



Faculté de médecine

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Louise FOUQUET

Née le 02 mars 1995 à Tours (37)

TITRE

**Les impacts de la crise sanitaire CoVid-19 sur les pratiques professionnelles
et relationnelles au sein du collectif de travail : Étude immersive au sein
d'un EHPAD d'Indre et Loire (37)**

Présentée et soutenue publiquement le **19 décembre 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur NKODO Jacques-Alexis, Psychiatrie, PH, CHRU – Tours

Docteur Frédéric SCHMITT, Médecine Générale – Joué les Tours

Docteur Tony ORIVAL, Sociologie – Tours

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole 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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUTREUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
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
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président de jury, Monsieur le Professeur Bertrand FOUGERE,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et juger mon travail. Je vous en suis très reconnaissante, à la fois pour le temps consacré à l'évaluation de ce travail et pour les commentaires constructifs que vous pourrez me faire.

A Madame la Docteur Isabelle ETORRI, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre implication dans la formation de futurs praticiens.

A Monsieur le Docteur Jacques-Alexis NKODO, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Je vous adresse tous mes remerciements pour le temps et la considération que vous portez à mon travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Frédéric SCHMITT,

Je te remercie Fred d'avoir accepté de me diriger dans cette thèse et de m'avoir ouvert les portes de l'EHPAD. Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse. Merci également pour ta formation pendant mon SASPAS. En espérant être une aussi bonne médecin que toi !

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Tony ORIVAL,

Je vous remercie de m'avoir dirigée dans ce travail, de vous être rendu autant disponible pour me faire découvrir le monde du qualitatif. Peut-être pouvons-nous nous tutoyer désormais ?

A l'établissement et son directeur,

Je tiens à vous remercier de m'avoir ouvert les portes de l'EHPAD et de m'avoir permis de réaliser ce travail.

Aux participants de l'étude,

Je tiens à remercier les 11 personnes qui ont donné de leur temps pour la réalisation des entretiens. Je vous remercie de m'avoir confié vos visions personnelles.

A Madame Céline DAGOT,

Je te remercie Céline pour ton aide précieuse dans la réalisation du guide d'entretien ainsi que pour tes conseils avisés qui m'ont permis d'entrevoir de façon plus sereine l'écriture de ce travail.

A tous les professionnels de santé qui m'ont formée,

Dr RUSU, Dr GABERT et Dr DRAHI qui m'ont accueillie lors de mon premier stage d'internat, à l'équipe médicale des urgences du CHRO, l'équipe médicale de Pédiatrie et Gynécologie du CH de Bourges, Dr BALCON en SSR au CHRO, les Dr PRAGNON et Dr MATHIEU lors de mon SASPAS, merci pour votre formation et vos conseils qui m'ont permis de grandir en tant que médecin.

Aux équipes d'endocrinologie du CHU, notamment le Professeur Maillot, Valerie-Anne, Peggy, Lise, Aurore ma cointerne, merci de vous être occupée de moi pendant ce stage au CHU « dans la cour des grands », malgré des journées longues j'en garde un très bon souvenir. Mention particulière pour vous François, au plaisir de trinquer à votre retour du Brésil.

A mes amis,

Du lycée d'abord, Lili Louise et Alix, les copines de toujours. 15 plus tard toujours là, toujours des soirées mémorables... Malgré la distance géographique pour certaines, je vous garde précieusement dans mon cœur.

Mes gars Marou et Quentin, j'ai hâte de vous retrouver pour pouvoir festoyer jusqu'au bout de la nuit et refaire le monde à vos côtés.

Mon Nico, mon loulou, mon toucan, merci d'être là et merci d'être toi. Malgré une vie trépidante que tu articules entre poésie et science, je sais que ton soutien est sans faille, et ce, depuis de nombreuses années.

Thibault aussi, je ne t'oublie pas, nous sommes passés par tous les âges ensemble, merci pour nos échanges de qualité, nos verres en ville et nos soirées endiablées sur Bande Organisée. J'espère que la vie Bretonne avec Chainesse te comblera.

D'externat ensuite, Marie, Maëlle et Lili, les 4 fantastiques. De notre crit au Croisic à la soirée des 10 ans des seins de Marie... Que de temps passé, que d'évolution. Que de rires, que de soirées, de strabismes divergents, de tacles devant un bar dont je n'ai plus le nom, de tarots SANS triche. Je vous aime fort les Sestra, et Lili malgré ton départ lyonnais et la distance, je pense encore fort à toi. Quoique je me demande... C'est qui Marie ?

D'internat maintenant, Jeremy mon brave, merci pour ton soutien pendant ces 3 années, pour ton aide pour les GEAP, pour nos covoit à CHARTRES, pour m'avoir présentée à Saint Flo, merci de chaperonner la petite Louise qui en a bien besoin.

Élise, notre néphrologue, tu mérites bien une petite ligne TOI.

Edouard, Geoffrey, Paul, mes compagnons aux urgences, merci pour tous les moments que nous avons pu passer ensemble, en stage, en ville ou à l'internat.

Marion ma collègue de médecine interne, devenue une amie, même si je ne suis pas la plus présente, je pense fort à toi.

Catherine et Marie, nos pneumologues préférées, hâte de vous revoir.

Et aux autres enfin,

Ma Dodo, toi pour qui la médecine n'a pas de secret, mon coup de cœur amical, merci d'être toi, pétillante, toujours le mot pour rire, à nos verres à la guinguette en refaisant le monde.

Auriane et Guillaume, Marie Kzo, Solenne, Claire et Hub, les pièces rapportées Thibaud et Matthieu, Alix M et notre merveilleuse soirée à Rock en Seine, et à tous ceux que j'oublie.

A ma famille,

Ma cousine Pupu, merci de m'accompagner depuis 29 ans, aux nombreuses années ensemble !

A Julie, Marco, et mon petit Marcel, même si les choses sont plus compliquées, je pense fort à vous.

A ma mère-grand Mauricette et mon Papy Bernard, merci d'être encore en vie pour me voir devenir Docteur. Et à Mamie Jacqueline et Papy Berthou qui ne peuvent pas le voir mais qui auraient été fiers.

A mes sœurs, Jeanne, Adèle et Blanche, je vous aime fort et je vous suis reconnaissante de me supporter depuis votre naissance. Même si vous supporter n'est pas non plus une bosse de facilité...

A mes parents, merci de votre amour, de votre réconfort, de vos encouragements et de votre investissement dans mes études pour qu'elles se passent au mieux. Merci maman pour ton hébergement cet été et pour ton soutien. Merci papa pour ton expertise dans ce travail, pour tes relectures et tes conseils.

Aux filous Chloé et Hector,

A ma louloute.

RESUME (Fr)

TITRE : Les impacts de la crise sanitaire COVID-19 sur les pratiques professionnelles et relationnelles au sein du collectif de travail : Étude immersive au sein d'un EHPAD d'Indre et Loire (37)

CONTEXTE : La crise sanitaire COVID a balayé le monde de plein fouet au cours de l'année 2020, et la France a vécu au rythme des contaminations, décès et mesures sanitaires impactant considérablement la qualité de vie des citoyens. Cette crise a notamment impacté les professionnels de santé, et l'un des constats à distance de la crise est son impact dans les EHPAD. Des pratiques professionnelles à l'organisation des établissements, en passant par les coopérations professionnelles ou encore les relations avec les résidents et les familles, un ensemble de modifications a été visible pour s'adapter au contexte. Notre étude s'intéresse justement à ces impacts, au sein d'un EHPAD d'Indre et Loire.

METHODE : Une étude qualitative avec analyse thématique auprès de 11 professionnels de l'EHPAD.

RESULTATS ET DISCUSSION : Les professionnels de l'EHPAD participant à l'étude ont largement expliqué avoir vécu un chamboulement dans leurs pratiques professionnelles et dans l'organisation dans l'aigu, devant s'adapter à l'urgence du contexte et aux protocoles. Cette désorganisation a entraîné une charge de travail non négligeable, avec le constat d'un « front soignant », contrastant avec un certain « arrêt sur image » rapporté par l'équipe médicale. Cependant, bien que la situation ait entraîné des changements significatifs, un retour à une certaine « normalité » semble s'être opéré et que l'organisation a retrouvé une certaine stabilité. Cette expérience a marqué le collectif professionnel sur le plan des coopérations. A l'analyse des entretiens, il apparaît qu'il existe une solidarité entre les différents métiers, notamment entre les IDE et AS. Pour autant, l'intensification de la hiérarchie et la verticalité décisionnelle a pu entraîner des tensions au sein des équipes, exacerbées par une pression constante. Les liens avec les résidents ont été chamboulés et les interactions humaines essentielles à la qualité de la prise en charge ont été entravées, notamment par le port du masque et les protocoles sanitaires. La place des familles dans la prise en soin de leur proche a dû être repensée et de nouvelles méthodes de communication ont émergé pour permettre le maintien d'un lien. Les équipes ont salué ce lien tout en expliquant la difficulté que cela a pu représenter pour les résidents fragiles. Enfin, à travers ces témoignages, il ressort que cette période a été préjudiciable sur la santé mentale des professionnels qui ont pu souffrir sur le plan psychologique avec un épuisement intense.

CONCLUSION : La crise sanitaire a modifié les pratiques professionnelles et relationnelles au sein de l'EHPAD, mais elle a également révélé des dynamiques de solidarité et d'adaptation qui continuent de marquer le quotidien des équipes soignantes. L'établissement s'est adapté à cette période particulière, et cette adaptation s'est accompagnée d'une intensification de la charge de travail avec des rôles professionnels chamboulés et des repères de travail perturbés. Il apparaît essentiel que les leçons tirées de cette période, tant sur le plan organisationnel que relationnel, soient intégrées dans les pratiques futures, afin d'assurer un accompagnement humain et de qualité pour les résidents tout en préservant le bien-être des professionnels.

MOTS CLES : COVID-19, EHPAD, Impact, Pratiques Professionnelles, Organisation Professionnelle, Relations Soignants-soignés, Coopérations Professionnelles, Risques Psychosociaux.

RESUME (Anglais)

TITLE: The Impacts of the COVID-19 Health Crisis on Professional and Relational Practices within the Work Collective: An Immersive Study at the Nursing Home in Indre et Loire (37).

ABSTRACT : The COVID-19 crisis struck the world with full force in 2020, and France experienced a wave of infections, deaths, and public health measures that significantly affected citizens' quality of life. This crisis had a particular impact on healthcare professionals, and one of the key observations in the aftermath of the crisis is its effect on nursing homes. From professional practices and organizational structures to professional cooperations and relationships with residents and families, changes were evident as adaptations were made to meet the challenges of the situation. Our study specifically focuses on this impact within a nursing home in Indre-et-Loire.

METHOD: A qualitative study with thematic analysis involving 11 professionals from the nursing home.

RESULTS AND DISCUSSION: The participants widely reported experiencing a disruption in their professional practices and organizational structures in response to the urgency of the situation and the implementation of health protocols. This disorganization led to a significant increase in workload, with a clear "carefront," contrasting with a certain "freeze-frame" experienced by the medical team. However, although the situation caused significant changes, a return to a certain level of "normalcy" appears to have occurred, and the organization has regained stability, though some adjustments are still ongoing. This experience has notably impacted the professional collective in terms of cooperation. Solidarity between different professions was reported, particularly between nurses and care assistants. Nevertheless, the intensification of hierarchy and decision-making verticality led to tensions within the teams, exacerbated by constant pressure. Relationships with residents were disrupted, and essential human interactions necessary for quality care were hindered, particularly due to the use of masks and health protocols. The role of families in the care of their loved ones had to be rethought, and new methods of communication emerged, allowing for the maintenance of a connection. The teams acknowledged the importance of this connection while also pointing out the challenges it posed for frail residents. Finally, from these testimonies, it is clear that this period had a detrimental effect on the mental health of professionals, many of whom experienced psychological distress and intense burnout.

CONCLUSION: The health crisis altered professional and relational practices within the Nursing Home, but it also highlighted dynamics of solidarity and adaptation that continue to shape the daily lives of the care teams. The institution adapted to this unique period, and this adaptation was accompanied by an intensification of the workload, with professional roles disrupted and work routines disturbed. It is essential that the lessons learned from this period, both in terms of organizational and relational aspects, be incorporated into future practices in order to ensure human-centered, quality care for residents while also safeguarding the well-being of the professionals.

KEYWORDS: COVID-19, Nursing Home, Impact, Professional Practices, Professional Organizations, Caregiver-Patient Relationships, Professional Cooperations, Psychosocial Risks.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	p 16
-------------------------------	-------------

I. INTRODUCTION	p 17
------------------------	-------------

1. Préambule : motivations personnelles	p 17
2. L'épidémie COVID-19 en France : une crise sans précédent	p 17
A. La COVID en quelques dates	p 18
B. La COVID en quelques chiffres	p 18
C. Impact dans les EHPAD : des structures durement touchées	p 19
D. Impact sur les professionnels de santé	p 19
3. Les REX – Retours d'Expérience : 2 rapports intéressants	p 20
4. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ?	p 21
5. Question et objectif de recherche	p 22

II. METHODOLOGIE	p 23
-------------------------	-------------

1. Choix du type d'étude : Une étude qualitative avec analyse inductive générale et thématisation.....	p 23
2. Population étudiée	p 23
A. Échantillonnage	p 23
B. Choix de la population	p 23
C. Recrutement	p 24
3. Le recueil des données : les entretiens	p 25
A. Élaboration des entretiens	p 25
B. Déroulement des entretiens	p 25
4. Analyses des données	p 26
5. Cadre éthique légal	p 26

