que bah d'autant plus qu'on n'a pas eu de cas jusqu'à présent. »*

Cette situation a permis de verbaliser les remerciements des familles.

*P8 : « Ça aura, ça aura, ça aura permis aux familles de peut-être... de pouvoir le dire. Parce qu'elles le faisaient peut-être pas forcément. »*

Certains soignants mettaient en avant ces témoignages de reconnaissance afin de faire soutien au reste de l'équipe.

*P10 : « il y a eu ces preuves de reconnaissance, dont je ne me suis pas privé de relayer aussi. »*

*P14 : « On a reçu énormément de mails d'encouragement, de soutien, de messages. Et en fait, j'en ai fait un mur pour les soignants. Un mur qui s'étendait au fil des semaines. Il fallait rajouter des panneaux. Un énorme mur des encouragements »*

#### **- Une prise de conscience de la charge de travail des équipes :**

Les familles durant cette période semblaient prendre conscience de la charge de travail et de l'investissement des soignants au sein de la structure.

*P4 : « je pense qu'ils se sont rendus compte quand même, de ce qu'on vivait quand même au quotidien, la charge de travail »*

*P7 : « je pense qu'ils étaient contents de voir qu'il y avait des innovations. »*

#### **6.2 Une valorisation de l'image des soignants :**

##### **- La fonction de soignant était, avant cette période, connotée négativement :**

Les soignants et notamment les soignants en EHPAD souffraient auparavant d'une image plutôt négative dans l'esprit de la population générale.

*P10 : « en EHPAD, c'est quand même...ça peut avoir une vision très côté négativement. C'est des personnes très âgées, c'est l'asile, c'est un truc dégoûtant. « Ah bah, t'es aide-soignante, bah dis donc, mais tu récupères que des culs toute la journée, t'as les mains dans la merde, c'est dégueulasse ton boulot ». Enfin, ça peut avoir des vécus très négatifs. »*

##### **- Les médias vecteurs d'une image positive :**

Les médias mettaient la fonction de soignant en avant durant cette période, qui influait sur le regard des familles vis-à-vis des équipes.

*P4 : « Forcément, parce que dans les médias, les soignants étaient mis en avant aussi, donc euh... ça joue aussi énormément, ça. »*

*P7 : « le fait que cela a été beaucoup montré dans les médias aussi. Ils ont vu aussi que voilà, que... un peu la situation vue de l'intérieur. Et c'est vrai que cela a pu je pense, changer un peu leur regard de ce point de vue-là. »*

**- Une meilleure connaissance des soignants :**

Le confinement permettait de mieux connaître certains soignants.

*P5 : « ils ont appris à me connaître, entre guillemets. »*

**- Une prise de conscience de l'implication des équipes :**

Les proches remarquaient et remerciaient les soignants de leur implication durant cette crise. Ils semblaient prendre conscience du travail investi par chacun dans la structure.

*P3 : « je pense qu'au niveau des familles, à l'heure actuelle, ce qui va changer ici, c'est euh... ils vont voir d'un autre œil l'investissement qu'on peut avoir »*

*P7 : « chez certaines familles, c'est vrai que je pense qu'ils ont, ils ont vu qu'une autre facette de notre travail »*

**6.3 Un lien de confiance entre proches et équipe soignante renforcé :**

**- Compréhension des mesures prises dans les EHPAD... :**

Les familles comprenaient tout à fait les mesures sanitaires prises lors du confinement afin de protéger le patient.

*P10 : « Mais de la part des familles en tout cas, il y avait vraiment cette, cette compliance... parce que, ils avaient effectivement compris... d'abord c'était une forme de nécessité. [...] Donc le fait de m'y conformer, je participe à protéger ma mère, ou mon père. »*

*P13 : « ils ont été très compréhensibles. Ils étaient conscients en fin de compte »*

**- ...qui rassuraient les proches... :**

Ces mesures de protection permettaient également de rassurer les proches.

*P1 : « Globalement ils étaient rassurés des mesures prises »*

- **... et qui étaient globalement respectées :**

Les proches respectaient en grande majorité les précautions mises en place par la structure.

*P7 : « Certaines qui pouvaient être très présentes. [...] on les a moins sentis dans la demande »*

- **Un lien de confiance qui devait être total :**

Durant cette période les proches ne pouvaient pas vérifier ce qu'il se passait dans la structure, le lien de confiance devait être total.

*P9 : « là c'était une confiance encore plus totale. C'est-à-dire, en plus, qu'il n'y a pas moyen de vérifier, en fait. C'était que sur nos dires »*

#### 6.4 Les limites dans le renforcement du lien entre proches et équipes soignantes :

- **Des proches suspicieux :**

- o **L'absence de repère visuel :**

L'absence de repère visuel pouvait renforcer un sentiment de suspicion chez les proches.

*P3 : « on peut se faire tout un tas de choses dans notre tête, si on n'a pas vu »*

*P8 : « On a carrément eu une famille qui nous a dit que sa mère avait eu le, le COVID, et qu'on lui avait caché. »*

- o **Des proches suspicieux du fait du manque d'explication :**

Ce sentiment de suspicion pouvait être renforcé par manque d'information.

*P8 : « les familles qui nous demandaient « est ce que vous avez des cas COVID ? ». On n'avait pas à répondre à ça. Mais, sans arrêt, on avait cette question. Et du fait qu'on ne répondait pas à cette question, c'était, pour eux, curieux, quoi »*

- o **Des doutes envers la prise en charge des patients :**

Certaines familles avaient des incertitudes quant à la bonne prise en charge de leur proche dans la structure.

*P7 : « cette anxiété par rapport à savoir si notre travail était bien fait en fait. »*

○ **Un décalage entre la perception des proches et celle des soignants :**

L'absence de contrôle visuel a entraîné une différence entre la perception des proches de ce qu'il se passait dans la structure et celle qu'avait les soignants.

*P9 : « c'est cette notion différente de leur vision de l'enfermement et nous, de ce qu'on voyait en interne en fait. »*

*P9 : « une famille qui était persuadée que son parent n'allait pas bien. C'était... et que du coup c'était pas du tout la vision de l'équipe, ça se passait très bien. Au contraire »*

- **La présence de situations COVID au sein de l'établissement à l'origine de retours négatifs :**

La présence de situations COVID et parfois de décès liés à la présence du virus dans la structure a limité le renforcement du lien avec les proches.

*P3 : « Il y a eu juste quelques, quelques petits trucs mais c'est parce que c'est sur le coup aussi, et puis, vous savez, quand les personnes sont décédées »*

Une direction qui était mise en cause lors de situation de COVID dans la structure.

*P3 : « j'ai des fois un mot euh sur le cahier en remerciant tout le personnel soignant par exemple mais pas, mais pas le directeur. »*

*P6 : « il y a des familles qui en veulent beaucoup, pas à nous, parce qu'on n'y est pour rien, en soi. Mais à la direction. »*

- **Comparaison à d'autres structures :**

Les familles pouvaient comparer la situation du patient avec ce qu'il se passait dans d'autres structures qui avaient des protocoles différents.

*P12 : « Des comparaisons avec... « oui, j'ai des amis, ils vont voir leurs... leurs familles dans une EHPAD. Là, ils y vont déjà depuis quelques jours, dans la chambre, et tout ». »*

- **Un manque de confiance déjà présent avant le confinement :**

Lorsque le lien de confiance n'avait pas été établi de base cela rendait la confiance d'autant plus compliquée durant le confinement.

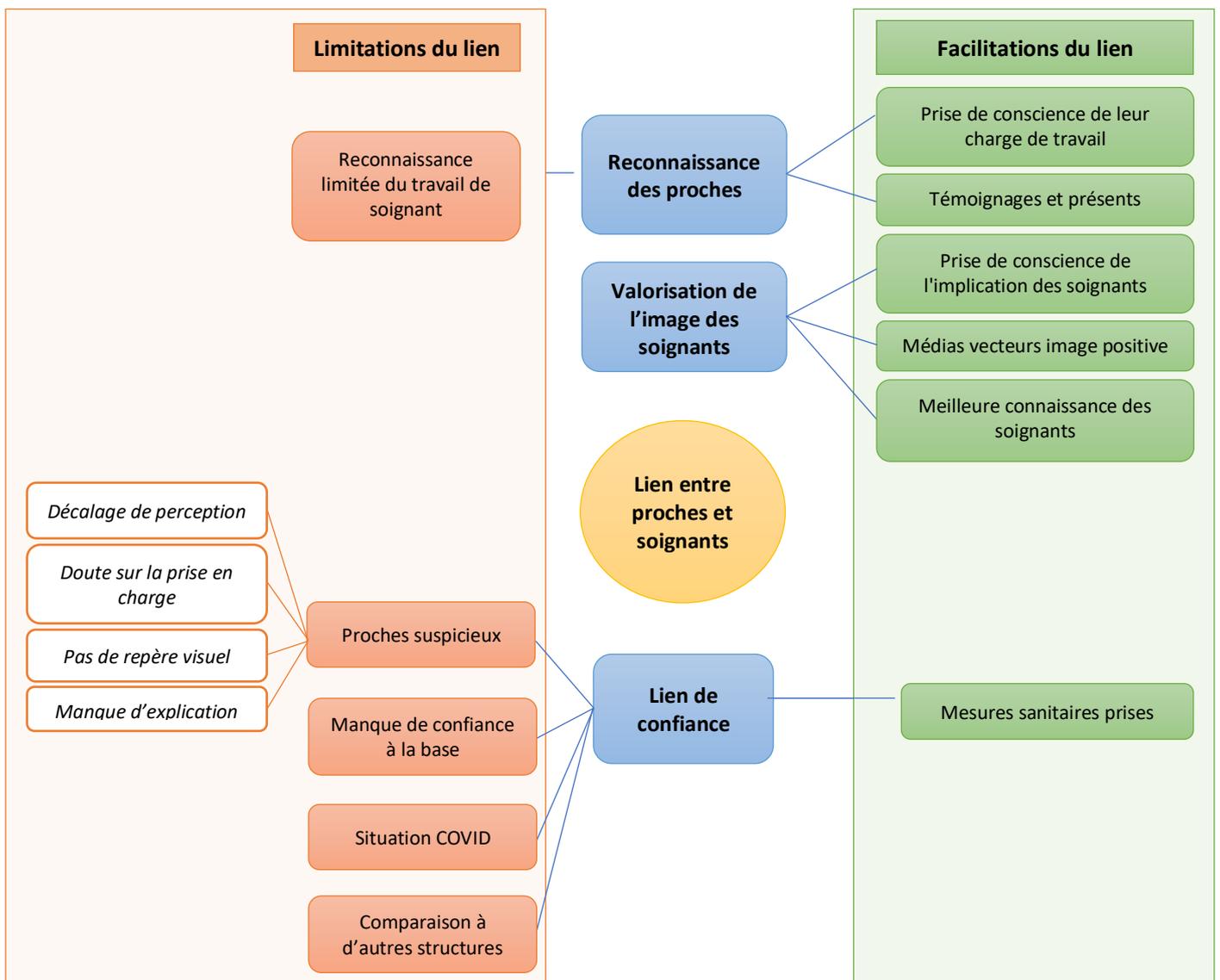
*P14 : « ça a toujours été un petit peu compliqué. Le lien de confiance a jamais vraiment été établi. »*

- **Une reconnaissance limitée du travail des soignants :**

Le manque de reconnaissance de leur travail par les familles était d'autant plus compliqué à vivre que leurs efforts étaient importants.