III. RESULTATS	p 27
-----------------------	-------------

1. Présentation et schématisation des résultats	p 27
2. Pratiques professionnelles et prise en soin	p 27
A. Avant la crise	p 27
a. Les AS : un métier prenant et polyvalent autour du patient	p 27
b. Les IDE : de la technique et du relationnel	p 27
c. Les médecins : du suivi clinique, de l'aigu et de la coordination avec les soignants	p 28
d. Focus : la gestion des fins de vie en EHPAD.....	p 28
B. Pendant la crise	p 28
a. Des règles d'hygiène accentuées	p 28
b. La rapidité des soins et passages : l'arrêt du social	p 29
c. Une gestion des accompagnements et des fins de vie chamboulée	p 29
d. Vivre avec la mort au quotidien	p 31
e. Des prises en soins à composer avec de l'incertitude	p 31
f. Une prise en charge « centrée COVID »	p 32
g. Un personnel qui s'interroge sur leurs prises en soins et les mesures	p 32
h. Des conflits éthiques	p 33
C. Après la crise	p 33

a.	Une maladie intégrée dans le quotidien	p 33
b.	Des pratiques professionnelles inchangées	p 33
c.	Les apprentissages	p 33
3.	Organisation professionnelle.....	p 35
A.	Mise en place des mesures sanitaires	p 35
a.	Description des mesures	p 35
b.	Des mesures difficilement vécues	p 36
c.	Des mesures remises en question par certains	p 37
d.	Mais non questionnées pour d'autres	p 37
B.	Des rôles modifiés	p 37
a.	Une organisation perturbée	p 38
b.	De nouvelles fonctions et tâches	p 38
c.	Une charge de travail augmentée	p 39
d.	Contexte de carences professionnelles existantes	p 40
4.	Coopérations et relations professionnelles	p 40
A.	Intra-professionnelles	p 41
a.	Avant la crise	p 41
i.	De bonnes relations et cohésion d'équipe.....	p 41
ii.	Une communication présente	p 41
b.	Pendant la crise : Une véritable entraide	p 41
c.	Après la crise : Une solidarité encore visible entre IDE	p 42
B.	Interprofessionnelles	p 42
a.	Avant la crise	p 42
i.	Des relations cordiales	p 42
ii.	Des binômes à plusieurs échelles	p 42
iii.	Une hiérarchie bien dessinée	p 43
iv.	Des moments d'échanges	p 43
v.	Des soignants se sentant dévalorisés	p 43
b.	Pendant la crise	p 44
i.	Un sentiment d'entraide entre soignants	p 44
ii.	Contrastant avec un front soignant isolé	p 45
iii.	Un abandon des cadres	p 45
iv.	Un sentiment hiérarchique intensifié	p 46
v.	Des moments d'échanges perturbés	p 46
c.	Après la crise	p 47
i.	Une communication toujours présente, voire intensifiée	p 47
ii.	Une solidarité conservée	p 47
iii.	Une remise en question de la Direction	p 48
5.	Relations avec les résidents et les familles	p 48
A.	Relations avec les résidents	p 48
a.	Avant la crise : des relations harmonieuses	p 48
b.	Pendant la crise	p 49
i.	Des soins froids, rapides, qui impactent les liens	p 49
ii.	Problématique du masque : absence de communication non verbale	p 49
c.	Après la crise	p 50
i.	Relations inchangées	p 50

ii.	Intensification de la communication	p 50
B.	Relations avec les familles	p 51
a.	Avant la crise	p 51
i.	Des relations cordiales et une place au cœur du projet de soin	p 51
ii.	Mais qui tendent à évoluer : exigence accrue, familles procédurières	p 51
b.	Pendant la crise	p 51
i.	Une forme de communication différente	p 52
ii.	Un contexte anxiogène avec un regard intrusif.....	p 52
c.	Après la crise	p 52
i.	Une dégradation inévitable ?	p 53
ii.	Des relations inchangées	p 54
6.	Vécu des résidents et familles : vu par les professionnels	p 54
A.	Vécu des résidents	p 54
a.	Un sentiment d'emprisonnement	p 54
b.	Un sentiment de peur	p 54
c.	Un impact psychologique et glissement	p 54
d.	Un sentiment de solitude et isolement	p 55
e.	Patient dans la non-compréhension de la situation	p 55
B.	Vécu des familles	p 56
a.	Une période douloureuse	p 56
b.	Un sentiment de frustration	p 56
c.	Un sentiment de reconnaissance	p 56
7.	Vécu et ressenti personnel	p 56
A.	Un sentiment d'Inconnu et d'expectative	p 56
B.	Un sentiment de colère de ne pas être pris au sérieux	p 57
C.	Un épuisement professionnel soignant VS un sentiment d'inutilité du corps médical	p 57
D.	Des souffrances psychologiques	p 58
E.	Des questionnements professionnels	p 59
F.	Entourage proche plus ou moins épargné	p 59
G.	Peur et culpabilité de la transmission aux proches	p 59
H.	Comment vont-ils aujourd'hui ?	p 60

IV. DISCUSSION p 61

1.	Résultats principaux et dialogue avec la littérature	p 61
A.	Des pratiques professionnelles chamboulées dans l'aigu	p 61
B.	Une organisation contraignante, des glissements professionnels et une charge de travail accrue	p 62
C.	Une expérience marquante pour le collectif professionnel	p 63
a.	Solidarité et Coopération Intra-Professionnelle	p 63
b.	Entre entraide et tensions: Les coopérations interprofessionnelle	p 64
D.	Les défis relationnels	p 67
a.	Évolution des relations Soignants-Résidents : De l'harmonie à la distance	p 67
b.	Des relations Soignants-Familles entre contrôle et collaboration	p 67
E.	Dans l'ombre de la pandémie : Vécu des résidents et de leurs familles	p 69
F.	En première ligne : L'épreuve des soignants en EHPAD	p 70
2.	Forces et limites	p 71
3.	Perspectives et recommandations	p 72

V. CONCLUSION	p 74
BIBLIOGRAPHIE	p 76
ANNEXE 1	p 79
ANNEXE 2	p 81

LISTE DES ABREVIATIONS

EHPAD : Établissement pour personnes âgées dépendantes

MSU : Maître de stage universitaire

CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans

JHU : John Hopkins University

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

REX : Retour d'Expérience

IDE : Infirmier Diplômé d'État

AS : Aide-Soignant

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

HAD : Hospitalisation à Domicile

DGS : Direction générale de la Santé

ASG : Assistant de soins en gériatrie

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

GAPP : Groupe d'analyse des pratiques professionnelles

DU : Diplôme universitaire

PTSD : Syndrome de Stress Post-Traumatique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

I. INTRODUCTION

1. Préambule : Motivations personnelles

Au cours de mon parcours professionnel, le choix de la médecine générale s'est rapidement imposé à moi. Elle me semblait la plus en accord avec la vision de la médecine que je souhaitais exercer, à savoir une médecine polyvalente. J'ai eu l'occasion à de nombreuses reprises, au cours de mes stages d'internat en ambulatoire, de me déplacer dans des EHPAD initialement en tant qu'observatrice. L'un de mes MSU, également directeur de thèse, est médecin coordinateur en EHPAD. Il m'a fait découvrir cette fonction qui m'était étrangère. C'est par la suite, lors de remplacements de médecins installés, au cours de visites, que j'ai pu apprécier le fonctionnement de ces structures. Si je n'ai pas vocation à exercer la profession de médecin coordinatrice, l'idée d'un salariat au sein d'EHPAD a germé intérieurement, et cette question se posera très certainement dans le futur.

La crise sanitaire, quant à elle, est arrivée lors de ma première année d'internat, d'abord en stage en ambulatoire puis lors de mon semestre aux urgences du Centre Hospitalier d'Orléans, balayant certitude, confiance, et repères en termes de prise en charge médicale fraîchement acquis. J'ai pu, à mon niveau, observer les chamboulements créés par l'arrivée de la téléconsultation, les temps morts, le doute, mais également la réorganisation complète des urgences du CHRO pour accueillir les patients malades. Aux urgences, une nouvelle temporalité était présente, ralentie, avec un impact direct sur les passages et sur les diagnostics. Il fut complexe d'atteindre les objectifs des secteurs, à savoir gérer la vague de patients COVID-19, éviter la contamination des autres patients et celle du personnel, et dans le même temps continuer à assurer la prise en charge des patients conventionnels.

C'est en discutant avec des pairs, professionnels de santé, que l'intérêt pour la réalisation d'une thèse sur l'impact de la crise sanitaire COVID-19 s'est initié. En effet, plusieurs discours étaient formulés et semblaient converger, notamment sur l'évolution des pratiques professionnelles ; d'abord sur la gestion de l'incertitude, qui a toujours été présente au quotidien dans notre métier mais souvent mise de côté, et semblait finalement être devenue une composante plus systématiquement prise en compte dans les prises en charge. Ensuite, sur les rapports à l'autre et les questionnements éthiques sur la conception du soin lorsque notamment, dans les services de réanimation, était évoquée une « sélection naturelle », ou encore lors de fins de vie de patients isolés.

Forte de ces différentes discussions et constats en termes d'impact, je me suis posée la question de m'y intéresser à l'échelle d'une structure inscrite dans mon quotidien, pouvant correspondre à un laboratoire d'observation sociologique cohérent. C'est donc naturellement que la thématique s'est tournée vers les professionnels de santé de l'EHPAD.

2. L'épidémie COVID-19 en France : une crise sans précédent

Première grande crise depuis les problématiques des années 80 et 90¹, l'épidémie de COVID-19 a balayé la France de plein fouet au cours de l'année 2020. Distillant incertitude et inquiétude, cette crise sanitaire a bouleversé le quotidien des Français. En quelques mois, le pays a vécu au rythme des

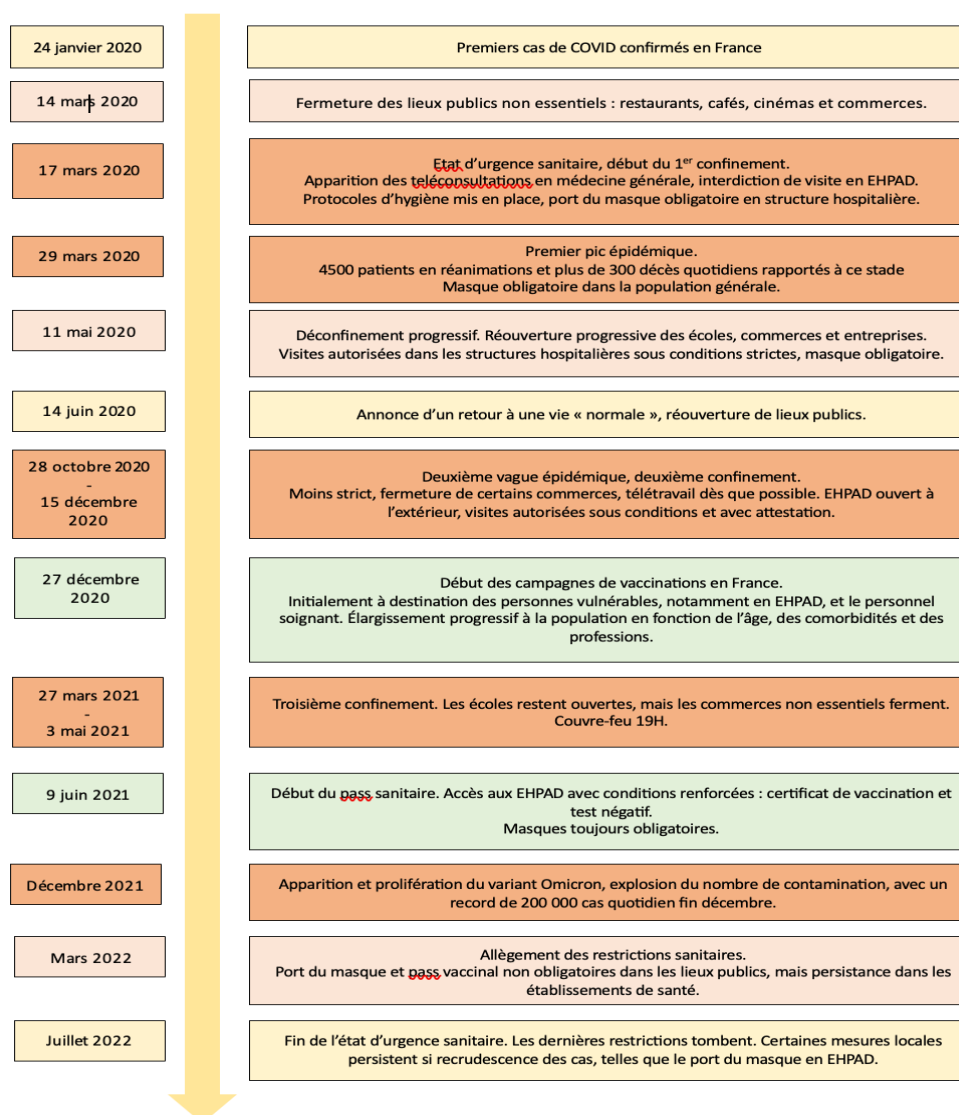
¹ Dans les années 80 et 90, l'Affaire du sang contaminé a bousculé le système de santé Français, où des centaines de personnes ont été infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C à la suite de transfusions sanguines issues de dons contaminés, en raison d'une gestion défailante des autorités sanitaires.

contaminations, des décès et des mesures sanitaires impactant considérablement la qualité de vie des citoyens.

Si, en 2024, la crise sanitaire semble désormais appartenir au passé, le virus ayant été intégré dans le quotidien des Français grâce aux campagnes de vaccination et à l'adaptation des comportements, les conséquences de la pandémie demeurent visibles à plusieurs niveaux. Ainsi l'impact sur la population reste tangible avec des effets à long terme, tant sur la santé publique que sur l'économie, et des séquelles psychologiques et sociales persistent

A. La COVID en quelques dates

Figure n°1 : Frise chronologique avec les dates clés en France



B. La COVID en quelques chiffres

En France, selon le décompte de l'Université américaine John Hopkins (JHU), en date du 03/10/2023, l'épidémie aurait entraîné 166 176 décès et 38 866 718 cas confirmés (1). Ces chiffres

reposent sur des bilans officiels communiqués par les autorités sanitaires françaises, qui se limitent aux cas de COVID-19 confirmés par tests et aux décès directement attribués au virus.

Toutefois, une étude menée en mars 2022 et publiée dans la prestigieuse revue *The Lancet* (2) met en lumière des failles dans ces bilans. Selon cette étude, les chiffres officiels sous-estiment largement l'ampleur de la pandémie, et le bilan serait finalement trois fois plus élevé que celui recensé, atteignant le demi-million de morts. Ce décalage entre chiffres officiels et la réalité s'expliquerait par la non prise en compte de la surmortalité indirecte en lien avec le virus. En effet, des décès en lien avec les complications secondaires liées à la COVID-19 ont été constatés, telles que des pathologies chroniques aggravées par l'isolement social ou par les reports de soins, ou encore les répercussions sur la santé mentale, notamment les suicides et les troubles psychologiques prolongés.

C. Impact dans les EHPAD : des structures durement touchées

À distance de la crise, un constat sans appel se dégage quant à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les EHPAD. Effectivement, entre 2020 et 2022, ces structures ont été particulièrement frappées par la pandémie, tant en termes de santé publique que de gestion sanitaire. En plus des résidents, les professionnels de santé, souvent en première ligne, ont également été exposés à un risque élevé d'infection. Selon les données de Santé Publique France (3), près de 47% des décès liés à la première vague de COVID-19 concernaient des personnes âgées vivant en EHPAD. Ce chiffre témoigne de la vulnérabilité de cette population face à la maladie. Un rapport épidémiologique du 7 mai 2020 indique que 75% des décès liés au COVID chez les personnes âgées de 75 ans et plus ont eu lieu dans ces établissements (4).

Cette donnée peut être expliquée en grande partie par la concentration de facteurs de risque dans les EHPAD, où les résidents, fragilisés par l'âge et les pathologies chroniques, présentent un état de santé souvent précaire. En moyenne, cette population âgée souffre de 8 comorbidités (5), ce qui la rend plus vulnérable aux formes graves du virus.