*P11 : « toute la journée, on était là, on se donnait à fond. Et puis après, vous leur proposez une visite, et en plus de ça, ils ne sont pas contents. »*

*P8 : « il y aura toujours des familles qui nous diront « moi je paye, je dois être servi. » Il y aura toujours des résidents qui diront « c'est votre boulot de faire ça ». »*



**Figure 5 : les facteurs influençant le lien entre les proches et les soignants**

## 6.5 Et ce lien dans le temps ?

### - **Appréhension de la période de déconfinement :**

Les équipes appréhendaient la période délicate du déconfinement dans le lien avec les proches.

*P1 : « on rentre dans la phase de déconfinement, avec certaines attentes irrationnelles de la part des familles qui voudraient que cela soit tout de suite comme avant. »*

### - **La reconnaissance va-t-elle perdurer ? :**

Plus le temps passe plus cette reconnaissance est mise en difficulté avec l'apparition d'objets de mécontentements des proches.

*P7 : « Il y a certaines familles qui sont quand même. Qui commencent à revenir un petit peu dans la demande, voilà. Forcément, les choses... le temps passe et ça commence à devenir long, et puis ils commencent à avoir des petites occasions (rires) de récriminer »*

### - **La vision des EHPAD après cette crise sanitaire :**

Des participants s'inquiétaient de la vision des EHPAD par les proches après cette épidémie et le fait qu'ils aient des réticences à l'institutionnalisation en EHPAD.

*P3 : « Est-ce que les gens vont continuer à vouloir euh, mettre en structure parce que, les gens de l'extérieur, qui n'étaient pas là, à l'heure actuelle... penseront autrement sur l'EHPAD. »*

## 7. **Modification du lien entre les proches et les soignants :**

### 7.1 Une modification des personnes impliquées dans ce lien :

#### - **Certains soignants dédiés à cette fonction de lien :**

Certaines personnes de l'équipes soignantes étaient dédiées au lien avec les proches et notamment au lien entre les proches et le patient.

*P14 : « très rapidement, j'ai investi effectivement cette mission de... de maintien du lien entre les résidents et leurs, et leurs proches »*

Ces soignants en lien avec les familles ne l'étaient pas forcément avant le confinement.

*P5 : « nous, auparavant, en animation, ce n'était pas nous qui étions contactés pour avoir des nouvelles du résident, c'était les infirmières. Et c'est vrai qu'en fin de compte, pendant la pandémie, du coup, le directeur avait basculé sur nous, enfin sur moi »*

Ce nouveau contact avec les proches était un moyen de mieux connaître les familles et de varier ces activités.

*P10 : « j'ai trouvé ça très intéressant. Ça changeait de l'ordinaire. »*

Des soignants qui ont été témoins de choses difficiles.

*P5 : « le contact direct, c'est vrai que... bah parfois c'est difficile parce que les familles euh, bah parfois, enfin je veux dire, avaient les larmes aux yeux, enfin... étaient vraiment très angoissées, donc, c'est vrai que c'est des moments quand même assez difficiles à vivre »*

Un lien aux familles qui était géré par une seule personne, ce qui n'était pas suffisant.

*P5 : « j'étais toute seule pour les contacts avec les familles pour les premiers temps donc euh ... cela faisait beaucoup de choses à gérer, il fallait être partout, entre guillemets, en fait. Donc cela était quand même assez fatiguant moralement et physiquement en fait. »*

- ***Des soignants qui étaient dans le lien aux familles habituellement qui ne l'ont plus été :***

Une réorganisation des fonctions des soignants a éloigné certains soignants du lien avec les familles pour qu'ils se concentrent aux soins.

*P4 : « c'était pour notre, notre confort à nous en fait, parce qu'on ne pouvait pas passer notre temps au téléphone. On n'avait pas le temps quoi. »*

*P5 : « les infirmières sinon, avaient trop d'appels, et elles avaient pas le temps de gérer en fait. »*

## 7.2 Un lien avec les proches renforcé durant cette période de confinement :

- ***De nouvelles modalités de communication facilitant le lien avec les familles :***

La visiotéléphonie a été décrite par la grande majorité des soignants comme très bénéfique pour les familles et les patients tout comme la gazette.

*P4 : « les familles ont énormément apprécié, ont apprécié beaucoup »*

*P11 : « pour moi, c'était le truc Skype là. Ça a beaucoup aidé ça. »*

*P7 : « ça a été très apprécié aussi par les familles, c'est l'innovation Familéo »*

Le fait de connaître les nouvelles technologies par les soignants avant cette période a été facilitant pour eux.

*P5 : « les choses facilitantes, c'est que je savais déjà utiliser, je veux dire, l'ordinateur, Skype, enfin tout ce genre de choses »*

Les soignants ont rapporté que certaines familles qui habituellement étaient peu en lien avec un patient du fait de la distance géographique se sont servies de la visiotéléphonie.

*P7 : « qui ne venaient pas forcément d'ailleurs très souvent, de ce fait, voir le résident, parce qu'ils habitaient loin. Et là, ils ont pu vraiment avoir des échanges Skype et puis parfois même pendant une heure. Il y en a même qui ont fait des réunions de famille par Skype. Donc c'était vraiment chouette »*

La visiotéléphonie avait un autre avantage mis en avant par les participants qui était de pouvoir se voir.

*P12 : « Ça a facilité. Parce que au moins, ils avaient un visuel quand même. »*

*P13 : « Skype, c'était bien, parce qu'ils pouvaient voir les expressions. »*

- ***Une communication qui renforce les liens :***

o ***Cela permet d'éviter les tensions :***

La communication entre l'équipe soignante et les proches permettait d'éviter certains conflits.

*P2 : « Si on informe, il y a moins de questionnements, moins d'interrogations, moins de, moins de revendications surtout »*

*P2 : « De toute façon, le dialogue c'est toujours... c'est toujours bénéfique et ça apaise. »*

o ***La transparence des soignants validée par les proches :***

La transparence des soignants était très appréciée des familles.

*P4 : « je pense que ça été très important dans la relation avec les familles parce que rien ne leur a été caché. »*

○ **Les proches rassurés après avoir pris des nouvelles du patient :**

Le lien entre les soignants et les proches permettait de les rassurer.

*P7 : « Même si au début il y avait une angoisse, cela s'apaisait au cours de la discussion »*

○ **La communication renforce le lien de confiance :**

L'échange d'information entre soignants et proches majorait le lien de confiance.

*P14 : « c'est très très important d'être auprès des familles et de... d'être transparent avec les familles, de communiquer. Enfin, à partir du moment où on est transparent, où on communique euh... le lien de confiance, il est là. »*

○ **Des soignants qui essayaient de donner des nouvelles positives :**

Durant cette période les soignants se voulaient positifs dans les informations qu'ils donnaient aux proches.

*P9 : « C'était toujours dans les dans les échanges avec les familles, essayer de trouver une note positive dans cette période très négative et très incertaine. »*

- **Un lien avec les proches qui était présent et qui s'est renforcé durant cette période :**

Un lien de bonne entente était déjà présent avant cette période d'épidémie.

*P11 : « j'ai toujours eu un bon... une bonne approche avec les familles. Ah oui. Toujours, toujours. J'ai toujours eu un bon lien avec les familles »*

Celui-ci s'est renforcé durant cette crise sanitaire.

*P4 : « je pense que cela a renforcé le lien un peu quand même, plus intime, avec les familles. »*

*P9 : « je pense que ça a permis de renforcer je pense une confiance »*

- **Le soutien des proches a été important pour les soignants :**

La totalité des participants a souligné le fait que les remerciements des proches et leur reconnaissance ont été un soutien durant cette période.

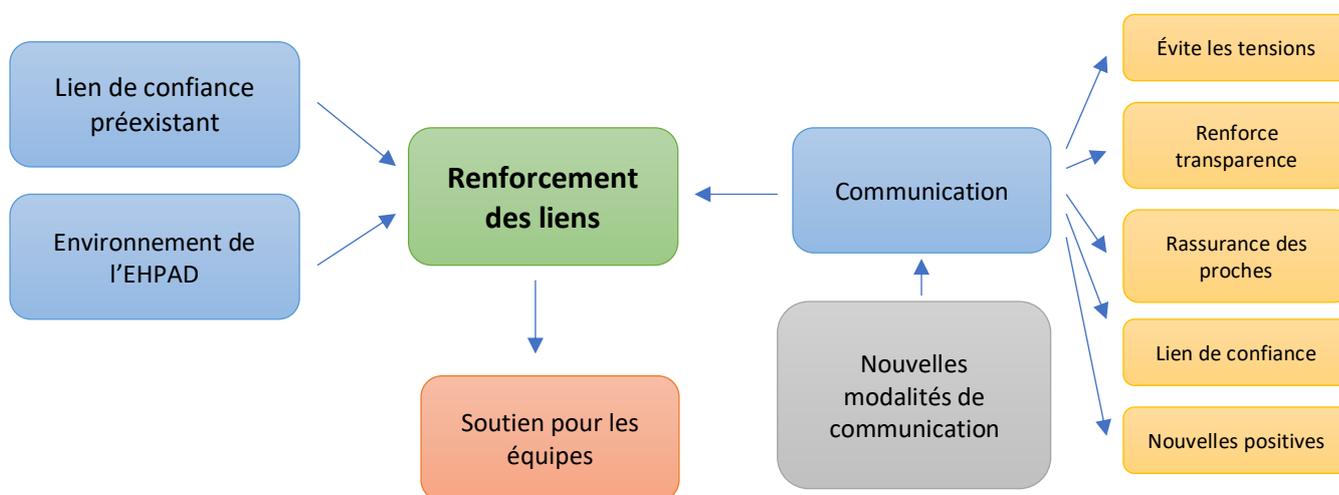
*P4 : « ça nous fait du bien aussi. Ça nous fait du bien aussi, ça nous a aidé à avancer et à tenir aussi. »*

*P6 : « qu'ils étaient quand même là pour nous. Ils nous encourageaient, ils nous ont félicité. Enfin, on a eu des mots qui nous ont touchés. On s'est senti important en fait. »*

- **L'environnement de l'EHPAD influence le lien avec les proches :**

Certains participants ont mis en avant le fait que l'environnement singulier de leur structure a pu faciliter le lien avec les proches.

P2 : « on a une petite structure dans un milieu rural où les gens se connaissent, la plupart. Le personnel ici connaît pas mal de gens de l'extérieur, ils connaissent les familles. C'est important tout cela. Ce n'est pas familial comme établissement mais un peu quand même. Et cela facilite les choses. »



**Figure 6 : les facteurs renforçant le lien aux proches**

7.3 Des éléments de tensions qui ont fragilisé le lien avec les proches :

- **Certains comportements excessifs des proches ont mis en difficulté les équipes :**

o **Agressivité de certaines familles :**

Des comportements agressifs des proches ont été rapportés durant cette période.

P8 : « s'en est suivi, des des, pfou, des insultes au directeur, enfin carrément quoi. »

P11 : « quand ils avaient la secrétaire au bout du fil, c'était un peu... c'est à peine s'ils nous engueulaient pas »

o **Des proches envahissants :**

Parfois les proches du fait du contexte pouvaient être envahissants pour les soignants.

*P3 : « j'ai des gens qui habitent dans X, et quand je repartais tous les soirs, qui se mettaient au milieu de la route [...] ils m'arrêtaient au milieu de la route pour me dire « voilà, est ce que ça va le pépé ? » »*

*P5 : « il y a des familles qui étaient quand même très... bah très... à vouloir rentrer dans ma vie privée, entre guillemets. Je veux dire même une fois que je serais rentrée chez moi, j'aurai donné mon numéro, ils n'auraient pas arrêté de me contacter »*

○ ***Des proches pouvant aller jusqu'au harcèlement :***

Les soignants ont rapporté des comportements pouvant aller jusqu'au harcèlement.

*P8 : « on a eu des familles qui nous ont harcelé, on peut dire le mot, harceler. Sur..., à cause de leur inquiétude »*

- ***La remise en question des mesures d'hygiène était problématique :***

Des familles remettaient en question les prises de décisions de la structure concernant les mesures sanitaires.

*P8 : « nous dire « oui vous faites bien tant de chichis pour si peu » bah je dis « pour si peu pfou ». « Vous vous rendez compte, quatre-vingt-dix-sept ans, visiter ma mère qui a cet âge-là dans ces conditions, bah puisque c'est ça, je ne viendrai plus. C'est du n'importe quoi » »*

Certains proches ne respectaient pas les consignes d'hygiène de la structure.

*P1 : « qui rentraient dans le bâtiment alors que l'on avait bien dit confinement »*

*P11 : « Durant la période et tous les jours, tous les jours, ils venaient le voir, à côté-là. Ou devant le portail. Ou derrière. Ils se donnaient rendez-vous »*

- ***Une impatience d'un retour à la normale des proches, difficile à gérer :***

La période de déconfinement arrivait et cela entraînait des tensions entre les proches qui voulaient un assouplissement rapide des mesures et les équipes souhaitant un environnement sécurisé pour les patients.

*P9 : « après le confinement, on sent l'impatience et le... je trouve par rapport aux familles, j'ai l'impression qu'il y a ce côté « tout va revenir comme avant ». »*

*P11 : « Ils pourraient être un peu plus patients. Et puis se dire « on va attendre que ça rouvre » »*

- ***D'autres motifs de tension variables :***

Les soignants nous ont évoqué des motifs variables :

○ ***Singularité de certaines familles :***

*P2 : « C'était une famille de neuf enfants, c'est ça le problème. »*

○ ***Le manque du patient :***

*P7 : « qui disaient... « mais c'est trop compliqué pour nous de ne pas voir... vous vous rendez compte, on n'a pas vu notre parent, on ne l'a pas serré dans nos bras, etc depuis plusieurs semaines, plusieurs mois » »*

○ ***Anxiété des proches :***

*P8 : « je comprends que la famille, elle angoisse, quand elle entend ça, quand la maman pleure au téléphone... »*

○ ***Un manque de communication avec les familles :***

*P9 : « je pense que ça a manqué de... [...] quand on voyait des familles qui n'allait pas bien : par rapport aux appels. Peut-être, nous, proposer de dire « bah écoutez on peut faire un échange, un temps d'échange ». »*

- ***Des tensions qui existaient avant l'épidémie et qui se sont poursuivies :***

Les soignants nous évoquaient des problèmes avec certains proches qui existaient avant l'épidémie pour lesquels ils sont habitués.

*P2 : « il y a quand même des grincheux hein, ça peut arriver. Moi j'ai eu, on a eu des soucis indépendamment du COVID ici, ça arrive hein. »*

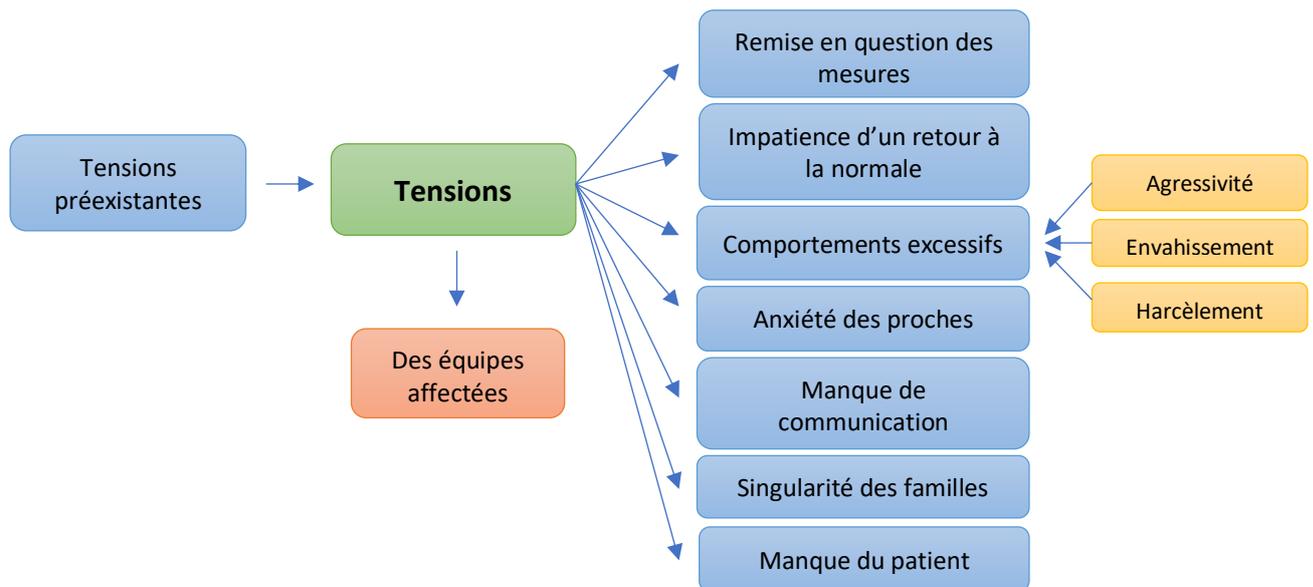
*P8 : « ça fait trente ans que je travaille ici. Donc voilà... Moi j'ai toujours... j'ai toujours pu constater qu'il y a des, il y a des problèmes familiaux »*

- ***Des tensions qui ont affecté les équipes :***

Le mécontentement des proches affectait les soignants.

P11 : « De se prendre ça, je prends mes mots, sur la gueule, vous voyez ? Parce que, vous voyez, ça fait mal. On fait tout le... on fait tout pour eux, et puis en fin de compte, le remerciement, voilà. [...] Et ça, c'est dur à avaler. »

P14 : « Quand on vous raccroche au nez et que c'est déjà difficile.... [...] Ouai, il y a eu des moments difficiles hein »



**Figure 7 : les motifs de tension avec les proches**

#### 7.4 Les limitations du lien avec les proches :

- **Certaines modalités de communication ont fait obstacle dans le lien aux proches :**

o **Les informations diffusées dans les médias vecteurs de difficultés :**

Il était rapporté que les médias mettaient en difficulté la structure car porteur d'informations anxiogènes pour les familles.

P7 : « on voyait beaucoup dans les médias... les EHPAD qui commençaient à être touchés »

Certains mettaient en avant le fait que les annonces officielles étaient diffusées dans les médias avant que la structure ne soit au courant des mesures.

P1 : « quand on a eu l'annonce le samedi soir à 19h sans être prévenu de quelque façon. C'est par les médias qu'on l'apprend »

Des mesures rapportées comme n'étant pas possibles à mettre en œuvre dans les structures malgré les annonces officielles.

*P12 : « qu'il y avait décalage entre ce qui était annoncé dans les médias et puis... Et puis nous.... Pour le coup, on avait des familles mécontentes aussi par rapport à ça »*

○ ***Une communication peu claire des instances supérieures :***

Il été reproché aux instances supérieures d'avoir parfois des informations contradictoires.