D. Impact sur les professionnels de santé :

La crise sanitaire liée au COVID-19 a profondément impacté les professionnels de santé en France, particulièrement ceux travaillant dans les hôpitaux et les établissements de santé. Les soignants² en première ligne, comme dans les services de soins intensifs, ont été les plus exposés, mais l'impact a également été considérable dans d'autres secteurs hospitaliers. En effet, tous les services ont dû faire face à une surcharge importante de travail. L'afflux massif de patients associé à un manque chronique de personnel qualifié et de matériel technique, a exacerbé cette surcharge et généré une pression extrêmement forte sur les équipes. Ce fonctionnement sous une pression accrue avec une augmentation des horaires de travail, a majoré les risques d'épuisement professionnel (6).

L'un des impacts, moins visible et moins médiatisé, semble être celui sur les organisations et les modalités de travail. En effet, touchés de plein fouet, les établissements de santé ont dû procéder à des réajustements rapides pour faire face à l'urgence et à l'inconnu. Les rôles et fonctions des professionnels ont été redéfinis en fonction des priorités immédiates entraînant des changements dans les équipes, des tâches redéployées et des professionnels contraints de s'adapter à de nouvelles responsabilités, parfois éloignées de leur domaine d'expertise.

² Est défini comme soignant toute personne prodiguant des soins à la fois médicaux et de bien-être et de confort.

Par ailleurs, les professionnels de santé ont aussi dû s'adapter à des changements constants dans les protocoles sanitaires et dans la coordination des soins. Les mesures évoluaient rapidement en fonction de la situation épidémique, et les soignants ont dû constamment ajuster leurs pratiques tout en maintenant la continuité des soins pour d'autres pathologies non liées à la COVID-19.

A noter que la pénurie de matériel de protection, en particulier les masques, mais plus généralement les problèmes structurels préexistants ont également été exacerbés par la pandémie.

Parallèlement, les professionnels de santé ont été confrontés à une intensification des risques psychosociaux. Et pendant la crise, un impact non négligeable physique et psychologique a pu être constaté. De nombreux soignants ont rapporté une détérioration de leur santé mentale, notamment un épuisement moral et physique intense, du stress chronique, et dans certains cas, des troubles post-traumatiques (7).

Des études ont révélé que ces impacts étaient particulièrement marqués chez les personnels confrontés à une forte charge émotionnelle, comme ceux dans les EHPAD, où le nombre de décès a été particulièrement élevé (8)(9). Le bouleversement des repères organisationnels, les tensions au sein des équipes et la gestion de la souffrance liée à la perte des résidents ont créé un climat d'incertitude et de démotivation (10).

3. Les REX - Retours d'EXpérience : deux rapports intéressants

En juin 2022, un rapport publié par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) a porté une attention particulière aux Retours d'Expérience (REX) des professionnels de santé ayant vécu la crise sanitaire, notamment dans 140 EHPAD répartis sur 7 régions françaises : Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Occitanie, et Provence-Alpes-Côte d'Azur (11).

Ce rapport a été suivi par une étude complémentaire publiée en septembre 2022 dans le cadre du projet RESOTON³ dont l'objectif est de recueillir un retour d'expérience sur la gestion collective de la crise COVID-19 auprès de trois EHPAD, à la fois associatifs et hospitaliers (12).

Ces REX, analysés tant par l'ANACT que dans le cadre du projet RESOTON, offrent une vue d'ensemble sur l'impact de la crise sanitaire dans les EHPAD et semblent converger vers le fait que le contexte inédit de la crise, à l'image d'un coup de pied dans la fourmilière, a impacté sur le plan relationnel, organisationnel et également sur le collectif de travail.

Impact au niveau de l'organisation en urgence :

« Inconnu, imprévu, inédit ». Ces 3 mots ont été le quotidien des établissements pendant la période de crise sanitaire, les obligeant sans cesse à se repenser en termes de fonctionnement, et ce, de manière parfois très rapide. Au-delà des mesures barrières, une véritable réorganisation des structures et des personnels, ainsi qu'une modification des protocoles et des prises en charges, ont été nécessaires pour répondre à l'intensité du contexte. Parfois déjà en manque chronique de personnel

³ Le projet RESOTON, financé par l'Agence Nationale de la Recherche sur le COVID, vise à comprendre le rôle des régulations collectives opérées dans des cellules de crise COVID-19 coordonnées par l'hôpital sur les changements d'activité des acteurs du système de santé (médecins généralistes, pharmacies hospitalières, chambres mortuaires, les Ehpad, et les cliniques privées) ?

(13), certains établissements ont dû faire face à une gestion d'effectif complexe avec la nécessité de développer de nouvelles compétences. En effet, certains intervenants, animateurs, psychologues ou personnels administratifs, sont venus en renfort à la faveur de l'urgence de la situation.

Impact au niveau des pratiques et coopérations professionnelles :

En se basant sur ces REX, ces impacts multiples, sont à la fois positifs et négatifs.

Si au même titre que les centres hospitaliers, les EHPAD font l'objet de dysfonctionnements et de désaccords, ces derniers ont été mis en lumière de façon singulière par la crise. Si la vision de « qu'est-ce que prendre soin ? » ne rallie que difficilement tout le monde sous la même bannière, elle a semblé pendant la crise, plus que jamais source de fortes divergences. En effet, certains collectifs de travail ont été bousculés, à la fois par des conflits interpersonnels liés à des écarts de perceptions concernant, entre autres, le fonctionnement de l'équipe, mais également par des décisions prises unilatéralement d'un côté, et subies de l'autre (risque de glissements, questionnements éthiques, place du soin relationnel...).

Plus les visions sont différentes, plus difficiles les coopérations seront obtenues, et ce d'autant plus dans un contexte anxiogène.

Pour autant, l'aspect cohésif et solidaire qui a pu être retrouvé dans les établissements de santé tout au long de la crise, a pu également être observé dans les EHPAD, particulièrement touchés par le virus. Cette crise a réveillé au sein des collectifs, une nécessité de repenser le fonctionnement et les équilibres entre les différents interlocuteurs. La place du dialogue social, la mobilisation de tous les acteurs, l'affranchissement des contraintes hiérarchiques, tous ces facteurs ont permis d'avancer ensemble et d'améliorer le travail en équipe. Il s'agit désormais de pouvoir pérenniser ces différentes actions collectives, cette adaptation en termes d'organisation du travail et de pratiques professionnelles sur du long terme et tirer des enseignements pour le futur des structures.

Impaction sur les relations entre les familles/résidents et professionnels :

Les relations avec les résidents et leurs familles ont été chamboulées, résultats d'ajustements organisationnels. En effet, certains retours pointent l'exercice de l'activité au détriment du relationnel et de l'accompagnement social, avec en point d'orgue, la gestion des fins de vie. D'autres retours vont plutôt dans le sens d'une modification de l'activité de travail permettant un renforcement de l'accompagnement des résidents. La gestion de la famille est également source d'échos divers, certains professionnels rapportant des relations rendues hostiles et tendues par la distance, là où d'autres se sont sentis rapprochés par les moyens d'échanges tels que les outils numériques ou les appels téléphoniques.

4. Qu'en reste-il aujourd'hui ?

Quatre ans après le début de l'état d'urgence sanitaire, bien que les impacts de la crise COVID-19 aient été documentés dans la littérature, il reste une question à laquelle il n'est pas encore facile de répondre : qu'en est-il de l'après-crise ?

Si la crise a mis en lumière de nombreuses failles dans les systèmes de santé, il est crucial de se demander si ces dysfonctionnements ont été corrigés ou finalement laissés de côté après l'urgence sanitaire. Les solutions apportées se sont-elles pérennisées ? Ou bien s'est-il agi d'une réponse circonstancielle à un "événement" ponctuel, d'une ampleur inédite, sans véritable remise en question en profondeur des modèles et des fonctionnements existants ?

Une autre question qui mérite réflexion concerne l'évolution des débats éthiques et des arbitrages politiques, notamment à propos des populations âgées. La crise a révélé les vulnérabilités particulières des personnes âgées et a soulevé de nombreuses interrogations sur la manière dont elles sont prises en charge ainsi que sur leur place dans la société et dans le système de santé.

A une échelle plus microscopique, il est pertinent de se demander si les pratiques et les formes de coopération mises en place dans l'urgence ont réussi à se maintenir dans la durée. Lors de la crise, les équipes ont été amené à collaborer de manière plus transversale. Qu'en est-il à ce jour ? Sociologiquement et médicalement, doit-on considérer la crise sanitaire comme un évènement ponctuel avec un retour à une certaine normalité, ou bien plutôt comme un catalyseur de changement professionnel et sociétal durable ?

5. Question et objectif de recherche

A la fois médical mais également sociologique, l'objectif de cette thèse est d'essayer de comprendre comment et en quoi la crise sanitaire a-t-elle impacté les pratiques professionnelles et relationnelles au sein du collectif de travail d'un EHPAD d'Indre et Loire (37).

II. METHODOLOGIE

1. Choix du type d'étude : Une étude qualitative avec analyse inductive générale et thématisation.

A l'aide du guide « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » (14) du Professeur LEBEAU, je me suis plongée dans les différentes approches. Initialement, ce choix s'est porté vers une approche par analyse interprétative phénoménologique, c'est-à-dire l'exploration de la manière dont une expérience de vie a été comprise et ressentie par la personne qui l'a vécue. Cependant, un de mes directeur et moi-même, avons fait le constat que notre projection sur le travail s'inscrivait plutôt dans une analyse inductive générale.

Nous avons sollicité l'appui de Tony ORIVAL, Docteur en Sociologie et qualitatifiste. Précieux dans ses conseils, il nous a permis de nous porter sur l'utilisation d'une méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé suivi d'une analyse inductive générale et thématisation. L'idée étant d'explorer l'impact de la crise sanitaire en s'intéressant aux représentations et aux perceptions d'un collectif professionnel varié sur plusieurs thématiques, cette approche semblait la plus cohérente. Il est également devenu co-directeur du travail de thèse.

Les entretiens ont été réalisés selon un mode individuel dit « semi-dirigé » plutôt qu'« ouvert ». Ce choix a permis d'orienter le sujet sur différentes thématiques fixées au préalable lors de l'élaboration du guide d'entretien (Annexe1). Un ordre thématique a été décidé et les relances se faisaient en fonction du discours pour une meilleure fluidité.

Le fait de ne pas réaliser d'entretiens en groupe (*Focus Group*) a été privilégié pour permettre une liberté d'expression totale et ne pas être influencé par une tierce personne. Une thématique s'intéressant au vécu et à l'expérience personnelle avait été choisie, et son abord en groupe aurait pu être source de difficultés pour les interlocuteurs.

L'investigatrice est une médecin généraliste, ancienne interne de la Faculté de médecine de Tours. Ce positionnement de médecin et de femme a pu être facilitateur lors de certains entretiens, permettant d'instaurer un climat de confiance ou d'égal à égal.

2. Population étudiée

A. Échantillonnage

Selon le lexique qualitatif, l'échantillonnage retenu est décrit comme raisonné à variation maximale. Raisoné dans le sens où les participants ont été recrutés parce qu'ils apportaient le plus d'information possible sur le phénomène étudié pour l'analyse (choix de professionnels issus d'un même établissement), et à variation maximale par leur diversité (sexe, âge, profession et antériorité différentes).

B. Choix de la population

Le groupe contrasté a été sélectionné selon certains critères d'inclusion :

- Exercer la profession d'aide-soignant, de médecin ou d'infirmier.
- Être professionnel au sein de l'EHPAD au moment de l'entretien,
- Être professionnel au sein de l'EHPAD pendant la période de crise sanitaire,
- Être professionnel au sein de l'EHPAD avant la crise sanitaire.

Les autres professions du collectif, tels que animateurs, psychologues, équipe de direction et cadres de santé, ont été exclues pour des raisons d'effectifs (travailleurs isolés, puisqu'un seul professionnel travaille en EHPAD) et de difficultés de comparaison en termes de missions.

Le choix d'un terrain limité à un établissement unique s'est fait pour plusieurs raisons : la première étant la facilité d'accès aux professionnels de l'établissement de par le fait que l'un des directeurs de thèse soit le médecin coordonnateur de l'EHPAD, et la seconde pour la cohérence de l'étude. En effet, cette monographie permet de croiser les discours et ainsi de mettre en parallèle les sous-groupes, pour voir comment au sein d'un même collectif les visions, les représentations et les ressentis peuvent se rapprocher ou à l'inverse diverger.

La période de la crise sanitaire a été arbitrairement fixée de mars 2020, date à laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré l'état de pandémie mondiale, à juillet 2022 et la levée de l'état d'urgence sanitaire (15).

C. Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait par le Docteur SCHMITT après avoir consulté l'ensemble du personnel ainsi que le directeur de l'établissement. La thématique générale et le format du recueil de données par entretiens ont été précisés oralement en février 2024. 11 participants se sont portés volontaires et ont consenti à prendre part à l'étude.

Une rencontre s'est déroulée le 26 mars 2024 avec l'une des cadres de santé de l'établissement pour préciser le sujet, ainsi que fixer les dates des entretiens de l'équipe soignante en accord avec les plannings de travail.

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des participants⁴

	Sexe	Age	Fonction	Antériorité	Rythme de travail	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien	Date de l'entretien
AS1	F	28 ans	Aide-soignant	2019	100%	24'23	Salle de réunion	23/04/24
AS2	F	42 ans	Aide-soignant	2006	100%	24'03	Bureau médical	25/04/24
AS3	H	40 ans	Aide-soignant	2004	100%	29'17	Bureau médical	25/04/24
AS4	F	48 ans	Aide-soignant	2017	100%	39'02	Bureau médical	25/04/24
I1	F	28 ans	Infirmier	2019	100%	52'11	Salle de réunion	23/04/24
I2	F	53 ans	Infirmier	2010	100%	42'37	Salle de réunion	24/04/24
I3	H	32 ans	Infirmier	2017	100%	37'18	Salle de réunion	24/04/24
I4	F	38 ans	Infirmier	2014	100%	37'57	Salle de réunion	24/04/24

⁴ Peu de sujets masculins participants en lien avec une féminisation de l'effectif de l'EHPAD ainsi que des exclusions selon les critères prédéfinis.

M1	F	34 ans	Médecin	2019	0,3 ETP	49'55	Bureau médical	26/03/24
M2	F	61 ans	Médecin	2014	0,3 ETP	26'36	Bureau médical	26/03/24
M3	F	45 ans	Médecin	2012	0,3 ETP	42'02	Bureau médical	04/04/24

3. Le recueil des données : les entretiens

A. Élaboration des entretiens

Les entretiens ont été préparés dès novembre 2023 avec la réalisation d'un guide d'entretien. Ce guide a été rédigé à l'aide du manuel « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » et en collaboration avec Madame Céline DAGOT, sociologue, que j'ai consultée à cette période. Si le guide était initialement trop rigide, chargé, et manquait de neutralité, la familiarisation avec le thème du travail et l'exploration de la littérature sociologique ont permis d'aboutir à une version finale plus allégée et cohérente.

4 grandes thématiques ont été mises en lumière :

- Pratiques professionnelles et prise en soin,
- Relations avec les patients et les familles,
- Coopérations et relations professionnelles (intraprofessionnel et interprofessionnel),
- Vécu et ressenti personnel.

Pour chaque thématique sont ressorties des sous thématiques, plus ou moins nombreuses, permettant de formuler de nombreuses questions ouvertes pour ficeler la trame de l'entretien. Selon le principe d'itération, le guide d'entretien a évolué au cours des entretiens. En effet, certains participants abordant systématiquement un ou plusieurs sujets initialement non envisagés, des questions nouvelles ont été ajoutées afin d'enrichir le guide.

Pour chaque entretien, une structure commune a été choisie :

- Présentation de l'investigatrice⁵,
- Présentation du travail de thèse, large mais brève,
- Précision sur les règles de confidentialité (enregistrement de l'entretien, anonymisation des données),
- Recueil du consentement des participants,
- Début de l'enregistrement, et utilisation d'une question d'accroche dite « *bris de glace* », suffisamment large, pour instaurer un climat de confiance en axant le participant sur un terrain familier (libre dans l'organisation et le contenu de sa réponse), tout en orientant la discussion sur le sujet d'étude.
- Relance avec les questions ouvertes sur les différentes thématiques choisies.
- Clôture de l'entretien.

B. Déroulement des entretiens

⁵ « Bonjour, je m'appelle Louise FOUQUET, je suis médecin généraliste à Tours. Je vous remercie de votre intérêt et participation à ce travail de thèse qui porte donc sur l'impact qu'a pu avoir, ou non, la crise sanitaire CoVid19 sur le fonctionnement de l'EHPAD dans lequel vous exercez. »

À la suite d'une volonté du directeur de l'établissement, les 11 entretiens ont été réalisés au sein de l'EHPAD pendant les heures de travail. Un temps suffisant de disponibilité d'environ 1h a été fixé pour permettre d'adapter l'organisation notamment celle de l'équipe soignante.

Les entretiens se sont déroulés de fin mars à fin avril 2024. Ils ont été menés en face à face dans les locaux disponibles permettant un échange loin de l'agitation du service, soit dans une salle de réunion, soit dans un bureau médical, et de manière à préserver la confidentialité.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens (en min).

Nombre d'entretiens	Durée minimale	Durée maximale	Durée moyenne	Médiane	Durée cumulée des entretiens
11	24'03	52'11	37,13	37,57	403, 61

Le recueil du consentement des participants à l'étude ainsi que les règles de confidentialité ont été explicités de façon orale en début d'entretien.

Les données socio-démographiques ont été récupérées en fin d'entretien (talon sociologique) et sont présentées dans le *tableau récapitulatif des caractéristiques des participants* (cf supra p21).

Un enregistrement audio sur téléphone portable a été réalisé pour chacun des entretiens.

4. Analyse des données

Les 11 entretiens ont été retranscrits de façon anonymisée par l'investigatrice à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®. A l'issue de ce travail, plusieurs relectures communes avec M. Tony ORIVAL ont permis de se familiariser avec le verbatim et d'identifier une première tendance analytique.

Par la suite, un travail d'étiquetage de chaque entretien a été réalisé confirmant et affinant cette première analyse. Chaque verbatim a été découpé en une ou plusieurs unités de sens correspondant aux thèmes. Cette étape réalisée, une mise en parallèle des différentes thématiques a permis d'identifier les catégories les plus pertinentes pour répondre à la question de recherche.

Les verbatims sont présentés avec des initiales renvoyant à la profession du participant, I pour IDE, A pour AS et M pour médecin, le numéro qui suit correspond à celui de la page dans l'entretien retranscrit.

5. Cadre éthique légal

Comme précisé ci-dessus, le recueil consentement oral à la participation de l'étude a été systématiquement recherché en amont des entretiens. Toutes les données recueillies ont été anonymisées.

Les fichiers audios seront détruits à la fin du travail de thèse (à la suite de la soutenance). Les entretiens retranscrits, n'apparaissant pas dans la thèse, seront également détruits.

Aucune rétribution n'a été accordée aux participants.

L'étude est classée hors Loi Jardé, c'est-à-dire une recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH). Aussi, elle ne requiert pas l'avis d'un Comité de protection des personnes.

L'avis d'un comité d'éthique n'a pas été demandé car une publication du travail de recherche n'est pas envisagée. Une demande ultérieure pourra être cependant faite si besoin.

III. RESULTATS

1. Présentation et schématisation des résultats

Pour répondre à la question de recherche, les résultats sont organisés autour de plusieurs grandes thématiques qui permettent d'analyser en profondeur les différents aspects étudiés. Ces thématiques sont les suivantes :

- Les pratiques professionnelles et la prise en soin,
- L'organisation professionnelle,
- Les coopérations et relations professionnelles, tant intraprofessionnelles qu'interprofessionnelles,
- Les relations avec les résidents et leurs familles,
- Le vécu des familles et des résidents tel qu'il est perçu par les professionnels,
- Le ressenti personnel des professionnels eux-mêmes.

Cette organisation par thème est particulièrement pertinente, car elle facilite la comparaison des résultats de cette étude avec ceux issus des retours d'expérience (REX), qui sont présentés selon une structure similaire.

Certaines thématiques sont également abordées sous un angle chronologique, en distinguant les périodes « Avant », « Pendant » et « Après » la crise. Cela permet d'évaluer de manière détaillée l'impact que la crise a eu sur les pratiques, les relations et le vécu des différents acteurs impliqués.

2. Pratiques professionnelles et prise en soin

A. Avant la crise

a. Les AS : un métier prenant et polyvalent autour du patient

Interrogés, les AS ont rappelé que leur métier était polyvalent, autour du patient, avec une composante sanitaire mais aussi sociale. *« Notre rôle principal c'est l'accompagnement aux soins d'hygiène et de confort. Ça, c'est notre rôle. Mais on ne s'arrête pas à ce rôle-là, on est vraiment polyvalentes. On est au milieu de l'habitant donc on va s'occuper des soins d'hygiène, des soins de confort, mais pas que, de son intégrité et du social. » (AS4 p1)*

Ces tâches sont souvent chronophages et comme l'explique l'une d'entre elles, à la chaîne. *« C'est quand même un rythme soutenu. On est dans le relationnel aussi, mais souvent c'est un rythme assez soutenu, c'est assez rapide nos passages. C'est un peu à la chaîne. » (AS2 p1)*

b. Les IDE : de la technique et du relationnel

Questionnés sur les fonctions du métier d'IDE, les IDE assurent les soins de confort, les soins techniques et médicaux, exécutent les prescriptions médicales et font véritablement le lien entre l'équipe soignante et les médecins de l'établissement. *« Bah déjà les soins, les soins médicaux, donc tout ce qui est glycémies, prises de sang et les pansements. On va aussi être l'intermédiaire avec les médecins salariés sur place, c'est nous qui faisons le lien, ce dont ont besoin les résidents et ensuite les mises en place en fonction des ordonnances des médecins (...) On est aussi responsable des équipes soignantes dans les services. Voilà, en gros. On réalise aussi les projets d'accompagnement personnalisés des résidents. » (I1 p1), « Alors ça va être de réaliser tout ce qui est soin plutôt technique, l'évaluation globale des résidents, s'assurer que tout fonctionne en fait. Les missions des uns et des autres. On travaille en collaboration avec les médecins, donc une équipe pluriprofessionnelle. » (I4 p1)*

c. Les médecins : du suivi clinique, de l'aigu et de la coordination avec les soignants

Les médecins interviewés expliquent être des médecins salariés exerçant la fonction de médecin traitant auprès de leurs patients qui résident dans l'établissement. A ce suivi clinique, s'ajoute une composante de prise en charge en urgence, de surspécialisation dans certains domaines, mais également de coordination avec les équipes soignantes et la direction. *« Je suis le médecin traitant de mes patients, mais il m'arrive d'intervenir sur les urgences de patients d'autres médecins. En termes de fonctions, je suis clinicienne, donc je fais du suivi de patient, comme on peut le faire en ville, avec quelques subtilités du fait de l'établissement. Je reçois des transmissions des IDE pour faire le point sur les patients, ensuite je vais les voir, j'organise mes renouvellements tous les 2 à 3 mois. Après j'ai également une étiquette d'infectiologue et sur la nutrition donc il m'arrive d'intervenir à la demande de confrères sur ces sujets-là. » (M1 p1)*

d. Focus : la gestion des fins de vie en EHPAD

L'une des situations mises en lumière de façon négative pendant la crise sanitaire a été la gestion des fins de vie et des accompagnements. Avant la crise, les professionnels ont rappelé leur façon de procéder au sein de l'établissement, en mettant l'accent sur le confort, le calme et la présence des familles auprès des résidents.

L'une des AS explique être particulièrement alerte sur la mise en place de conditions favorables. *« Et normalement on essaye d'être présent au maximum, de faire en sorte qu'ils partent dans de bonnes conditions surtout. » (AS1 p6)*. Ces bonnes conditions peuvent comprendre des massages, la mise de musique pour créer un climat apaisant dans la chambre. *« Normalement les soignants passent régulièrement, tamisent la chambre, mettent de la musique, font des massages etc.. » (M3 p8)*

Les passages sont nombreux et réguliers et la famille est habituellement autorisée à venir autant qu'elle le souhaite, et même dormir dans la chambre du résident *« une personne en fin de vie "normale", où on va y aller beaucoup plus souvent, voir comment ça va, ou passer plus de temps avec et être plus proche physiquement... » (I1 p9)*, *« Avant la crise, dans toutes nos situations palliatives, la famille pouvait venir quand elle souhaitait et pouvait même dormir ici ! » (M1 p6)*.

La place de la famille dans l'accompagnement est prépondérante comme le précise une des médecins de l'établissement. *« Mais la fin de vie, je l'ai toujours gérée comme ça, surtout en EHPAD où c'est, j'ai envie de dire, plus facile à gérer parce que on a le personnel, un plateau technique etc.. J'ai toujours voulu associer la famille avec, d'une part, pour qu'ils fassent aussi la démarche de ce qui allait se passer et qu'ils puissent voir l'évolution, et d'autre part je trouve que c'est plus facile pour eux aussi quand ils accompagnent pour éviter les regrets ou les remords, ils ont vu ce qu'il s'était passé et ils se rendent compte qu'on prend en charge la douleur, le confort etc.. » (M3 p7)*

Lors de situations plus difficiles à gérer, les équipes peuvent bénéficier d'un appui par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou encore de l'HAD *« Parce que du coup on a, rarement, mais on peut avoir des accompagnements avec l'équipe mobile de soins palliatifs ou l'HAD, où finalement ils mettent des pousses seringues avec de l'Hypnovel et de la Morphine » (I4 p16)*.

B. Pendant la crise

a. Des règles d'hygiène accentuées

Un des impacts qu'a eu la crise sanitaire sur les pratiques professionnelles et les prises en soin concerne l'hygiène.

En effet, compte tenu des règles sanitaires et des protocoles, le personnel était bien plus à cheval sur cet aspect et a dû ajouter de nouvelles compétences dans son arsenal thérapeutique.

Aussi, on retrouve dans le discours de plusieurs intervenants des précisions sur les adaptations faites par l'établissement, avec notamment les protocoles d'habillage à chaque entrée/sortie de chambre, « *Après quand il y avait le Covid on faisait plus attention quand même, par exemple on avait des surblouses, et il fallait les enlever à chaque fois qu'on sortait d'une chambre alors que là non c'est fini. (...) Les règles d'hygiène étaient plus accentuées que maintenant et il y avait aussi les protocoles au niveau du linge tout ça.* » (AS1 p1), ainsi que le protocole d'isolement respiratoire et contact pour les résidents atteints « *Dans les autres protocoles qui ont été mis en place, il y avait les protocoles d'isolement quand il y avait une maladie COVID détectée, avec une mise en place assez lourde et assez importante niveau respi et contact.* » (M3 p2).

Ce bon usage du matériel d'isolement et les tenues a fait l'objet de vérification de la part des médecins pour limiter au maximum la transmission, comme l'explique l'une d'entre elles. « *Oui la vérification du matériel d'isolement. Qu'ils utilisent bien le matériel d'isolement, les bonnes tenues etc. On était obligés d'intervenir auprès des soignants pour vérifier les bonnes pratiques et essayer de renforcer les mesures d'hygiène qui permettaient d'éradiquer un peu la dissémination du truc.* » (M2 p5)

Toutefois, malgré des précautions prises par l'équipe, la contamination et l'évolution de l'épidémie au sein de l'EHPAD étaient inévitables d'après un IDE. « *Bah je pense que quand même on était vachement sur le pont quoi. Au niveau de la pandémie, je pense que tout le monde s'est fait avoir hein, même si on était hyper précautionneux au début... On est quand même porteur à un moment donné.* » (I3 p2)

Quelques professionnels ont questionné ces règles d'hygiène drastiques dans leur discours, et l'une d'entre eux s'est interrogée sur la pertinence du port de la charlotte ou des gants en cas d'atteinte avérée qu'elle trouve dénué de sens. « *Quand on prenait les mesures barrières, de précaution, y'avait des choses, enfin, on se demandait s'il y avait du sens ! Mettre les surblouses pour rentrer en chambre oui, mais par contre, si nous on avait des symptômes sans savoir si on était porteurs ou pas, et bien on nous demandait de porter les équipements en continu ! Sauf que le virus ne se transmet pas comme ça ! Porter des gants en continu ? Il vaut mieux avoir les mains sans gant, bien désinfectées et les porter en chambre seulement. Mettre la charlotte parce que j'ai un rhume ? Voilà ça me semblait complètement incohérent.* » (I1 p5)

Par ailleurs, un des AS confie avoir par moment retiré son masque en chambre pour que les résidents puissent mieux le comprendre. « *Je vais vous dire très sincèrement, moi ça m'est arrivé de m'occuper plusieurs fois de personnes en chambre et d'enlever mon masque parce qu'ils avaient besoin de voir mon visage et je l'ai fait.* » (AS3 p4)

b. La rapidité des soins et passages : l'arrêt du social

L'ensemble des professionnels déplorent des prises en soin rapidement faites pour compenser la charge de travail existante.

Cette rapidité des soins a impacté la qualité des prises en charge « *Mais du coup ça nous a impacté aussi parce que du coup on faisait tout à la va vite et moi je trouve que quand on fait vite les choses, on ne peut pas faire du travail de qualité.* » (AS1 p5), et implique d'aller à l'essentiel sans partager de moment avec le résident. « *je n'avais pas le temps de m'en occuper... Voilà juste mise à part prendre les constantes puis voilà...* » (I2 p2). Sur des situations de fin de vie, l'une des médecins déplore ce manque de temps à accorder au soin pendant la crise. « *les soignants ne pouvaient pas passer autant de temps qu'ils pourraient passer là, actuellement si quelqu'un est en fin de vie.* » (M3 p8)

L'aspect social, qu'on retrouve dans les différentes fonctions médicales et surtout paramédicales, a également été fortement altéré comme le constate les professionnels. (A la question : *Oui en fait le*

coté social, humain, qu'on retrouve dans votre métier avaient complètement été effacé ?) « Oui voilà c'est ça. » (AS3 p2) « Social... Honnêtement ? Enfin on n'avait pas... pas le temps, on ne pouvait pas être, pas autant la... » (I4 p3).