*P4 : « l'ARS, nous disait de ne pas mettre de masques, et le directeur : « si, si, vous mettez des masques » »*

○ ***Des limites aux nouvelles modalités de communication :***

Les principaux inconvénients décrits de la visiotéléphonie étaient :

- *Chronophage pour les équipes :*

*P11 : « J'avais beaucoup d'appels sur Skype. Il y avait des jours, j'avais même deux tablettes, ouai... c'était vraiment la course »*

- *Difficile à mettre en place :*

*P5 : « il y avait l'ordinateur euh... dans la salle qui, qu'on pouvait déplacer, mais c'est un ordinateur énorme sur chariot, enfin... donc c'était très compliqué »*

- *Pas adaptée à tous les patients :*

*P5 : « j'ai une résidente qui a des problèmes de vue, donc il fallait vraiment qu'elle soit collée sur l'ordinateur ou sur la tablette »*

*P13 : « la première fois qu'elle a eu Skype, ça lui a fait énormément peur. Elle a eu très peur de voir ça »*

- *Nécessitait des soignants dédiés :*

*P4 : « l'animatrice passait son temps qu'à ça, à faire Skype avec les familles, elle rentrait dans les chambres, elle désinfectait, elle ressortait. »*

- *Des modalités pas complètement satisfaisantes :*

Les participants décrivaient un manque du contact visuel avec les familles qui peut modifier les relations.

*P1 : « on n'a pas de visu quoi, on n'est jamais en visu, on est masqués, plexigraphiés, donc heu c'est fatalement des relations différentes »*

*P10 : « le masque, ça été un outil de travail qui a été perdu [...] j'étais obligé du coup, d'exagérer l'expression des yeux »*

Les alternatives à l'arrêt des visites notamment les visites aux fenêtres n'ont pas été validées par certains participants.

*P3 : « très traumatisant de voir sa mère euh, par une fenêtre »*

- *Une charge de travail importante :*

Les soignants ont évoqué que leur charge de travail a pu influencer sur le lien avec les familles et les résidents.

*P5 : « les résidents qui n'avaient pas de Skype avec les familles, bah je n'avais pas le temps d'aller les voir »*

- *Un manque de temps pour le lien aux proches :*

La charge de travail des soignants liée à cette épidémie a influé sur le lien avec les proches.

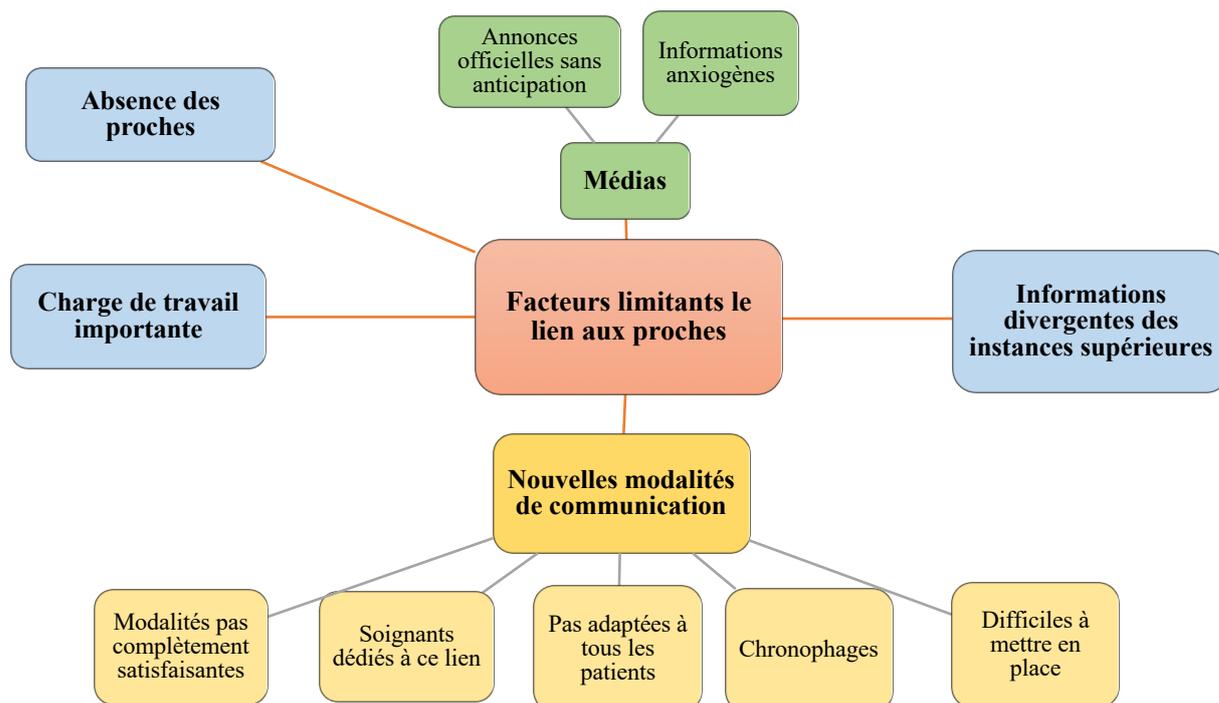
*P3 : « il y avait quand même une urgence ici à gérer donc, on ne pouvait pas non plus toujours communiquer avec eux »*

*P4 « on avait beaucoup beaucoup de travail au début, on ne pouvait pas répondre au téléphone »*

- *La difficulté de l'absence des proches :*

Les soignants se sont retrouvés en difficulté du fait du manque de visuel avec les familles.

*P1 : « cela demande quand même des efforts supplémentaires pour arriver à recueillir les infos. Qu'on a auparavant autrement. »*



**Figure 8 : les facteurs limitants du lien aux proches**

#### 7.5 Des soignants qui ont fait relai des proches auprès des patients :

##### **- Des équipes qui ont essayé de compenser l'absence des familles :**

Les soignants ont eu l'impression parfois de se substituer aux familles.

*P3 : « il faut laisser les familles entrer, et voir, et tout ça. C'est un lieu de vie, il faut ..., on n'a pas à se substituer, mais là, on a été obligés. »*

*P13 : « C'est vrai qu'on disait « on ne peut pas remplacer votre proche ». Mais ceux qui voulaient des câlins, on savait qu'on n'avait pas le droit. [...] On lui tenait la main. (Rires). [...] bah il y en a, on a pris dans nos bras, parce que, bah parce ils étaient trop tristes. »*

##### **- Des équipes qui faisaient l'intermédiaire entre les proches et le patient :**

Les équipes essayaient de faciliter le lien entre les résidents et leurs proches.

*P5 : « J'ai eu des familles par téléphone où, bah le résident ne s'exprime pas forcément, et donc ils essayaient au moins d'avoir une petite parole du résident, donc j'essayais de stimuler le résident au moins juste pour un petit mot, pour les rassurer. »*

## 7.6 L'évolution de ce lien dans le futur :

Un contexte particulier a créé des liens particuliers, mais si cela s'arrête qu'en sera-t-il des liens ?

*P8 : « c'était tellement dans un contexte bizarre, compliqué, c'est donc... on pouvait pas se dire que ça va durer toujours, quoi enfin. Que les comportements, ils sont peut-être comme ça parce que, bah on vit ça »*

## **8. La particularité de la fin de vie :**

### 8.1 Impact du confinement sur la fin de vie :

#### **- EHPAD synonyme de dernier domicile :**

Durant le confinement les familles prenaient conscience de la fragilité du patient en EHPAD avec une certaine proximité de la mort.

*P4 : « rentrer en EHPAD, on sait que c'est la fin de vie, qu'ils vont mourir ici, c'est leur dernier domicile. »*

*P8 : « peut-être que certaines familles se sont dit « mince, elle est là-bas » ou « il est là-bas, mais peut être que je le reverrai plus vivant ». »*

#### **- Des résidents affectés par le confinement et par les décès dans la structure :**

*P6 : « qu'il disait « encore un camarade qui s'en va ou encore un camarade. » ? ça été dur pour eux de voir tous ces décès aussi »*

*P5 : « il y a beaucoup de résidents qui sont devenus dépendants ou qui ne marchaient plus, ou qui ne s'alimentaient plus. Enfin le fait d'être confiné en chambre, seul, ça a beaucoup dégradé l'état psychologique et physique des résidents »*

#### **- Des décès dans la solitude :**

Certains résidents partaient dans la solitude, sans la présence de leurs proches ni des soignants parfois.

*P4 : « les résidents sont partis quand même, bah plus, seuls quoi. Sans soignant et sans famille. »*

## 8.2 Des équipes qui se sont adaptées à la fin de vie durant le confinement :

### **- Autorisation des visites des proches... :**

Les visites des proches étaient acceptées, elles étaient d'ailleurs importantes pour les soignants.

*P11 : « le directeur, il avait dit tout de suite, pour les fins de vie, oui. Au moins, voir une dernière fois. Oui, je trouve ça normal. »*

### **- ... Mais de façon restreinte :**

Les visites dans le contexte de fin de vie étaient possibles pour les proches mais de façon limitée.

*P9 : « c'était un rendez-vous de fixé. Elle venait, elle passait du temps. Le temps qu'elle souhaitait. Voilà, il y avait tous les gestes barrières, elles étaient équipées. »*

## 8.3 Reconnaissance des proches pour l'adaptation des mesures pour la fin de vie :

Les familles étaient reconnaissantes vis-à-vis de la structure d'avoir pu rendre visite à leur proche en situation de fin de vie.

*P3 : « sont allés les jours d'avant voir leurs proches donc, eux, pour eux, je pense que c'était bien. Ça été bien et apaisant »*

## 8.4 Les modalités d'inhumations perturbées :

Dans ce contexte épidémique il existait de nombreuses perturbations lors de l'inhumation.

*P10 : « le déchirement, lié à ces rites funéraires qui ne... enfin d'accompagnement en fin de vie, qui n'ont pas pu se faire d'une manière... ordinaire, on va dire. En tout cas de proximité relationnelle et physique. »*

Cela entraînait un bouleversement également pour les équipes soignantes.

*P6 : « je lui dis « bah on va pas fermer la fermeture éclair jusqu'en haut ? ». Et là elle me dit « si », et ça ça été dur, parce que je me dis, déjà les gens on s'en occupe pas, parce qu'on les laisse comme tels qu'elles sont. On ne les lave pas, on met rien, enfin, on fait rien. Dans une housse quoi. Comme des pestiférés. »*

### 8.5 Des deuils compliqués pour les proches :

#### **- La limitation des visites non satisfaisante pour les proches :**

Malgré l'adaptation au contexte de fin de vie, cela laissait un goût de trop peu pour les proches.