Dans la même idée, certains interviewés dont plusieurs IDE rapportent avoir ressenti un sentiment d'abandon des patients dans leurs prises en soin, conséquence directe des mesures sanitaires. *« je n'avais pas le temps de m'en occuper... Voilà juste mise à part prendre les constantes puis voilà... (...) Il fallait les faire manger, il fallait faire... Moi j'ai l'impression qu'on nous a envoyé au... Je ne sais pas comment dire... Voilà moi j'ai cette impression-là, qu'on les a abandonnés, on s'est dit « on les parque là » et puis voilà, il n'y avait personne avec eux et nous on n'avait pas le temps de s'en occuper correctement. » (I2 p2)*

Cette altération sociale semble avoir contribué au déclin psychologique de certains résidents comme le précise deux médecins dans les entretiens. *« Mais il y a plusieurs niveaux d'encadrement : sur le plan médical pur, je pense qu'on était bon, après sur le plan psychologique/accompagnement, beaucoup ne comprenaient pas. » (M1 p2), « L'autre niveau de prise en charge, celui du vécu et du psychologique des résidents et des soignants... là je pense qu'on n'a pas été forcément très bons... » (M3 p3)*

c. Une gestion des accompagnements et des fins de vie chamboulée

L'intégralité des participants évoque un aspect particulièrement impacté par la crise sanitaire, à savoir la gestion des accompagnements des fins de vie, autant dans l'aspect relationnel que dans l'aspect organisationnel.

Pour certains professionnels, cette gestion a été profondément marquante *« Ah moi je considère qu'on n'aurait jamais dû voir ça. Encore une fois, on voit des décès, on accompagne des gens qui décèdent, mais non, ce fait de voir arriver des cercueils ici ? Non ce n'est pas le lieu » (I2 p8).*

Aussi, l'absence d'accompagnement des résidents a été regrettée et compliquée à corticaliser *« Donc l'accompagnement en fin de vie c'était clairement pas le même. » (I1 p9), « Après certaines situations d'accompagnement de patient et de famille n'ont pas été simples. Lorsqu'on devait annoncer des dégradations il n'y avait pas de visites, et après, quand décès, il n'y avait pas non plus de visites de corps, c'était une mise en bière immédiate. » (M1 p4)*

Une des IDE explique que le fait de mettre les corps dans les cercueils et les voir être scellés a été particulièrement douloureux. *« Et le pire je pense que c'était de les mettre dans les cercueils et de le sceller sans la famille. Ça marque. » (I3 p7).* Cette mise en bière immédiate est également abordée par un des médecins interrogés *« les corps étaient mis directement dans un sac mortuaire hermétiques, avec une mise en bière immédiate. (...) Les résidents mourraient tout seul dans leur chambre. » (M3 p2, 8).*

Les résidents décédés devaient être mis dans des housses par les équipes, nus, sans qu'il n'y ait de vérification au préalable ni de soin de corps. Plusieurs professionnels révèlent avoir été mis en difficulté à plusieurs reprises. *« On ne faisait pas de soin, ils emmenaient les corps et ça s'arrêtait là. Ils n'ont même pas de dernière petite mise en beauté... ça ça m'a... Et les mettre dans les sacs, je me disais « mais je ne suis pas croquemort ! » » (AS2 p6), « Après il fallait qu'on les mette dans des housses, les corps, je crois qu'ils étaient tout nus, on ne les habillait pas... Je me rappelle d'une famille que j'ai accompagnée, et en fait je ne sais pas, je n'étais pas allée voir le corps avant, et quand j'ai fait rentrer la famille je me suis sentie mal.... Je ne la trouvais pas... On montrait vraiment que le visage et je ne sais pas... » (I4 p7)*

Deux IDE rapportent également la présence d'un protocole spécialement mis en place pour les fins de vie. *« Le protocole hein ? Mais bon, moi je n'ai jamais eu à le faire pour les aider à partir tout de suite. Voilà moi je n'ai jamais eu à le faire... » (I2 p2).* L'une d'entre elles a dû le mettre en place lors

d'une prise en soin d'un résident et révèle l'avoir très difficilement vécu, se rappelant encore à ce jour de la date et de son manque de soutien « *Et on avait un protocole, la "perf compassionnelle", puisque comme on n'hospitalisait pas les gens, si jamais ils étaient en détresse, etc, il fallait poser cette perf. Et on ne l'avait jamais posée, sauf que pour ce Monsieur, il a fallu qu'on la pose. C'était le 11 novembre, j'étais toute seule, pas de médecin pour me dire "oui vas y tu peux", je crois quand même, j'ai pas revérifié les trans, mais il me semble que le médecin avait dû appeler sa famille et qu'elle était d'accord pour qu'on pose la perf compassionnelle... Et c'est un truc qu'on n'avait jamais fait, il y avait 10 ampoules de Morphine, du Lamictal et du Rivotril dedans, et je n'étais pas bien.* » (I4 p13).

d. Vivre avec la mort au quotidien

Certains professionnels expriment dans leur discours le sentiment pesant de vivre avec la mort au quotidien, en particulier le nombre de décès vécus de résidents parfois complètement autonomes et médicalement stables. « *Parce que quand le Covid est arrivé, on a eu il me semble 3 décès en 2 jours... Donc c'est pas évident. On n'en a pas autant d'habitude.* » (AS1 p6), « *Parce que la première épidémie qu'on a eue quand ils n'étaient pas vaccinés, c'était l'hécatombe...* (I1 p4).

Toutefois la mortalité s'est réduite après mise en place de la vaccination « *Parce que la première épidémie qu'on a eue quand ils n'étaient pas vaccinés, c'était l'hécatombe...* (I1 p4) « *Mais par contre, à partir du moment où les vaccinations ont été mises en place, on le voyait, ils ne réagissaient plus de la même manière au virus et étaient beaucoup moins malades. C'était moins grave, sauf pour certaines personnes, mais en règle générale c'était moins grave.* » (I1p4)

Un médecin se remémore des débuts de journées marqués par l'angoisse de constater de nombreux décès, et explique avoir eu l'impression d'avoir pour seule mission de joindre les familles pour annoncer des mauvaises nouvelles. « *Au bout d'un moment j'avais l'impression d'être seulement la personne qui appelait les familles pour dire que M ou Mme était décédé. J'accepte la mort, surtout en gériatrie, mais là c'était vraiment quasiment journalier.* « *Bon qui est mort cette semaine ?* » *C'est un petit peu dur quoi. A un moment il faut que ça s'arrête en fait (rires). Y a bien plus de choses à faire en gériatrie que d'accompagner dans la mort, là je ne faisais que ça.* » (M1 p12)

e. Des prises en soins à composer avec de l'incertitude

La place de l'incertitude dans les prises en charge est évoquée par plusieurs participants, incertitude avec laquelle ils ont dû composer en adaptant leurs pratiques et leurs discours.

Une des IDE explique avoir eu des difficultés avec certaines décisions prises en se posant la question du sens dans les prises en soin « *Et même dans les prises en soin ? Est-ce qu'on doit prendre la tension à tous les résidents atteints du COVID, même s'ils n'ont aucun symptôme, matin et soir ? Enfin c'est plein de trucs où on dit bon, on a des consignes, mais c'est quoi le sens qu'on met derrière ? Donc bon, on essaie de s'adapter au fur et à mesure. Mais personne n'était sûr...* » (I1 p5). Ce sentiment est aussi partagé par une AS « *Sur le moment on se laissait un peu... Tout le monde était dans l'incertitude en fait. C'est vrai qu'avec le recul... Je ne sais pas s'ils feraient pareil.* » (AS2 p6) (Sur la privation des libertés des résidents). Une des AS explique également avoir eu des moments de doute quant à certains choix. Mais n'ayant pas de possibilité de faire autrement et ne sachant pas faire autrement, elle n'a pas été en mesure de se remettre en question. « *Mais voilà comme on ne savait pas, on ne voulait pas faire autrement et on ne pouvait pas faire autrement. Parce que si je fais autrement et que ce n'est pas ça, et que je mets les gens en danger, on fait comment ?* » (AS4 p5)

Cette incertitude a pu être anxiogène, voire engendrer de la peur pour les professionnels comme l'expliquent certains d'entre eux. « *Je me souviens on avait des alertes de la DGS, qui envoyait à chaque*

fois les nouvelles recommandations avec les nouveaux symptômes et ça c'était très anxiogène pour nous.. » (M3 p4), « Je pense qu'on avait psychologiquement cette charge qui était là sur nous, de se dire voilà, s'il y a une nouvelle contamination, comment on va réajuster ? » (I3 p2).

f. Une prise en charge « centrée COVID »

Un élément partagé par plusieurs professionnels est le fait d'avoir eu une prise en charge « centrée COVID ». En effet, la crainte permanente de transmettre ou d'attraper le virus a pu entraîner des oublis comme l'explique une des IDE. *« Je pense qu'on a dû passer à côté... C'est vrai que ça devient loin, on oublie des choses... Mais je pense qu'effectivement on était COVID-COVID. C'est ce qu'on disait, quand on rentrait dans une unité, on ne savait pas quand on ressortait. » (I4 p5).* L'aspect chronophage des soins a pu être parfois délétère et entraîner des oublis par exemple de traçabilité *« Donc on se démène pour tout faire mais dans un temps hyper restreint, et forcément il y a des oublis derrière, par exemple de traçabilité etc. » (I3 p5).* Une médecin confie également avoir constaté des retards de prise en charge en lien avec des retards diagnostic *« Je pense qu'il y a eu au moins si ce ne sont pas des oublis, des retards de prise en charge. » (M3 p5)*

Pour autant, d'autres professionnels saluent cette pratique centrée-COVID qu'ils estiment avoir été efficace et avoir permis de contenir l'épidémie, ou en tout cas retarder l'arrivée du virus, jusqu'à la vaccination. *« Épidémie, au début oui, parce qu'il n'y avait pas encore la vaccination, donc du coup c'est sûr que ça a évité que. » (I2 p3) « Je pense qu'ici, sur le plan médical nous avons réussi à faire du mieux possible, sans être négligent. » (M1 p4)*

g. Un personnel qui s'interroge sur leurs prises en soins et les mesures

Qu'elles soient remises en question ou au contraire saluées, les prises en soins adaptées aux mesures sanitaires ont beaucoup questionné les professionnels interrogés. Nombreux sont ceux qui s'interrogent encore, à ce jour, sur l'utilité et la remise en place des protocoles si nouvelle épidémie.

L'un des AS se questionne sur l'aspect éthique et rationnel des mesures sur une population fragile dont l'espérance de vie n'est pas longue et protégée par la vaccination. *« Oui bien sur je me suis interrogé. Et je m'interroge encore maintenant, on s'interroge sur où est le bénéfice pour une certaine population on va dire. Après il y a eu la vaccination, une fois que le vaccin est arrivé... Mais c'est sûr que sur le moment, quand on demande aux gens de rester cloîtrés alors que devant eux ils n'ont peut-être que quelques semaines enfin... C'est ça qui me paraît toujours, je ne sais pas trop comment expliquer en fait... Je vois ça comme une balance bénéfice/risque. On souhaite toujours faire bénéficier aux personnes d'une vie la plus longue possible, mais quel est l'intérêt s'il n'y a pas de vie ? » (AS3p3).*

Ces éléments de fragilité et d'espérance de vie raccourcie sont également retrouvés dans le discours d'une des médecins qui remet en question les mesures mises en place, qui selon elles ont dégradé l'état de santé de certains résidents. *« Oui, le fait de couper tout le monde de tout lien social, en tout cas en EHPAD... Je pense qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire. Leur espérance de vie en EHPAD c'est 3, 4, 5 ans ? Avec des conditions de vie qui sont quand même souvent très dégradées, avec un confort de vie qui est quand même aussi très dégradé. Le seul lien qui leur reste et souvent leur seul plaisir c'est de voir leur famille. Et là on les a complètement coupés de ça, au prix de leur vie ! Mais leur vie pour quoi ? pour les 3 ans qui restent à venir ? » (M3 p4)*

Une des IDE s'interroge également mais tempère toutefois ces propos en remettant en place le contexte marqué par l'incertitude et l'absence de solutions autres. *« Après c'est compliqué dans le sens où, voilà, on ne savait pas... (...) Mais c'est compliqué, parce que si c'était à refaire par rapport à une*

autre chose, j'arriverais à comprendre qu'on est obligé de fonctionner comme ça... Mais ce n'est pas parce qu'on est obligé de fonctionner comme ça, que ça ne touche pas (sourit). » (I2 p9).

h. Des conflits éthiques

Les professionnels confient avoir ressenti des conflits éthiques lors de certaines prises en soin ou lors de l'application des mesures privant les résidents de libertés. *« Bah c'est vrai qu'on prive la personne de toute liberté... Quasiment de toute liberté là. » (AS3 p6), « Oui bien sûr, éthiquement oui. On se dit qu'un EHPAD c'est un lieu de vie, c'est leur dernière demeure ! Et quand, à un moment donné, effectivement on doit les enfermer dans les chambres, parfois à clés, ça peut poser des questions... Parce que oui, là on peut assimiler ça à de la prison. Éthiquement oui, ça peut être compliqué, parce que c'est quand même chez eux. » (I3 p6)*

Seul un des médecins tempère ces propos en mettant en balance l'isolement et le risque de contamination. *« Oui ça c'est sûr, sur le plan éthique on se pose des questions. Mais c'est simplement la balance entre la privation de liberté et le risque vital. Pour le patient en lui-même, mais aussi pour les autres. » (M2 p5)*

C. Après la crise

a. Une maladie intégrée dans le quotidien

Dans deux discours, on peut constater que le COVID ne semble qu'un lointain souvenir *« J'ai l'impression qu'on est vraiment passé à autre chose. » (I4 p6)*. Une médecin explique considérer aujourd'hui le COVID comme une maladie virale lambda qui s'est intégrée dans leur vie et qui n'engendre plus de bouleversement. *« Non j'ai envie de dire que non, on est vraiment à distance de la crise. Je dirais que le COVID s'est intégré dans nos pratiques, mais comme une maladie classique qui nécessiterait telle prise en charge et qui n'engendre plus ce bouleversement complet qu'on avait pu avoir au départ. » (M3 p5)*

b. Des pratiques professionnelles inchangées

Une grande majorité des professionnels interrogés estime qu'à ce jour leurs pratiques professionnelles « pures » et leurs prises en soin globales des résidents n'ont pas été modifiées ou n'ont, en tout cas, pas évolué depuis la crise sanitaire. Elles sont revenues identiques à celles pré-COVID. *« Alors je ne pense pas, non je ne crois pas que mes pratiques aient changé fondamentalement par rapport au Covid » (AS3 p8), (A la question : vous êtes revenue à un mode de fonctionnement normal ?) « Oui voilà. » (I1 p6), « Je ne dirais pas que je fais différemment, (...) je n'ai pas changé mes pratiques. » (M1 p8).*

Deux IDE expliquent être revenus à un fonctionnement antérieur et se trouvent dans l'impossibilité de faire plus qu'ils ne le voudraient par manque de temps. *« Je vais dire que je suis revenu comme avant. C'est la même façon de faire. J'essaye de prendre du temps pour les résidents, malheureusement sur le temps que j'ai, mais oui j'essaye que tout le monde en profite un peu. (...) Mais je ne vais pas faire plus, parce que malheureusement je n'ai pas assez de temps. J'aimerais bien mais je ne peux pas. » (I3 p8), « Je pense que je suis revenue comme avant. Après de toute façon, même dans le quotidien, on ne peut pas passer 1/4 d'heure avec les 47. » (I4 p8).*

Si la majorité des intervenants ne voit pas de profond bouleversement, il existe toutefois certains aspects de leur prise en soin qui ont pu être modifiés par la crise.

c. Les apprentissages

- Sur les infections virales

On retrouve encore dans les prises en charges des infections notamment virales, certaines dispositions mises en place pendant la crise sanitaire. Aussi, le masque est encore obligatoire dans l'établissement pendant la période hivernale ainsi qu'un isolement en chambre en cas de suspicion, comme l'expliquent certains participants. *« Et je vous dis maintenant dès qu'il y'a une personne qui a le Covid, on fait un isolement pour protéger les autres, mais ils ont réduit maintenant, c'est que 3-4 jours je crois. » (AS2 p5)*

Cependant cet isolement est moins lourd que pendant la crise, les tests ne sont plus systématiques et les cas de maladie sont moins graves grâce aux nombreuses vaccinations (cf frise) dont ont bénéficié les résidents. *« Il y a encore quelques cas aujourd'hui, et même si l'isolement du cas est encore d'actualité, c'est bien moins drastique, on ne fait plus de tests à tout le monde, on isole plus tout l'étage etc. En plus maintenant les patients sont protégés, dans l'établissement ils sont quasiment tous vaccinés et ont 5 ou 6 doses de vaccins. On a plus de recul et d'études. » (M1 p3)*

Les regards sur le maintien de l'isolement ainsi que le port du masque divergent selon les professionnels ; certains sont plus sceptiques, notamment une IDE *« On met toujours les masques nous l'hiver, on vient de le retirer il n'y a pas longtemps, mais ça c'est un truc qu'on garde, et je ne sais pas si c'est toujours nécessaire... » (I4 p9)*, *« Comme ils sont moins malades, on a beaucoup moins de morts et là, quand on doit isoler les gens on se rend compte que c'est plus dur. » (I4 p4)*, alors que d'autres n'y voient pas d'inconvénient comme un des médecins interrogés *« Donc l'isolement ponctuel des gens qui ont des signes infectieux, moi je ne suis pas contre les isoler. Car ce sont des isolements de durée imitée. » (M2 p3).*

L'hypervigilance de rigueur pendant la crise reste également présente lors de ces prises en charges infectieuses, ce dont atteste le discours d'une des AS. *« Oui je l'ai gardée (l'hypervigilance). Quand un résident chauffe un petit peu, tout de suite on est sur le qui-vive. Malgré que le COVID à l'heure d'aujourd'hui tue moins, parce que la vaccination, on n'est pas à l'abri d'une autre épidémie, ou d'un autre virus, donc forcément ça a changé nos habitudes oui. » (AS4 p5)*

Un IDE ajoute que la crise a permis d'acquérir une certaine anticipation de potentiels événements indésirables. *« Je pense qu'en fait on avance tout le temps. Après je pense que maintenant on sait s'adapter. Je pense que maintenant, tout événement qui arrive, on arrive à l'anticiper en fait, parce que je pense que dans sa tête, on se dit qu'il peut y avoir toujours un couac plus ou moins important. Et que d'accord on se laisse peut-être un peu plus de temps, mais on reste vigilant et on ne risque pas d'être dépassé... Même si, on peut l'être parce qu'on manque de soignant... (rires). » (I3 p5)*

- Sur les fins de vie

Sur ce sujet, on retrouve dans les entretiens des propos différents en fonction des professionnels. La moitié des IDE estiment que leurs perceptions et leurs prises en charge des fins de vie n'ont pas été impactées par la crise. *« Après je pense qu'aujourd'hui, on est revenu à l'avant Covid, et que nos accompagnements de fin de vie sont ceux qu'on faisait avant. On est plus sereins, on les accompagne, on a les familles qui sont là etc. On est revenu comme avant. Mais la période crise, c'était d'une violence... » (I3 p7)*, *« Je ne dirais pas que ça a changé ma perception sur ça non. (...) Je pense qu'on a repris nos habitudes avant COVID, je ne crois pas qu'il y ait eu d'évolution parce qu'on faisait déjà ce qu'on pouvait avant, et là aujourd'hui les familles viennent accompagner leurs parents en fin de vie et on est présents aussi. On a repris nos habitudes d'avant. » (I1 p10)*

A l'inverse,, d'autres professionnels estiment que leurs pratiques et leurs conceptions des choses ont été modifiées. *« Aujourd'hui, j'essaye d'être plus vigilante oui. » (AS1 p7) (Sur les fins de vie).*

Une AS considère que les situations de décès vues pendant la crise avec des résidents coupés de tout, l'incitent à ce jour à faire davantage attention à éviter ces isolements. *« Alors les retentissements de la fin de vie, toute seule dans une chambre, oui aujourd'hui, on fait plus attention. On essaye de leur dire de ne pas rester dans la chambre, de venir dans la salle commune, de voir du monde. En tout cas moi, mes pratiques ont changé de ce point de vue. Alors qu'avant je ne me posais pas la question... Je me disais "oui, ils veulent rester dans la chambre, ils veulent être tranquilles", alors il faut les laisser tranquille. Aujourd'hui, j'ai un autre point de vue, éthiquement on ne peut pas partir tout seul dans une chambre. Je ne conçois pas ça. »* (AS4 p7).

Un médecin explique avoir amélioré ses prises en charge depuis la crise et se décrit comme plus au clair sur les bonnes pratiques à adopter. *« Oui et non. Un point au centre des choses, c'était les fins de vie. On a fait beaucoup d'accompagnements et de fins de vie, énormément, donc ça a permis de s'améliorer si je peux dire, d'être plus au clair. »* (M1 p1).

- Beaucoup plus vigilants

Quelques professionnels se décrivent comme plus observateurs de certaines situations depuis la crise. L'un des IDE estime être plus attentive, notamment lors des prises en soins qu'il considère comme litigieuses *« Parfois on se dit "mais comment on peut faire ça ?", alors qu'on ne ferait pas ça à son proche ! Je pense que je suis beaucoup plus observateur depuis la crise, et il y a des choses qui me choquent. Je me dis qu'il y a des soignants qui font ça, alors qu'ils ne feraient pas ça à leurs proches. Je n'arriverai jamais à comprendre je pense. (I3 p13) »*.

Un médecin et une AS rapportent avoir tiré des enseignements, notamment sur l'impact psychologique non négligeable qui peut être visible chez les résidents porteurs de troubles cognitifs *« Et pour moi, en tant que soignant, je ne pensais pas qu'avec des troubles cognitifs, on pouvait se rendre compte de l'anxiété... Donc je fais attention à ça, parce qu'on peut avoir les 2 »* (AS4 p6), *« Prendre plus en compte l'impact psychologique que peuvent avoir toutes ces mesures sur les résidents. Je ne sais pas s'il y a eu des études là-dessus, sur le vécu et le ressenti des patients et des familles, sûrement que oui. Mais essayer de composer avec ça. »* (M1 p7).

3. Organisation professionnelle

La discussion avec les différents professionnels interrogés s'est essentiellement articulée autour des mesures sanitaires mises en place par l'établissement au moment de la crise.

A. Mise en place des mesures sanitaires

a. Description des mesures

L'ensemble des interviewés évoquent dans un premier temps l'isolement des résidents en chambre et la mise en place de mesures, à savoir la suspension des activités, l'arrêt des visites, les repas en chambre, l'arrêt du culte et l'absence d'intervenants type kiné, psychologue etc.

Cette fermeture a été contraignante en termes d'organisation, notamment lorsque les professionnels évoquent la distribution des repas en chambre *« Alors tout d'abord, tout le monde a été confiné en chambre et tout a été chamboulé. Les repas étaient en chambre donc il fallait servir 47 personnes avec, c'est peut-être anodin, mais avec des chariots qui n'étaient pas adaptés ! On faisait le tour des chambres pour servir, faire manger... S'habiller, se déshabiller, se changer, se frictionner les mains, même si c'est dans notre quotidien et on le fait... Mais on est en EHPAD, vraiment dans un lieu de vie, on ne le fait pas comme à l'hôpital. Ensuite les visites, il y en avait plus. »* (AS4 p3)

Autre aspect contraignant à cette fermeture : l'arrêt du social et des liens avec l'entourage. *« Alors il y avait le dépistage, l'isolement... C'était en gros la fermeture des EHPAD quoi, donc plus d'accès à l'extérieur, une sorte de coupure avec les liens familiaux quoi, même amicaux, il n'y avait plus de visites. Il n'y avait plus d'activité, ça, c'était quelque chose qui avait été suspendu, les intervenants extérieurs avaient été suspendus. Donc oui, ça a été très très fermé » (I3 p2)*

Pour pallier cette rupture des liens sociaux, l'établissement a mis en place des visios sur tablette ou encore des appels téléphoniques. Ces actions permettant de garder un lien avec l'extérieur, ont été majoritairement évoquées dans les entretiens des équipes soignantes. *« Oui des visios par exemple, des appels téléphoniques. » (AS2 p6) « Alors je sais que l'animatrice avait une tablette et elle pouvait appeler en visio oui. » (AS3 p7)*

A la fin du premier confinement, la situation s'est allégée dans les EHPAD et les visites ont été de nouveau permises, avec toutefois un cadre strict, au rez de chaussée, derrière des vitres. *« Et après pendant la seconde phase de confinement, quand ça a été un peu allégé, on avait mis en place en bas au niveau des baies vitrées, comme des espèces de guichets on va dire, où les familles et les résidents pouvaient se voir en vrai, à travers la vitre. » (AS3 p7) « Aussi des visites à travers la vitre. On descendait, il y avait des horaires, et il y avait les téléphones. Ce n'était pas pratique il fallait mettre le haut-parleur » (AS2p6)*

b. Des mesures difficilement vécues

Si ces mesures étaient nécessaires, elles n'ont pas pour autant été bien vécues par la population de l'EHPAD, professionnels comme résidents.

D'abord, certains rapportent avoir eu des difficultés avec cette organisation nouvelle des lieux. En effet, des espaces de l'établissement ont été réadaptés avec une transformation notable de la salle d'animation en lieu dédié aux prises en charge des résidents atteints du COVID, lieu décrit comme une salle de guerre par l'un des IDE *« La salle d'animation avait été transformée en... (s'arrête) salle de guerre, on va dire, voilà, il y avait plus d'animation (I2p4).* Un autre IDE complète en rapportant une fermeture d'une aile de l'EHPAD pour créer un secteur COVID fermé *« On a dû faire remonter des résidents qui étaient négatifs, pour fermer une aile, et que ce soit complètement une unité COVID où les résidents pouvaient déambuler. (...) Alors là c'était dur. On a dû en redescendre dans l'unité COVID où on avait transformé les salons des familles en chambre de confinement » (I4 p4).*

Les animations n'étaient plus autorisées ou dispensées et les moments de partages collectifs tels que les repas n'existaient plus, ou en chambre, comme expliqué plus haut *« Il n'y avait plus rien, plus d'activité. Les repas c'était en chambre, donc on partait avec nos chariots puis hop, on distribuait les plateaux. C'était triste. » (AS2 p3).* Ces moments de partage collectifs sont également évoqués par l'une des AS qui ajoute que les résidents n'avaient plus accès au culte, pour certains d'entre eux seule source de ré-confort. *« Il n'y avait plus de salles communes avec les animations, il n'y avait plus le culte pour ceux qui voulaient » (S4 p4)*

L'impact des mesures, notamment l'absence des visites des familles, est très présent dans les entretiens des soignants. *« Et on leur enlève leurs familles pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois, parce qu'il y a la crise sanitaire, alors qu'ils avaient besoin d'avoir des gens présents auprès d'eux pour être bien... » (AS3 p2).* Un IDE parle de la complexité de la gestion des familles qui n'avaient initialement pas de droit de visite, puis à l'assouplissement des mesures, ont pu venir voir leurs proches à travers les vitres du RDC. *« Après ce qui a été compliqué aussi, c'est les familles hein, les familles ne*

rentraient plus. Ils avaient mis en place en bas, c'était vitré, donc ils avaient mis en place que les gens pouvaient venir... » (I2 p4)

c. Des mesures remises en question par certains

Dans certains discours, on constate même une forme de remise en question de ces mesures, en particulier lors des discussions sur la prise en charge des fins de vie. Plusieurs professionnels estiment que certains aspects n'étaient pas nécessaires, notamment la fermeture complète de l'établissement au monde extérieur, dans un contexte de personnes âgées fragiles. *« Oui, le fait de couper tout le monde de tout lien social, en tout cas en EHPAD... Je pense qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire. » (M3 p4)*

Si une nouvelle crise devait se reproduire, certains professionnels préféreraient faire autrement que comme l'établissement s'y est pris, sans toutefois apporter plus de précision sur la façon de faire *« Je pense, à mon avis, qu'il faudra faire autrement. » (AS4 p7)), « Identique ? Non certainement pas » (M1 p3).*

L'un des IDE temporise toutefois, en comprenant l'aspect inédit du contexte et la nécessité pour les structures étatique de réagir rapidement, tout en nuancant. L'application sur le terrain a été compliquée et la fermeture totale avec un confinement n'était pas l'option à privilégier. *« Je pense qu'on a fait dans le contexte aigu, qu'on ne le connaissait pas, et je pense qu'on a dû balancer des mesures... Et je ne veux pas être méchant mais je pense que l'État a fait son propre truc en disant "faut faire ça et point barre", mais en fait sur le terrain c'était beaucoup plus compliqué. Mais surtout, moi je me dis que quand même, dans des EHPAD modernes comme le nôtre, il y a peut-être moyen de faire autrement que de tout fermer. » (I3 p8)*

Au-delà même d'une remise en question éthique ou pratique, l'un des AS explique avoir eu des discussions houleuses avec la direction au moment de la mise en place, en essayant de faire comprendre que le confinement de cette population nécessiteuse n'était pas une solution. *« Alors le jour où il y a eu le confinement je me rappelle que M. le Directeur est venu dans le service en disant, « il faut que tout le monde reste dans son logement », et je lui ai dit texto, de face-à-face, « mais il y en a qui vont péter un câble ! », et il a répondu « je préfère qu'ils pétent un câble plutôt qu'ils meurent », je me rappellerais toujours de la phrase. » (AS3 p2)*

d. Mais non questionnées pour d'autres

On retrouve dans le discours de quelques participants des propos divergents, avec un non-questionnement des mesures. Une des AS atteste de la nécessité de tout bloquer dans l'établissement pour empêcher la propagation du virus, malgré les difficultés engendrées. *« J'en retiens aussi que même si les mesures sont dures, elles sont nécessaires. » (AS4 p11)*

L'IDE interrogé qui avait confié que l'application sur le terrain des mesures avec la fermeture n'était pas le choix judicieux, nuance finalement son discours en confiant qu'il s'agissait probablement de la mesure la plus efficace. *« Je pense qu'on peut faire différemment, mais il faut axer sur les mesures barrières, mais sans être sûr à 100% qu'elles soient respectées... (...) Donc je pense que malheureusement, la mesure la plus directe c'est de tout bloquer. » (I3 p4)*

Ce discours est retrouvé dans les entretiens d'autres professionnels qui ne feraient pas différemment si nouvelle crise. *« Oui, je referai la même chose. Parce que quand même, mine de rien, ça a quand même permis de limiter les choses je pense. » (AS1 p3), « Oui je referais pareil en me disant que je les protège. » (I2 p5), « Et on se disait qu'effectivement, c'était sûrement ce qu'il y avait mieux à faire. » (I4 p4), « Je pense que les mesures étaient indispensables. » (M2 p2)*

B. Des rôles modifiés

a. Une organisation perturbée

L'un des aspects souvent retrouvés dans les entretiens est celui de la désorganisation professionnelle engendrée par la crise, qu'il s'agisse d'une adaptation en termes d'espace ou plus simplement de fonctions et rôle propres.