*P1 : « elles voulaient plus, dans le sens, plus de temps, plus de monde. »*

*P4 : « c'était ça qui était le plus difficile, de se dire que les familles elles ont pu avoir juste un tout petit échange. Enfin de voir la personne de loin, de ne même pas la toucher »*

#### **- Des deuils qui s'annoncent difficiles :**

Le contexte sanitaire avec la modification d'accès au patient pour la fin de vie et les perturbations des modalités d'inhumation risquaient de compliquer les deuils.

*P8 : « la famille qui a du mal à faire le deuil, c'est qu'il y a tout ça. C'est que oui, certes, ils sont allés la voir, voilà... qu'ils l'ont accompagnée quand même dans ses dernières heures. Mais euh... voilà, ça n'a pas été une mise bière comme d'habitude. Ça n'a pas été une cérémonie comme d'habitude, la famille était pas là. »*

### 8.6 Des soignants qui ont accompagné les fins de vie :

#### **- Des équipes accompagnant le patient...**

Les soignants ont fait leur maximum pour accompagner au mieux le patient en fin de vie.

*P13 : « on a essayé de l'accompagner au mieux qu'on a pu. Oui au mieux. [...] Mais au moins, on s'est dit « on n'a pas laissé. On n'a pas laissé. » »*

#### **- ... Et leurs proches :**

Les équipes essayaient également d'être disponibles pour les proches.

*P12 : « jusqu'au jour du décès et donc, avec la personne à soutenir quoi. La, la, la fille à soutenir. »*

### 8.7 Les équipes marquées par les décès durant le confinement :

#### **- Un vécu difficile des décès :**

Les équipes étaient particulièrement touchées par les décès durant cette période de confinement.

*P3 : « je pensais à la fois aux proches et à la..., aux pauvres résidents que j'avais pas pu... ni non plus revoir, ou dire au revoir quoi »*

*P13 : « au niveau émotion, ça a été dur. Vraiment très dur. On se relayait hein, [...] Quand on sortait de la chambre, on avait souvent les larmes aux yeux hein. Parce que d'être impuissant, on a essayé de parler, de lui tenir la main, d'être présent, d'être présent au maximum. D'être présent »*

La présence de situations COVID dans l'EHPAD pouvait entraîner de nombreux décès.

*P4 : « c'est vrai que dix-neuf décès, c'est beaucoup quand même. »*

*P6 : « je me réveillai, j'avais les noms des résidents qui étaient plus là, enfin... ça été dur »*

#### **- Empathie envers les proches :**

Les soignants avaient des petites attentions pour les proches endeuillés, ils avaient de l'empathie pour eux.

*P3 : « J'ai mis des étiquettes avec les noms et des cœurs partout (pleurs) »*

*P3 : « psychologiquement, pour les familles euh... ça c'est dur. Ça a dû être dur. Je suis sûre »*

#### **8.8 Appréhension de revoir les proches des patients décédés :**

Les soignants craignaient par la suite de revoir les proches de patients décédés.

*P3 : « les familles venaient ... bah euh, j'en ai vu quelques-unes parce que..., j'essaie d'éviter au maximum d'être là parce que sinon moi, pfou... »*

*P6 : « Appréhender de voir les familles des résidents qui sont décédés, peut-être. [...] Je n'ai pas eu l'occasion moi personnellement. Mais ça j'appréhendais surement. »*

### **9. Des soignants fortement marqués par cette période :**

#### **9.1 Impact sur les équipes :**

##### **- Vécu difficile de la situation :**

###### **o Un retentissement émotionnel intense :**

*P3 : « J'en pleurais encore, bah toute façon, à chaque fois que j'en parle, je pleure. (Pleurs) »*

P13 : « c'est difficile d'entendre, d'engranger. On engrange et il y a la fatigue, physique et psychologique, qui est là. Euh ouai, ça a été des moments difficiles, vraiment. Vraiment. Et encore... je crois qu'on en sortira pas indemne de ça... »

P14 : « je trouve que on n'est pas loin quand même des symptômes du stress post traumatique »

○ **Des soignants qui ont eu l'impression d'être malmenés :**

P14 : « Mais j'ai le sentiment que c'est pas que les familles en fait, j'ai l'impression que même... Même par rapport à la direction, j'ai le sentiment d'être malmenée psychiquement, en fait. »

○ **Des annonces difficiles :**

P1 : « Quand on est venu le dimanche midi, avec le directeur et l'idec, annoncer dans chacune des salles à manger, que c'était le repas de midi et le repas du soir le dernier en salle à manger, et que ce serait en chambre. On a eu des réactions, des réactions particulièrement touchantes, de personnes qui nous ont dit « mais nous si on ne plus parler à quoi ça sert ? ». Donc ça, je ne l'oublierai jamais. »

○ **Un confinement en chambre difficilement acceptable pour les soignants :**

P3 : « on a été obligé de vraiment euh... enfermer pendant quelques temps parce que c'était pas gérable de pouvoir les ... Mais ça, ça me faisait un mal fou d'être obligé de mettre un coup de clef euh... pfou... (pleurs) »

○ **Une période vécue comme une bataille :**

P8 : « Chaque jour on se disait « yes » (rires), un jour de passé, un jour de gagné et... donc, c'est... c'est dur, c'est dur. »

○ **Résidents – proches – soignants : un vécu en commun :**

P14 : « Il y a quelque chose qui n'est pas descriptible en fait. Il y a... déjà, il y a un souvenir, un vécu en commun euh... Particulier. »

○ **Des soignants anxieux ne permettant pas une prise en charge optimale :**

P10 : « je pense que quand on est déjà très anxieux, comment on peut être... accueillant et accueillir la souffrance de l'autre si nous même on est envahi ? »

- **Un épuisement des équipes :**

Du fait de l'investissement à la fois physique et psychique, les soignants se sont épuisés au travail.

*P5 : « cela faisait beaucoup de choses à gérer, il fallait être partout, entre guillemets, en fait. Donc cela était quand même assez fatiguant moralement et physiquement en fait. »*

*P13 : « moralement, physiquement, j'en peu plus. J'étais à la limite des larmes. A la limite de lâcher. Parce que c'est difficile d'entendre, d'engranger. On engrange et il y a la fatigue, physique et psychologique, qui est là. Euh ouai, ça a été des moments difficiles, vraiment. Vraiment. »*

Des équipes qui sont allées au-delà de leur limite.

*P5 : « j'aurai peut-être pu m'arrêter et me dire, je me pose, à tel moment, mais je ne suis pas comme ça en fait. Donc, du coup, j'ai voulu aider un peu tout le monde et je me suis un peu perdue dans tout ça. »*

- **Un sentiment d'abandon :**

Beaucoup de participants rapportaient un sentiment d'abandon : de leurs collègues, de la direction ou des instances supérieures.

*P4 : « ce qui me reste, c'est cette... ce truc d'avoir été lâché par tout le monde dès le début, et voilà, celles qui restaient, fallait qu'elles se débrouillent, et je l'ai toujours en travers de la gorge. Ça, c'est pas passé. Donc ça je trouve que c'est trop facile. »*

*P6 : « on a été livré à nous même, en quelque sorte »*

- **Envahissement de la sphère privée :**

La situation professionnelle des équipes avait un retentissement sur leur vie personnelle.

*P5 : « je n'avais plus de temps avec mes enfants, avec mon mari. Et donc, c'est vrai que cela a été très difficile pour mon mari et mes enfants »*

*P8 : « des choses qui vous reviennent le soir, qui vous reviennent la nuit, qui vous reviennent n'importe quand »*

### 9.2 Le caractère exceptionnel de cette période :

#### **- Brutalité de la crise :**

*P3 : « Tout le monde a été surpris aussi. Il y a eu un premier cas, au niveau de ma collègue je crois, une des collègues et après, ça a explosé ... ça a fait peur. »*

#### **- Une situation inédite :**

*P12 : « bien sûr des épidémies comme ça il y en a jamais eu. Enfin des situations si, si compliquées, il y en a jamais eu. »*

### 9.3 Appréhension d'une reprise épidémique :

Les participants ont tous évoqué leur crainte d'une nouvelle « vague ».

*P6 : « Je ne serai pas capable de revivre une deuxième vague. Je n'aurai pas la niaque, ni la force. »*

*P14 : « en ayant toujours un peu cette épée de Damoclès quoi. En se disant, en espérant qu'il n'y ait pas une deuxième vague, et qu'on revive pas ça »*

### 9.4 SARS-CoV 2 : un virus qui fait peur :

#### **- Peur de l'arrivée du virus au sein de l'EHPAD :**

Les soignants exprimaient une crainte de l'arrivée du COVID au sein de la structure.

*P11 : « c'était angoissant quand même. Ah oui. Parce qu'il y a des jours que je prie le bon dieu que ça rentre pas là. »*

#### **- Un côté pestiféré de ce virus :**

Ce virus a une connotation négative pour ceux qui sont touchés.

*P1 : « c'est incroyable l'importance de ce côté de la peste un peu, du COVID. »*

*P4 : « il ne fallait pas y aller, c'était l'endroit maudit quoi »*

#### **- Des soignants potentiellement vecteurs :**

Les équipes étaient anxieuses de pouvoir être vecteur du virus.

P8 : « certains personnels qui se disaient « mais, moi ce que j'ai peur, c'est de l'amener ». Donc c'était, c'était voilà, c'est se dire : voilà, j'ai, j'ai, j'ai une responsabilité »

#### 9.5 Un regain de sens de la fonction de soignant durant cette période :

##### - **Une période valorisante :**

Cela a tout de même été une période parfois gratifiante pour les équipes.