Ces organisations nouvelles ont pu chambouler l'équipe et entraîner une perte de repères socioprofessionnels non négligeable comme l'explique l'une des AS, qui ajoute qu'il existait également un manque de moyens techniques en début de crise. *« Je pense que quand la crise est arrivée, personne ne s'y attendait et il y a eu une désorganisation absolue. Déjà pour nous, en tant que soignant, "Comment on va pouvoir gérer les confinements ?", il n'y avait pas de recul, on n'avait jamais vécu ça, on n'avait pas de support... Et puis l'État, au début, n'a pas vraiment donné de directives... Et puis aussi moi, ce qui m'avait vraiment marquée, c'était le manque de moyens, de masques... On nous disait que c'était un virus très dangereux, qu'il fallait protéger les anciens, qu'il fallait se protéger, et moi ce qui m'a vraiment marquée, c'était le manque de moyens. »* (AS4 p2).

Cette désorganisation « totale » est également partagée par une autre AS *« Ah oui complètement, on nous pondait des organisations (...) C'était une désorganisation totale. »* (AS2 p4).

Les IDE relatent également un chamboulement avec des directives qui pouvaient rapidement évoluer, parfois se contredirent. *« C'est surtout qu'en fait un jour on nous disait de faire ceci, cela... Le lendemain ce n'était pas forcément pareil... c'était surtout ça »* (I4 p4). En plus de ces modifications, une autre précise que l'effectif n'était pas adapté aux tâches qui s'intensifiaient, avec notamment une seule professionnelle postée pour 14 patients pas toujours stables. Elle regrette cette absence de logique *« Mais c'est surtout, moi ce que je n'ai pas trouvé logique, c'est au niveau de l'organisation. Il y a 14 COVID à surveiller, il peut y avoir une désaturation rapide, et on est toute seule. »* (I2 p6).

Dans les entretiens des médecins, cette réorganisation est également évoquée et les professionnels font surtout état d'un impact visible sur l'équipe soignante. *« Les soignants (IDE/AS) surtout ont été impactés je pense, parce qu'il y avait des visites à travers vitres, ou téléphone, et ça c'était à eux de les organiser, de prendre les rendez-vous, de descendre les patients à un endroit etc. C'était une organisation assez costaud. »* (M1 p2). Toutefois, est également rapporté dans un discours un impact sur le fonctionnement direct des médecins avec des directives de la DGS sous forme d'alertes, ajoutant une composante anxieuse. *« Oui il y a eu des rôles énormément modifiés. Je me souviens on avait des alertes de la DGS, qui envoyait à chaque fois les nouvelles recommandations avec les nouveaux symptômes et ça c'était très anxiogène pour nous. »* (M3 p4)

b. De nouvelles fonctions et tâches

Cet aspect est majoritairement retrouvé dans le discours des AS puisque pendant la crise ces derniers avaient pour consigne d'appeler une fois par semaine les familles des résidents dont ils étaient référents. *« on avait pour consigne d'appeler chaque famille une fois par semaine minimum, pour donner des nouvelles de la personne, leur dire si elle avait besoin de matériel, les rassurer, leur dire que ça allait, qu'il n'y avait pas de cas etc. »* (AS3 p5), *« Ça, c'était à nous de le faire, pas tous les jours mais dans la semaine, on devait appeler nos familles. C'était notre mission de donner des nouvelles une fois par semaine. Donc un changement de communication radicale. »* (AS4 p3).

Deux AS évoquent également de nouvelles tâches, dépendant plus du registre infirmier, à savoir la distribution des médicaments, ou du registre des ASH tels que la désinfection des chambres ou le

lavage du linge. *« On nous demandait de faire des choses en plus... En fait plus personne ne voulait rentrer voir les personnes Covid, et comme nous on devait y aller parce qu'on était obligées puisque le soin c'est nous, c'était « ah bah vu que tu y rentres, tu vas pouvoir donner les médicaments ». Le linge à ranger, enfin là c'était encore pire. On a eu des tâches... » (AS2 p4), « Ah si, quand même, on avait tout le matériel à gérer au niveau jetable etc., on avait un plus de charge de travail là-dessus qu'on n'avait pas habituellement, avec les tabliers etc (...). Ça nous a pris énormément de temps, parce qu'il fallait faire les désinfs des chambres tous les jours pendant cette période... Normalement on a une femme de ménage qui vient 3 jours par étage, donc nous en fait, les AS, on fait le ménage mais le strict minimum quoi, les sanitaires et le sol. Là il fallait vraiment tout désinfecter, les tables, les poignets de portes... » (AS1 p4)*

Une des IDE rapporte aussi une organisation particulière nécessitant un nouveau rôle, avec la mise en place d'un SAS de visite au RDC et l'obligation pour le personnel de recueillir les données des visiteurs. *« Ah oui, et ça aussi ça avait impacté sur nos pratiques et ça nous prenait beaucoup de temps : une fois que les familles ont pu de nouveau rentrer, a été installée en bas une petite table avec un recueil, et il fallait noter chaque personne qui rentrait. Il fallait noter qui ils étaient, qui est-ce qu'ils venaient voir, à quelle heure ils étaient rentrés... Il fallait qu'ils portent les masques, il fallait qu'on leur prenne la température... » (I1 p2)*

Si l'animatrice ne travaille actuellement plus dans l'établissement, elle a eu, pendant la crise, de nouvelles tâches avec la mise en place de visio sur tablettes. *« Et bien c'était l'animatrice en fait qui faisait des appels visio. Enfin elle faisait surtout ça avec les personnes qui étaient plutôt cohérentes... » (AS1 p6). « Notre animatrice, qui ne travaille plus ici maintenant, avait mis en place des appels vidéo type Skype avec des tablettes. Mais là encore, elle était toute seule pour 280 patients... » (M1 p7).*

L'une des IDE confie que cette mission d'appels visio n'était pas la seule fonction supplémentaire puis que l'animatrice a pu également être sollicitée sur des tâches telles que la gestion du linge ou la distribution des repas aux résidents. De même, les ASG sont revenues dans le soin. *« Parce que même du coup, les animatrices, leurs horaires ont été changés. Elles ont fait des missions qu'elles n'auraient jamais dû faire, elles ont fait manger des résidents dans les chambres, elles remontaient le linge de la lingerie ! Les ASG, les assistantes de soin, pareil, les PASA étaient fermés, donc elles étaient revenues dans les soins. » (I4 p12)*

En ce qui concerne l'équipe médicale, en dehors d'un appui pour décharger les soignants, les tâches et fonctions n'ont pas été modifiées par la crise. *« Après moi il m'est arrivée d'aller mettre la main aussi à la pâte... De faire les tests, de faire les vaccins etc. Pour décharger un peu. » (M3 p12)*

Un des médecins explique cependant que le contexte inconnu leur conférait un nouveau rôle, plus pédagogique notamment dans la mise en place des protocoles. *« on a peut-être plus ce rôle de mise en œuvre des protocoles, et comme c'était un protocole complètement nouveau, inconnu, avec des choses quand même angoissantes pour les équipes, on a eu je pense à ce moment-là un rôle un peu différent. » (M3 p2)*

c. Une charge de travail augmentée

Nombreux participants font part dans les entretiens d'une charge de travail augmentée, imputable au contexte inédit et aux nouveaux rôles de chacun. *« Oui bien sur parce que c'est quand même lourd à la base, et là on nous rajoute du travail en plus donc c'est vrai que ce n'est pas évident à gérer. » (AS1 p5), « En fait c'est la charge de travail qui était énorme » (M2 p5).*

L'une des IDE explique que les différentes tâches expliquées plus haut, notamment la gestion des visites au rez de chaussée, étaient chronophages, surtout le week-end, car en semaine le personnel administratif était en soutien. *« En semaine, il y avait là du personnel administratif qui s'en occupait aussi, et ça leur prenait du temps... Parfois on était détachés pour faire ça, pour gérer l'entrée, mais souvent c'était sur notre temps de travail et là ça prenait un temps pas possible. (Q : Mais les WE ?) Le WE on est seul, il n'y a personne à l'accueil, ce sont les infirmiers seulement, donc si on a des urgences à gérer en parallèle, et surtout l'après-midi... » (I1 p3).* D'autres tâches ont pu être chronophages, en lien avec le protocole d'habillage. Un IDE confie avoir passé plusieurs heures pour gérer les prises de constantes et la distribution des traitements, habituellement rapides. *« Moi je passais 2h30 rien que le soir à leur prendre juste la saturation, la tension, et donner les médicaments, c'est tout. » (I2 p2)*

Les horaires de travail, bien qu'officiellement non modifiés, se sont avérés être étendus. *« Alors pas forcément, mais la charge de travail était beaucoup plus importante. (...). Je finissais à 22h30 et sans pause... » (I2 p6), « Nos horaires n'ont pas été modifiés, mais je pense qu'on ne partait pas toujours à l'heure (rires). Je crois, je m'en souviens plus. » (I4 p5)*

Les médecins interrogés évoquent également cette surcharge de travail, mais confient surtout avoir constaté cet impact sur l'équipe soignante, et notamment les AS. *« Il y a des soirs où je suis rentrée tard, justement pour éviter de passer à côté de ça, pour voir tout le monde. On était dans le jus mais c'était comme ça. (...) C'est sûrement un impact plus visible sur le personnel soignant, qui a été je pense, et j'ai même constaté, bien plus touché. » (M1 p5), « Ce que je retiens c'est que les AS étaient extrêmement fatiguées, elles n'en pouvaient plus. Et je comprends car elles, elles s'habillaient, se déshabillaient... Je les revois encore avec leurs visages fatigués... Et ça a duré tellement longtemps en fait, et l'été c'était insoutenable. On en parlait aux transmissions, elles étaient épuisées. Je ne sais pas comment elles ont tenu. » (M2 p7), « Après, c'est vrai que la souffrance qu'elles ont eue principalement je pense c'était en rapport avec le fait de s'habiller, se déshabiller, s'habiller, se déshabiller etc. ça... Les pauvres. Les tests aussi...Et puis mine de rien, la chaleur, on était avec le masque... » (M3 p12)*

d. Contexte de carences professionnelles existantes

Cette charge de travail relatée plus haut semble d'autant plus importante que les équipes expliquent souffrir d'un manque de personnel accru, préexistant avant la crise, mais mis en lumière de façon singulière.

En effet, un des IDE explique que depuis plusieurs années l'équipe doit compenser l'absence d'un collègue et ainsi travailler à 4 au lieu des 5 nécessaires. *« Ça a un impact parce qu'on doit faire les mêmes missions, avec moins de personnel. Donc à un moment donné... L'impact il est là forcément. Nous on est en sous-effectif sur notre roulement depuis 2 ans et demi, c'est à dire qu'on doit faire le travail de 5 infirmiers à 4. » (I3 p5).* Aussi en lien avec une crise épuisant les organismes, davantage d'arrêts de travail ont été constatés *« Oui mais surtout on a eu davantage d'arrêts » (AS1 p4).*

Ce manque de personnel a été partagé par un médecin, *« Et la crise a changé beaucoup de choses. Ça été très complexe à leur niveau, avec un manque de personnel ; qui était déjà présent bien sûr, mais dont tout le monde s'est rendu compte ! » (M1 p10).* Cependant, si la crise marque le point d'orgue de ce manque d'effectif, ce médecin déplore une situation globalement enkystée et généralisable à l'ensemble du système de santé hospitalier. *« En réalité je pense que ça a mis en lumière des choses existantes. Il manque du personnel, ce n'est pas nouveau, et malheureusement lors de périodes comme celle-ci et bien c'est encore pire. Mais c'est surtout visible chez le personnel soignant, on demande de s'adapter, de s'habiller et cela rallonge la durée des soins, et lorsque carence de personnel et bien c'est délicat. » (M1 p4)*

4. Coopérations et relations professionnelles

A. Intra-professionnelles

a. Avant la crise

i. De bonnes relations et cohésion d'équipe

Peu d'intervenants relatent leur relation avec leurs collègues de la même profession. Toutefois, trois AS sur quatre font état d'une bonne entente entre eux, avec des échanges et de l'entraide. « *Oh elles étaient très bonnes. Moi avec mon équipe d'AS, on était 3, vraiment impeccable, une bonne bonne équipe.* » (AS2 p7) « *On avait de bonnes relations, on s'entend bien entre nous* » (AS1 p7),

L'un d'entre eux rapporte que malgré les affinités, plus ou moins présentes au sein des équipes, le fait de partager ce métier et de pouvoir se rendre compte de la difficulté des tâches renforce l'empathie et la solidarité. « *Avec mes collègues aide-soignant, bien que je n'ai pas grand-chose à leur dire parce que je sais à quel point leur travail est difficile parce que je le fais, donc je ne vais pas souvent leur jeter la pierre ou quoi.* » (AS3 p8)

Chez les infirmiers, l'un d'entre eux explique plutôt bien s'entendre avec les collègues et fait part d'une bonne entraide, bien qu'il ne s'agisse plus des équipes qui ont pu vivre la crise sanitaire ensemble. « *Dans le bâtiment B, dans l'équipe infirmiers, on s'entend plutôt bien. L'équipe a changé entre-temps, mais on a souvent eu une bonne entente avec une entraide.* » (I1 p10)

ii. Une communication présente

Ces bonnes relations s'accompagnent d'une communication visible surtout entre les soignants. Les AS évoquent les repas comme moment idéal pour échanger entre les équipes. « *Alors oui surtout au moment du repas en fait. Mais ça c'est entre nous.* » (AS1 p7).

Du côté des IDE, les pauses, café ou déjeuner, sont souvent citées comme moments propices pour discuter des prises en soin ou plus généralement des uns et des autres. « *On essaie de prendre le temps parfois de parler, soit pendant les transmissions, soit avant les transmissions. On a toujours des petits moments où on arrive à discuter sur les prises en soin. Après on n'a pas réellement de temps dédié on va dire. On peut faire ça comme ça sur un coup de tête entre nous, ce n'est pas forcément avec les autres.* » (I3 p9), « *L'équipe infirmière pause toujours ensemble, donc on se voit tous les jours, on discute de tout, des cas des uns des autres, voilà.* » (I4 p9).