P8 : « sois là et du coup je suis utile à quelque chose, vraiment. Je fais un métier qui... enfin il y a un intérêt »

P10 : « on était vachement récompensé dans ce qu'on faisait. [...] Du coup, j'ai trouvé ça très gratifiant d'avoir pu provoquer ça. »

##### - **Une période riche d'enseignements :**

P14 : « je crois que plus rien ne sera comme avant. Euh... Je pense, hein, vraiment. Euh... Je pense qu'on a acquis beaucoup, aussi, de gestes d'hygiène »

##### - **L'impression d'avoir fait ce qu'il fallait faire :**

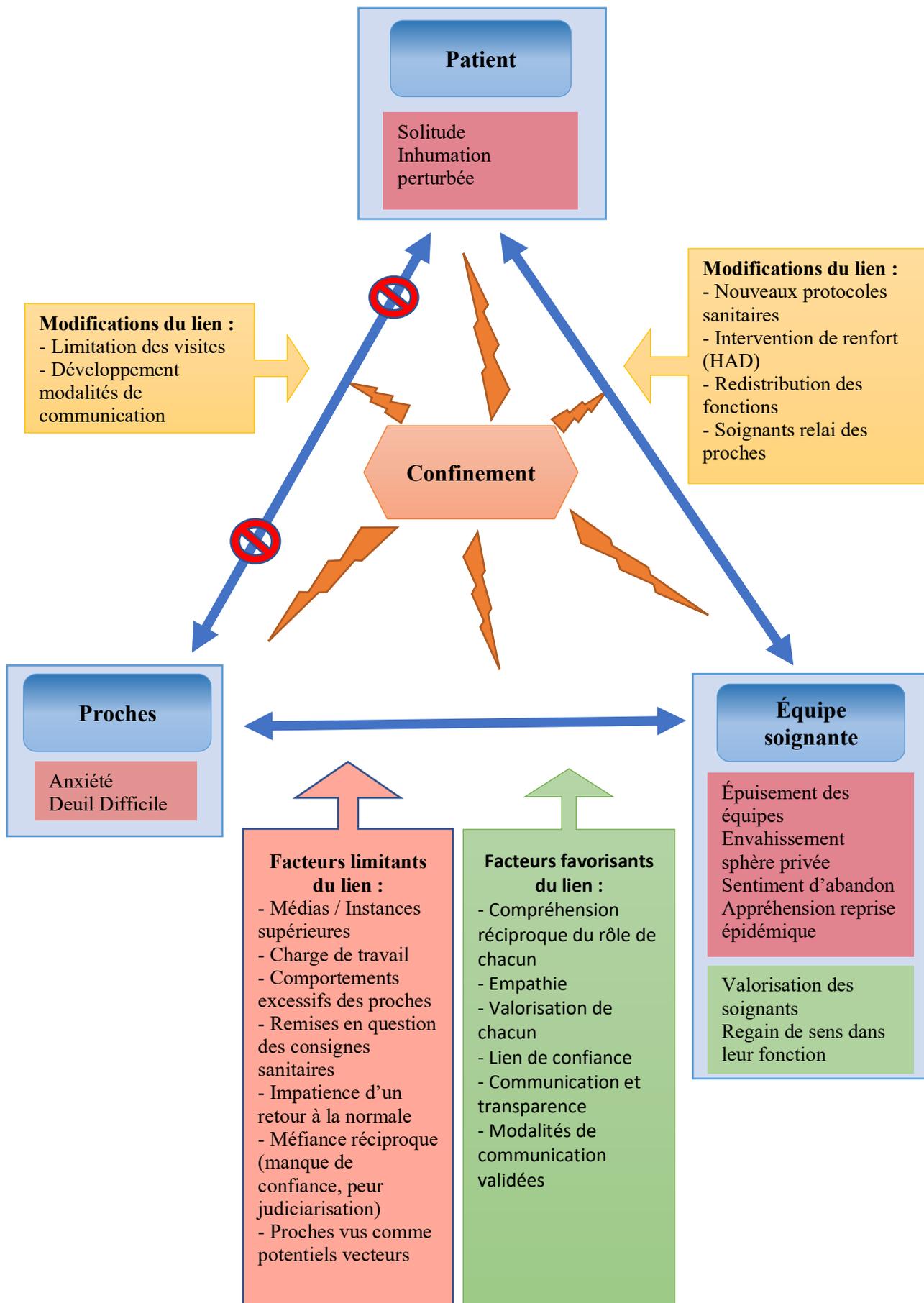
P3. « Je pense que tout a été bien fait euh ... ici avec tout le monde, que ce soit les infirmières, la cadre, le directeur. »

P4 : « Je pense qu'on ne pouvait pas mieux faire à mon avis. »

##### - **Renforcement dans la volonté d'être soignant :**

P14 : « ça montre vraiment que j'aime, j'aime ce que je fais, j'aime mon travail »

**10. Figure 9 récapitulative :**



## IV. Discussion :

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'influence du confinement lors de l'épidémie du coronavirus SARS-CoV-2 sur la relation entre les équipes soignantes des EHPAD et les proches des résidents.

### 1. A propos de la méthode :

La méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés semblait pertinente pour répondre à la question de recherche. En effet peu d'études ont traitées du lien entre les équipes soignantes des EHPAD et les proches du patient et d'autant plus durant ce contexte épidémique du COVID. Du fait du caractère subjectif des données récoltées, il paraissait plus adapté de s'orienter vers une analyse qualitative.

Le choix des entretiens individuels semi-dirigés a été privilégié car cela permettait une plus grande liberté dans l'expression du ressenti de chaque participant sans influence du lien hiérarchique ou sentiment de jugement du groupe qui peuvent être présents lors de focus group.

La population était diversifiée en termes de catégories professionnelles, d'anciennetés dans la structure et d'âges. Il a été décidé d'exclure de la population le personnel administratif de l'EHPAD, effectivement nous voulions nous intéresser aux personnels soignants intervenant auprès du résident pour des soins techniques (IDE, aides soignante, AMP, médecins) et d'animation / soutien (animatrices, psychologue, responsable de vie sociale). Ce choix était basé sur la définition de la sémiosphère de l'EHPAD (3) avec exclusion de notre population d'étude du troisième cercle comprenant les personnels de l'EHPAD rarement au contact du soin aux résidents ainsi que la direction.

Le choix des EHPAD s'est fait en collaboration avec le directeur de thèse afin de cibler des EHPAD avec des statuts COVID différents, privés et publics, avec ou sans médecin coordonnateur. Les 14 participants représentaient uniquement 4 EHPAD différents, un biais de recrutement pouvait donc être présent.

Le codage et l'interprétation ont été réalisés par l'enquêteur sous supervision du directeur de thèse. Les préjugés de l'enquêteur ont pu conditionner le codage, le biais d'interprétation ne

peut pas être exclu malgré la rédaction d'un journal de bord contenant les aprioris de l'enquêteur.

## **2. A propos des résultats :**

### ***2.1 La communication avec les proches durant le confinement :***

Durant cette période épidémique les EHPAD se sont mobilisés, souvent sans attendre les consignes des instances supérieures qui tardaient à venir.

Ils ont donc mis en place de multiples sources d'informations aux proches des patients très souvent inquiets, qui se sont révélées indispensables pour compenser l'absence de visites.

Outre des modalités qui existaient déjà mais qui se sont intensifiées comme par exemple le téléphone, le site internet de la structure, les gazettes et les mails. D'autres modalités se sont créées afin de répondre au besoin de visuel des proches des patients comme la visiotéléphonie qui a été fortement plébiscitée durant l'épidémie.

Les directions des structures se sont globalement beaucoup impliquées dans le lien aux familles avec des points épidémiques de l'EHPAD très réguliers. La communication venait également d'une couverture médiatique très importante de cette épidémie.

Dans un questionnaire réalisé par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie adressé aux responsables des unités de gériatrie en mars 2020, il a été montré que seulement 34% des EHPAD étaient pourvus de tablette numérique (22). Par ailleurs il a été démontré que ces tablettes permettaient de garder un lien avec les proches des patients même si elles ne remplacent pas leur présence (23,24). Ce lien reste le meilleur stimulant cognitivo-psychologique et tout simplement leur plus grande motivation à vivre.

En EHPAD, la relation de soin implique trois acteurs : le patient, ses proches et l'équipe soignante. Cette relation triangulaire implique un accompagnement des familles indissociable de la visée des soins aux patients. On remarque une demande croissante des proches à être informés et considérés avec en parallèle l'évolution de la qualité des soins devenue prioritaire avec la prise en charge du patient mais aussi de sa famille (25). Une étude s'est intéressée à l'intégration des familles aux soins du patient à l'hôpital (26) : la volonté d'intégration des proches était quasi unanime que ce soit pour les familles, les patients ou les soignants. Le confinement est allé à l'encontre de l'implication des proches dans la relation de soin en les excluant des structures et en limitant au strict minimum leur contact avec les patients.

## 2.2 Réorganisation des équipes soignantes :

L'épidémie de COVID-19, du fait de sa nouveauté et de sa gravité, a engendré une réorganisation majeure et rapide de notre système de soin. Cela a permis, du fait de l'urgence sanitaire des innovations sur le plan organisationnel des équipes de soin au sein des EHPAD comme ailleurs (27). Cela a engendré également une intensification des collaborations notamment comme nous avons pu l'évoquer l'intervention de l'HAD dans les EHPAD pour venir en aide aux équipes. Effectivement, il y a eu un assouplissement des règles pour leur mise en œuvre rapide dans les structures (28).

Face au manque de consignes claires et du fait d'une certaine pénurie de matériel disponible, les structures ont dû mettre en place leurs propres mesures. Il y a eu de la part du personnel soignant une créativité, une solidarité et une implication à la fois physique et psychologique de tous les instants. L'équilibre n'a pas été simple à trouver pour eux du fait de mesures sanitaires difficilement applicables, nécessitant des formations spécifiques et allant parfois à l'encontre de leurs convictions de soignants notamment dans le rôle de veilleur de la bonne application des mesures sanitaires par les patients et leurs proches.

## 2.3 Modification du regard des soignants sur les proches :

Cette période génératrice d'émotions pour chacun, a révélé certains aspects de la personnalité chez les proches des patients. Cela a pu faire soutien aux équipes lorsque cela était une reconnaissance accrue, une valorisation de leur travail, des témoignages de remerciements sous différentes formes. A contrario cela a pu les mettre en difficulté et créer des tensions lorsque les proches ont adopté des comportements excessifs.

Une crainte revenait particulièrement : celle de la judiciarisation de la part de certains proches. Effectivement, du fait de différentes crises de santé publique en France ces dernières années (affaires du sang contaminé, de la vache folle, de l'amiante, de la canicule ou encore du SRAS...), les EHPAD ont été confrontés à une plus grande méfiance à l'encontre des professionnels de santé et plus largement du monde médical. La mise en cause de la responsabilité médicale est donc fréquente et est d'ailleurs amplifiée par une couverture médiatique parfois excessive (29).

#### 2.4 Modification du regard des proches sur les équipes soignantes :

Pour le moment peu de recherches sont parues sur l'évolution du lien entre les proches et les soignants. Dans cette étude nous avons remarqué et ce, de façon quasi unanime, un plus grand soutien et une reconnaissance accrue que les proches pouvaient avoir sur le travail des équipes soignantes des Ehpad. De nombreux obstacles étaient pourtant présents : l'absence de contrôle visuel qui entraînait des suspicions, la présence de situations COVID au sein de la structure, un manque de confiance déjà présent avant le contexte épidémique et la comparaison avec d'autres structures n'ayant pas tout à fait la même politique sanitaire.

#### 2.5 Modification du lien entre les proches et les soignants :

Du fait de cette crise sanitaire, du jour au lendemain les structures de soin se sont renfermées créant ainsi des « forteresses » contre l'épidémie. Les proches se sont vus rester à l'extérieur pour trois principales raisons : ils étaient potentiellement vecteurs, il y avait un défaut initial de matériel de protection qui était donc réservé au fonctionnement de la structure et par manque de temps des soignants surchargés de travail (30). Ce manque de contrôle visuel, la fragilité de leur proche institutionnalisé, l'inconnu de ce virus, le flot continu d'informations anxiogènes véhiculé par les médias ; tout cela a créé un terreau propice aux tensions.

Malgré cela, on a vu se développer un renforcement des liens avec une confiance et une reconnaissance réciproque durant cette période difficile. Un vécu difficile commun qui a permis une meilleure compréhension du rôle de chacun et une empathie majorée.

Cette meilleure connaissance de chaque membre va avoir une influence pour la suite car la connaissance mutuelle des caractéristiques de chacun (tempéraments, compétences, préférences) est favorable à un travail en équipe (31), de plus un vécu difficile en commun créer une plus grande cohésion (32).

Mais cela sera-t-il pérenne dans le temps ? Nous pouvons émettre certains doutes. Comme certains soignants ont pu l'évoquer, cette épidémie n'est pas finie et de nombreux obstacles vont apparaître dans le lien avec les proches notamment la phase délicate du déconfinement, l'impatience des proches à un retour à la normale, la réapparition du virus dans certaines structures, ... De plus, la durée moyenne d'un séjour en EHPAD est trois ans et quatre mois avec pour 82 % des cas un arrêt du séjour du fait du décès du résident (33), les proches d'aujourd'hui ne seront donc pas les proches des EHPAD de demain avec de nouveaux liens à reconstruire à chaque nouveau patient.

## 2.6 La particularité de la fin de vie :

Cette pandémie a entraîné de nombreux bouleversements notamment dans l'instauration de mesures de santé publique touchant de nombreux domaines dont les conditions de fin de vie et des obsèques pour l'ensemble des décès. La modification des conditions de l'adieu et de la séparation a eu des effets sur l'élaborations du deuil à la fois pour les proches des patients mais également pour les équipes soignantes.

Ces modifications ont eu pour conséquence des décès dans une certaine solitude, à la fois pour les patients, mais également pour les proches et les soignants. Cela va à l'encontre de l'accompagnement de la fin de vie qui implique une prise en charge globale du patient incluant ses proches (34).

Pour pallier à cela les soignants ont mis en place des stratégies de relais pour les proches ne pouvant pas être présents ou des compromis avec les mesures parfois jugées trop strictes (35).

Il est encore trop tôt pour conclure à des deuils perturbés car ce processus s'élabore sur une temporalité longue mais nous pouvons tout de même nous questionner sur les impacts du confinement sur le deuil des proches. Effectivement il a pu être vécu de façon traumatisante pour certains du fait d'un décès parfois brutal avec un appauvrissement des rites funéraires. Le fait d'empêcher les toilettes mortuaires par exemple aura pu être vécu comme un non-respect de la personne défunte et de sa dignité. Le peu de place laissé à l'accompagnement du patient décédé et de leurs familles peut rendre difficile le détachement du proche et donc la possibilité pour lui de « continuer de vivre » (36,37).

## 2.7 Des soignants fortement marqués par cette période :

Les soignants étaient déjà épuisés avant le début de cette crise sanitaire avec des manques de personnel et de moyens. Ils se sont donc lancés dans cette période qu'ils ont vécue comme une bataille, et ce de façon contrainte, contre un virus qui pouvait s'attaquer à tous y compris à eux. Une couverture médiatique intense les portait en « héros » mais cette image pouvait être à double tranchant (38) :

D'un côté on valorisait leur fonction de soignant ce qui pouvait donner un regain de sens à leur profession.

D'un autre on masquait leur vulnérabilité en leur demandant de se sacrifier à la fois physiquement et psychologiquement et le plus souvent en silence.

Ce statut COVID + ou COVID – était lourde de responsabilité pour la structure et donc pour les soignants qui pouvait être assimilé à « une sanction » pour eux lorsque le virus apparaissait dans la structure. On retrouve d’ailleurs de nombreuses similitudes avec l’épidémie de la peste notamment dans le rejet de l’autre par qui le mal arrive. (39)

Les EHPAD durant cette période épidémique exceptionnelle, sont passés d’un statut de « lieu de vie » à « lieu de soin » avec un confinement souvent strict imposé aux patients. Les patients se sont retrouvés privé de la liberté de sortir d’un établissement tout en étant exposés à un fort risque d’être contaminés au sein de celui-ci. Ils ont également été isolés de leurs proches qui sont généralement leur principale raison de vivre (40).

L’Espace national de réflexion éthique de la région Île-de-France, a conduit une enquête identifiant sept difficultés majeures : l’isolement induit par l’interdiction des visites, le manque de matériels de protection et de tests, les difficultés des personnes en difficulté cognitive à comprendre les mesures pour éviter la propagation de l’épidémie, la soutenabilité de la surcharge de travail pour les professionnels, l’inquiétude des familles des résidents, les situations complexes à domicile et les difficultés d’accès aux soins. D’un autre coté quatre initiatives ont été révélées : information et formation des équipes, compensation de l’interruption des visites, concertations et échanges entre professionnels, actions au bénéfice des personnes vivant à domicile (41). Cette étude nationale retrouve beaucoup d’éléments de notre recherche.

## V. Conclusion :

Le confinement a été un bouleversement pour les équipes soignantes, les proches et les patients. Il est venu remettre en question toutes les habitudes organisationnelles, les protocoles sanitaires et les relations entre chacun.

Nous avons vu à travers cette crise sanitaire la créativité et la réactivité des équipes soignantes des EHPAD qui n'ont pas attendu des consignes officielles pour trouver des solutions notamment dans des modalités de communication avec les proches.

Cette période est venue mettre en relief quelques éléments primordiaux dans le soin aux aînés : la place indispensable des proches dans la prise en soin des patients, la fonction essentielle des soignants en EHPAD, la solidarité des équipes surtout lors d'une épreuve comme celle-ci, les échanges indispensables entre les proches des patients et les soignants pour une meilleure communication, pour éviter des tensions, les incompréhensions et pour rassurer.

Globalement, la relation entre les familles et les équipes soignantes s'est vue renforcée avec plus de confiance, plus d'empathie et de compréhension réciproque. Cependant durant cette crise sanitaire certaines attitudes ou prises de position excessives des proches ont pu s'exprimer et créer ainsi des tensions. Plusieurs causes peuvent être identifiées : incompréhension des mesures prises, informations inquiétantes et peu claires dans les médias, impatience d'un retour à la normale et inquiétudes des familles face à la menace sur la vie que représentait cette maladie.

Cependant certaines limites au renforcement du lien ont pu être identifiées par les équipes soignantes. Leur charge de travail amplifiée durant cette période diminuait leur disponibilité auprès des proches. Leur volonté de protéger les patients qu'ils ont en charge leur imposait de limiter le contact avec tout vecteur potentiel y compris leurs proches. Les soignants évoquaient également des craintes sur d'éventuelles plaintes, amplifiées du fait d'une couverture médiatique majeure de cette épidémie.

Cette période aura en tout cas profondément marqué les équipes soignantes qui se sont toutes mobilisées avec un investissement physique et émotionnel très intense.

Cette épidémie COVID-19 et les mesures prises afin d'endiguer sa propagation ont eu des conséquences majeures pour le secteur du soin des personnes âgées. Ces conséquences ont été d'autant plus importantes que ce secteur souffre depuis plusieurs années (manque de personnel, conditions de travail difficiles, moyens inadaptés aux besoins, réforme qui tarde à venir).

Malgré cela cette crise a été révélatrice des ressources des EHPAD, avec des professionnels qui se sont mobilisés afin de préserver leurs valeurs du soin et de l'accompagnement des patients et des proches.

Cette crise est venue impacter la relation triangulaire classique en EHPAD : patients, équipe soignante et proches, il serait intéressant de voir comment celle-ci évolue par la suite dans ce contexte épidémique qui perdure.

Faire un bilan de cette période est indispensable (ce qui a fonctionné, ce qui est à remettre en question) pour faire évoluer les EHPAD, étudier l'importance à laisser aux proches, ainsi qu'au lien entre ceux-ci et les soignants.

## VI. Bibliographie :

1. Noël J-L. Conserver le sens de l'accompagnement en EHPAD malgré le Covid-19. Espace éthique Ile-de-France. 10 avril 2020;
2. Communication avec les soignants et les familles. Congrès SFAR Médecins Urgences vitales. 2016;
3. Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. EHPAD et familles de résidents : deux sémiosphères en compétition. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 août 2016;16(94):194-203.
4. Thomas C. L'EHPAD comme tiers séparateur - ScienceDirect. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. avr 2017;17(98):114-7.
5. Planson N. La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels. Sociétés Contemporaines. 2000;40(1):77-97.
6. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. Être un membre efficace en équipe. 2012.
7. Jakobson R. Closing statement Linguistics and Poetics. In 1960.
8. Bastien Sala. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2018. [thèse d'exercice de médecine] Université de Nice Sophia Antipolis.
9. Gaëtan Houdard, Dominique Ménard, Nathalie Dumoitier. Revue Exercer 2016;127:226-32. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences.
10. Communiqué de presse du gouvernement. Le Gouvernement renforce les mesures de protection des personnes âgées au stade 2 de l'épidémie de coronavirus COVID-19, 11 mars 2020.
11. Légifrance. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Article 1. 2020-260 mars 16, 2020.
12. L'express, AFP. Olivier Véran demande aux Ehpads un « isolement individuel » des pensionnaires - L'Express. 28 mars 2020;
13. Société Française Gériatrie et de Gérontologie SFGG. Lettre ouverte au Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran 29 Mars 2020.
14. Sacco G, Brière O, Asfar M, Guérin O, Berrut G, Annweiler C. Symptômes du Covid-19 chez la personne âgée : revue systématique de la littérature biomédicale internationale. Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. juin 2020;18(2):135-40.
15. Marie S. La place des familles et des proches des résidents en EHPAD : à la recherche d'une intégration réussie. L'exemple de la maison de retraite publique de Ganges « Le Jardin des Aînés ». Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique; 2008.

16. Groupement national des animateurs en gérontologie. Guide d'accompagnement pour aider les animateurs sociaux en gérontologie face à la crise. avril 2020;20.
17. Santé Publique France. Données épidémiologiques de la région Centre-Val de Loire, Surveillance des épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites aiguës (GEA) dans les Ehpad, Décembre 2017.
18. Haut Conseil Santé Publique. Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées 29 Janvier 2010.
19. Haut Conseil Santé Publique. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées, Juillet 2012.
20. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Comment lutter contre la grippe en EHPAD ? 06 Avril 2020.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées, 30 Septembre 2019.
22. Berrut G, Decker L de, Aquino J-P, Ahmine S, Amalberti N, Arlaud C, et al. Les unités de gériatrie au début de l'épidémie du Covid-19 de 2020 en France. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 1 juin 2020;18(2):125-33.
23. Ray P, Li J, Ariani A, Kapadia V. Tablet-Based Well-Being Check for the Elderly: Development and Evaluation of Usability and Acceptability. JMIR Hum Factors. 12 mai 2017;4(2).
24. Ansaldo AI. Préserver la communication en situation d'isolement extrême dans le contexte de pandémie Covid-19 : l'importance de la composante émotionnelle. Revue de neuropsychologie. 1 avril 2020;12(2):158-60.
25. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques : Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. 2004.
26. Fedor MC, Leysse-Ouvrard C. « L'intégration des familles à l'hôpital » : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ? Recherche en soins infirmiers. 2007;N° 89(2):58-75.
27. Balard F, Corvol A. Covid et personnes âgées : liaisons dangereuses. Gérontologie et société. 10 août 2020;42 / n° 162(2):9-16.
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche établissement de santé : Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, 31 Mars 2020.
29. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? Les Tribunes de la sante. 1 avril 2010;n° 26(1):49-59.
30. Fieux F, Hantala N, Satre-Buisson L, Quillerou B. Relation avec les familles soumises aux restrictions d'accès des patients hospitalisés en réanimation. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 6 août 2020;

31. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise. 2 février 2016;n° 20(1):45-67.
32. Mellier D. Chapitre 24. Vie d'équipe et processus groupaux en réanimation. Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Dunod; 2015.
33. Abert J-M, Douangdara S, Boulanger S. L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES Statistique Publique; 2018.
34. AMAR S. L'accompagnement en soins palliatifs. Approche psychanalytique. Le soutien des proches. In: Psychothérapies Pratiques. Dunod; 2012. p. 123-30.
35. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med. 11 juin 2020;382(24):e88.
36. Aubry R. « Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID 19 a-t-elle soulevé ? » Éthique & Santé. 25 juin 2020;
37. Roussel M. La neuropsychologie à l'heure de la crise sanitaire engendrée par le Covid-19. Revue de neuropsychologie. 1 avril 2020;12(2):191-2.
38. Peyrat-Apicella D, Gautier S. Peyrat-Apicella D, Gautier S. COVID-19 : aux frontières de la folie. Éthique et santé (2020). juin 2020;8.
39. Costedoat C, Lami A, Signoli M, Chevé D. 2020 en temps d'épidémie : la peste en filigrane ? Recherches & éducations. 11 mai 2020;(HS).
40. Ladiesse M, Léonard T, Birmelé B. Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. Éthique & Santé. 16 août 2020;8.
41. Gzil F, Clause-Verdreau A-C, Brugeron P-E, Hirsch E. Éthique, soin et grand âge pendant l'épidémie de Covid-19. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 1 juin 2020;18(2):151-6.

## VII. Annexes :

### 3. Annexe 1 : Mail aux EHPAD expliquant les modalités des entretiens :

**Marine ROGER**

Médecin généraliste

Bonjour,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante dans le Loir et Cher et médecin à temps partiel au sein de la CASTT (Cellule d'Appui et de Soutien Téléphonique Territoriale) qui dépend de l'hôpital de Blois, je travaille sur un projet de thèse portant sur les impacts du confinement sur l'équipe soignante des EHPAD.

Pour cela je souhaiterais organiser **des entretiens individuels** de différents membres de votre équipe soignante afin d'explorer ce thème.

Chacun des entretiens durerait environ **30 à 45 minutes, au sein de votre structure** et concernerait différentes catégories professionnelles : infirmière, aide-soignante, agent de service hospitalier, médecin coordinateur, infirmière coordinatrice, psychologue et animatrice.

Ces entretiens seront enregistrés afin de me permettre une retranscription qui maintiendra un **anonymat** à la fois de votre structure mais également de chaque participant.

Ils seront organisés durant le mois de **Juin 2020** afin d'avoir un retour d'expérience et du vécu à chaud de l'équipe soignante des EHPAD. On pourra avoir un reflet de cette période si particulière que vous traversez actuellement.

Directrice de thèse : Dr Anne Sophie LEFAUCHEUR (médecin EADSP 41)

Si vous souhaitez d'autres renseignements, n'hésitez pas à me contacter, je reste à votre disposition,

Cordialement,

Marine ROGER

#### 4. Annexe 2 : Guide d'entretien :

<b>Guide d'entretien</b>
--------------------------

##### **Question d'ouverture :**

1. Racontez-moi une situation qui vous a marqué concernant la relation avec les proches d'un patient durant le confinement.

##### **Durant le confinement :**

1. Comment avez-vous vécu cette relation avec la famille des résidents durant le confinement ?

*(Relances : Quel était votre degré d'implication ? Quels étaient les aspects positifs ? négatifs ? Quelles émotions cela suscitaient chez vous ?)*

2. Par quelles modalités se faisait le lien avec les proches des résidents durant le confinement ?

*(Relances : par qui se faisait le lien ? par quel moyen ? Combien de temps représentait le lien avec les familles ? Fréquence des échanges avec les proches du patient ?)*

3. Qu'est ce qui a été facilitant dans le lien avec les proches durant le confinement ?

4. Qu'est ce qui a été limitant dans le lien avec les proches durant le confinement ?

5. A votre avis quelle était la vision que les familles avaient de l'équipe soignante durant ce contexte épidémique ?

6. Avez-vous l'impression que les proches des résidents ont changé à votre égard durant ce confinement ?

*(Relances : changement dans le contenu du discours des proches ? durant ce confinement ? Changement du regard que les proches portent sur vous ?)*

**Avant le confinement :**

7. Par quelles modalités se faisait le lien avec les familles avant cet épisode de confinement ?

*(Relances : par qui se faisait le lien ? par quel moyen ? Combien de temps représentait le lien avec les familles ? Fréquence des échanges avec les proches du patient ?)*

8. Quel était votre vécu de cette relation avec la famille des résidents avant le confinement ?

*(Relances : Quel était votre degré d'implication ? Quels étaient les aspects positifs ? négatifs ? Quelles émotions cela suscitaient chez vous ?)*

**Après le confinement :**

9. A votre avis en quoi le confinement va changer les relations avec les proches par la suite ?

10. Avez-vous une dernière remarque concernant la relation avec les familles ?

**Vu, le Directeur de Thèse**

Tours, le 21 Août 2020

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping, fluid strokes that form a stylized, somewhat abstract shape.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## **ROGER Marine**

75 pages - 1 tableau – 9 figures – 2 annexes

### **Résumé :**

**Contexte** : En France, en réponse à la propagation de l'épidémie de COVID-19 début 2020, un confinement a été mis en place impliquant une restriction des contacts humains et des déplacements au strict nécessaire. Les EHPAD ont connu durant cette période une réorganisation majeure du fait de la fragilité des personnes âgées qu'ils ont en charge. Dans les EHPAD, la relation triangulaire entre soignants, proches et patients, est un facteur déterminant dans la prise en soin de ces derniers.

**Objectif** : Explorer l'influence du confinement lors de l'épidémie de COVID-19 sur la relation entre les équipes soignantes des EHPAD et les proches des résidents.

**Méthode** : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 14 professionnels des équipes soignantes de quatre EHPAD du Loir- et-Cher en Juin 2020. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique de contenu avec émergence d'une théorie.

**Résultats** : Le lien entre les équipes soignantes et les familles a été particulièrement impacté par le confinement. Les modalités de communication avec les familles ont changé (exemple de la visiotéléphonie). Une réorganisation majeure des équipes soignantes a été mise en place pour faire face à ce virus inconnu (nouveaux protocoles sanitaire, changement de fonctions, charge de travail plus importante et amplification des collaborations). On a perçu un renforcement de la relation de confiance, avec une reconnaissance accrue des familles envers le travail des soignants. Cela a fait soutien aux équipes durant cette période difficile pour eux. De nombreux facteurs ont modifié la relation avec les proches des résidents avec une influence plus ou moins forte et plus ou moins positive : compréhension par les familles des mesures barrières, cohésion des équipes, charge de travail, image véhiculée par les médias, crainte d'une judiciarisation. Le doute subsistait sur la poursuite de cette reconnaissance dans le temps.

**Conclusions** : Cette période a renforcé le lien entre les proches du patient et les équipes soignantes mais avec certaines limites. Il sera intéressant d'étudier l'évolution de ce lien dans le temps et ce qui aurait pu être amélioré durant cette gestion de crise.

**Mots clés** : EHPAD, proches du patient, équipe soignante, COVID-19, relation

### **Jury :**

Président du Jury :	Professeur Matthias BUCHLER
Directeur de Thèse :	<u>Docteur Anne Sophie LEFAUCHEUR</u>
Membres du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
	Professeur Bertrand FOUGERE

**Date de soutenance** : 21 Septembre 2020