Dans l'équipe médicale, peu d'aspects sont retrouvés dans les entretiens. Toutefois l'un d'entre eux explique qu'il peut arriver qu'il y ait des moments informels d'échanges entre eux si le besoin se présente. « *Entre médecins non. On échange quand on se croise mais il n'y a pas de moment dédié.* » (M1 p9)

b. Pendant la crise : Une véritable entraide

L'un des sentiments fréquemment retrouvé dans les entretiens, en totalité chez les IDE et pour moitié des AS, est celui de l'entraide. Si les équipes souffraient, cela n'a pas empêché la présence d'un soutien intra-professionnel. « *Sauf entre nous, où on s'entraidait.* » (AS2 p8). « *Alors j'ai trouvé qu'on a été soudés. Et heureusement, parce qu'autrement ça n'aurait pas fonctionné hein.* » (I2 p11) « *Je pense qu'on était beaucoup plus dans l'entraide. Après... ça n'a pas forcément été changé plus que ça. Mais voilà, je pense qu'à un moment on était tous un peu au bout du rouleau mais on arrivait quand même à se donner des petits coups de mains, on va dire.* » (I3 p10)

Un des médecins rapporte également la présence d'un soutien aussi pendant la crise. Il pouvait exister des binômes médicaux qui s'épaulaient lors de situations compliquées ou conflictuelles, ou plus

simplement pour échanger. *« Au moment du Covid j'ai eu la chance d'être régulièrement en binôme avec un autre praticien, et si situation difficile je pouvais échanger avec lui, c'était presque collégial » (M1 p8)*

c. Après la crise : Une solidarité encore visible entre IDE

L'impact de la crise sanitaire sur les relations et coopérations intra-professionnelles n'est que peu évoqué dans les entretiens.

Un état de lieux est essentiellement présent dans les discours des IDE, dont certaines saluent la persistance d'une entraide et d'un soutien entre les équipes. *« Je dirais que même s'il n'y a pas plus d'affinité avec intel ou intel, je pense le fait d'être infirmier, on a quand même des qualités qui font que si on a un collègue qui est en... qui va avoir une urgence ou quoi que ce soit, bien évidemment qu'on ira aider ! » (I2 p12) « Oui, si on a un souci ou quelque chose qu'on n'arrive pas à faire, ou une question, voilà qu'on ne sait pas, on s'aide oui. » (I4 p12).*

B. Interprofessionnelles

a. Avant la crise

i. Des relations cordiales

La totalité des personnes interviewées, avant la crise sanitaire CoVid-19, parlaient de relations interprofessionnelles cordiales.

Du côté des AS, les retours sont homogènes et décrivent une bonne entente avec les différents interlocuteurs, avec des préférences selon les personnes. *« On a certaines affinités c'est sûr, certaines préférences, mais dans l'ensemble on s'entend bien. » (AS1 p7).* L'harmonie semble moins présente du côté de la direction et des cadres. *« Avec les médecins et les cadres, c'est... cordial. Alors avec mes collègues en général je n'ai pas de souci majeur. Après s'il y a un souci avec quelqu'un j'ai tendance à lui dire » (AS3 p8).*

Les IDE évoquent également des relations sans conflits ou problématiques majeures, qu'il s'agisse des médecins ou des AS. *« Côté aide-soignant, on va dire que c'était une relation correcte avant Covid. » (I1 p10), « Disons que, en majorité ça va. Il y a des affinités avec certains plus que d'autres. » (I2 p10), « Il y avait de la collaboration dans toutes les relations : aide soignants, médecins, infirmiers... Il y a forcément des affinités avec certaines personnes et il y a des équipes où on se sent plus à l'aise que d'autres, mais voilà, de manière professionnelle ça se passait plutôt correctement. » (I3 p9), « Alors comme dans toutes les équipes il peut y avoir des hauts et des bas, et plus ou moins d'affinité, mais je pense qu'on a quand même de bonnes relations. » (I4 p9).*

Les retours des médecins sont identiques avec des relations correctes avec leurs collègues soignants, avec un rôle de prescripteur et décideur bien défini. *« Correctes, il n'y a pas de souci particulier. » (M3 p9), « Mes relations... Elles sont normales, correctes (rires). Je ne ressens pas de tension non. Moi je m'occupe des résidents et les soignants prennent les prescriptions. » (M2 p6).* L'une d'entre elles fait toutefois part de quelques difficultés à son arrivée dans l'établissement, notamment en termes de légitimité face à certaines IDE. *« Je dirais que ça se passait plutôt pas mal. Parfois je dirais que c'est plus dans le sens inverse, j'avais du mal à m'imposer, notamment vis-à-vis de certaines IDE. » (M1 p9).*

ii. Des binômes à plusieurs échelles

Comme l'expliquent plusieurs professionnels, le fonctionnement de l'établissement implique la présence de relations interprofessionnelles bénéfiques, un lien IDE/AS ainsi qu'un lien IDE/Médecin.

L'une des AS explique la présence d'un binôme avec les IDE et ainsi une relation privilégiée avec des affinités plus fortes, dépendante encore une fois des caractères de chacun. *« Alors avec l'équipe infirmiers on travaille en binôme, donc forcément on se voit beaucoup et y a des affinités qui se forment, y a pas de tabou quand on veut dire. Après il y a toujours un infirmier ou une infirmière... Mais non, autrement on est quand même assez solidaires aussi. Après avec la hiérarchie c'est moins facile oui. »* (AS4 p9). Un autre AS partage cet avis en expliquant côtoyer fréquemment les IDE *« Infirmiers un peu moins, car je sais aussi que leur tâche est difficile... et c'est aussi eux avec qui on travaille le plus. »* (AS3 p8). L'une des IDE explique facilement pouvoir se trouver et échanger avec les AS, de façon formelle ou spontanément dans un couloir. *« Avec les AS, on peut se retrouver quand il y a besoin de faire un point ou d'échanger aussi. Voilà ça peut être spontané dans un couloir. »* (I1 p11)

L'un des médecins confie avoir un lien plus proche avec les IDE qu'avec les autres professionnels. *« C'est vrai qu'avec les infirmiers on travaille avec eux en permanence, que ce soit lors de nos prescriptions, on prend le temps de voir avec eux et de leur expliquer, ou encore pour voir les pansements, voilà, on a un lien beaucoup plus proche avec les infirmiers qu'avec les aides-soignants. »* (M3 p9).

iii. Une hiérarchie bien dessinée

A plusieurs reprises dans différents discours, un sentiment hiérarchique est évoqué au sein de l'établissement, dont le fonctionnement semble se rapprocher de celui hospitalier.

Ainsi, on note la présence d'une hiérarchie très prégnante du point de vue de l'équipe soignante, notamment rapportée par la majorité des aides-soignants interrogés. *« Je ne veux pas être mauvaise langue ou quoi, mais on est dans un établissement où la hiérarchie donne des ordres et on exécute les ordres. »* (AS3 p10), *« je ne sais pas si c'est propre à D. (l'EHPAD), mais nous on a un directeur qui est très présent et très directif et on aussi une cadre qui aime voir tout ce qu'on fait, on doit tout faire valider. »* (AS4 p2). Cependant, si cette hiérarchie semble pesante pour certain, l'une des AS salue l'investissement de la direction et les choses mises en place. *« La hiérarchie est présente hein, on a un directeur qui est super investi, il y a plein de choses qui sont mises en place, mais voilà ça reste protocolaire ils sont présents mais... »* (AS2 p8).

En revanche, ce ressenti est moins retrouvé dans le discours des infirmiers interrogés, et seulement une personne l'évoque, et regrette ce rapport donneurs d'ordre - décideurs/ exécutants qu'elle estime plus fort qu'à l'hôpital. *« Moi j'ai bossé à l'hôpital, dans des structures avec la hiérarchie, les décideurs... Mais je n'ai jamais connu ça. »* (I2 p11).

Du point de vue des médecins, une autre forme de hiérarchie semble exister, à savoir une scission entre l'équipe soignante (AS et IDE) et les médecins. *« Même si on s'entend bien, j'ai la discute facile, parfois il existe des non-dits parce qu'il persiste cette frontière « médecins/soignants ». C'est un phénomène d'équipe malheureusement dans ces établissements. »* (M1 p9). Lorsqu'il s'agit d'aborder le sujet de la direction, les retours sont plus tempérés et les médecins interrogés rapportent un impact moindre des décisions administratives sur leur façon de travailler. *« Après... Nous -médecin-, on est peu impacté quand même par les décisions de la direction. Dans notre travail, hormis nos horaires j'ai envie de dire, moi j'ai une liberté de prescrire, j'ai une liberté de décider et il -le directeur- ne va pas venir regarder ce que j'ai prescrit ou ce que je n'ai pas prescrit, ou encore ce que j'ai dit ou pas à la famille. »* (M3 p11)

iv. Des moments d'échanges

La communication entre les professionnels et les moments d'échanges ont été fréquemment allégués au cours des entretiens, et plusieurs types d'échange ont été mis en évidence.

Les transmissions sont décrites comme le temps d'échange pluridisciplinaire prédominant, formel et obligatoire pour les AS, IDE et les médecins. « *Ça (les transmissions) c'est le seul moment d'échange que j'ai avec les aides-soignantes, en tout cas de manière formelle.* » (M3 p9) Une des AS explique qu'en dehors de ce temps collégial, il n'existe malheureusement pas d'autres moments dédiés au cours de la journée. « *Sinon c'est pendant les transmissions pour discuter avec les autres collègues. C'était le seul moment d'échange pendant la crise d'ailleurs, parce que pendant la journée c'était pas facile...* » (AS1 p7). Une IDE complète en précisant les horaires des transmissions, le déroulement ainsi que les différents interlocuteurs présents. « *Aux transmissions surtout. On est nombreux, la salle est tout le temps pleine, c'est entre 13h30 et 14h30, donc les 3 étages passent, et sur place restent l'infirmière d'aprem, le cadre et un médecin. Parfois la psychologue et l'ergothérapeute. Et donc il y a ces personnes-là qui restent pendant l'heure et après pivotent les AS des 3 services. Ça permet d'avoir un échange pluridisciplinaire.* » (I1 p11)

Il existe d'autres moments propices aux échanges, informels, que constituent les pauses. Qu'il s'agisse du café ou des pauses déjeuner. Ces temps permettent aux IDE et médecins de se retrouver et d'éventuellement échanger sur des prises en soin, ou plus simplement d'aspect plus personnel. « *Avec les infirmiers c'est toujours plus facile car on est en lien direct donc on peut discuter un peu n'importe quand d'une situation, au café par exemple. Je pense que le café c'est clairement le moment informel qui permet de faire passer des choses, ou de discuter sur ce qui dysfonctionne.* » (M3 p10) « *Les médecins pausent avec nous aussi, donc on échange. Nos pauses parfois ne sont que de la transmission ou de l'information.* » (I4 p10)

Enfin, les IDE et les médecins ont fait part d'un moment d'échange exceptionnel : Les Groupes d'Apprentissages des Pratiques Professionnels (GAPP). Il s'agit de réunions organisées à la demande d'un professionnel en cas de difficultés de prise en charge, relationnelles ou simplement de situations problématiques « *On fait des "GAPP", des groupes d'analyse de la pratique professionnelle, quand on a effectivement un souci avec un résident ou une situation, et donc souvent c'est aide-soignante, infirmière, cadre, médecin, psy et ergo si elles sont disponibles.* » (I4 p10) « *Typiquement quand on sent que les relations sont tendues avec les familles ou avec un collègue, et qu'il n'y a plus trop de dialogue et d'écoute, on remet à plat et on se pose.* » (M1 p10).

v. Des soignants se sentant dévalorisés

Nombre d'AS consultés font part d'une parole peu prise en compte avec un sentiment de dévalorisation et de mépris de leur profession et de leurs compétences. « *Après nous les AS, on a malheureusement toujours été un petit peu à la disposition de tout le monde, je ne sais pas pourquoi, fin voilà, on est multitâches. On nous demande beaucoup, alors qu'on a déjà les résidents et leurs familles ce qui est par mal, mais en plus il faut qu'on s'adapte à tout le monde...* » (AS2 p7) « *Oui je vais quand même dire les choses, mais j'ai l'impression qu'on n'est pas écoutées. Tant que ça roule...* » (AS2 p7)

De façon paradoxale, un des infirmiers interrogés rapporte au contraire une parole soignante plus considérée que la sienne, avec une certaine censure. « *Enfin je trouve qu'ici, ce qui est malheureux c'est qu'on (les IDE) n'est pas trop soutenues. On va plus être vigilant et faire attention à ce que l'AS va dire qu'à ce que l'infirmier va dire. En fait c'est ça. Les transmissions, ce sont les AS qui les font. Voilà, nous on complète.* » (I2 p10)

b. Pendant la crise

i. Un sentiment d'entraide entre soignants

Globalement un sentiment d'entraide pendant la crise est retrouvé dans les entretiens.

Une AS fait état d'une cohésion d'équipe et d'une solidarité entre les collègues. « *Non, au contraire, je pense qu'il y a eu une solidarité pendant la crise. Les caractères se sont... (s'arrête). On était solidaires, vraiment, on était solidaires. (...) Bon après, y a eu des gens qui n'étaient pas très contents, pourquoi si, pourquoi ça, mais dans la grande généralité, ils étaient plutôt protecteurs et solidaires, on était solidaires.* » (AS4 p8). Un autre AS n'a pas modifié sa façon d'agir et de se comporter avec les équipes pendant la crise, essayant au maximum d'aider et de soutenir les autres. « *Avec mes collègues je n'ai jamais eu de..., je n'ai jamais changé ma façon d'être, j'essaye toujours d'arranger tout le monde pour que tout le monde soit le mieux possible dans son travail etc, et ça ça n'a pas changé, même pendant le Covid.* » (AS3 p10).

Une IDE parle également de cet aspect de cohésion dans l'entretien, surtout lors d'après-midi où les tâches étaient plus lourdes et où les AS ont pu décharger certaines missions. « *Mais pour le coup, on essayait de s'entraider, alors ça dépend des équipes, bien sûr, ça dépend des soignants, mais par exemple, l'après-midi on est qu'une infirmière pour les 3 services, et si je me retrouvais à devoir gérer un service COVID lourd, et bien ma collègue AS dans un service qui était moins lourd, allait aider pour donner des médicaments... Voilà on a pu faire ce genre de chose.* » (I1 p11)

Cette entraide est également visible du côté des médecins qui ont pu soutenir les équipes, comme le confie un des IDE. « *Oui les médecins étaient prêts à donner un coup de main, franchement, quand ils étaient là, s'il y avait besoin, il n'y avait pas de souci.* » (I3 p10)

Une des médecins fait également part d'une cohésion d'équipe avec une entraide entre les différentes professions. « *Je pense que ça a soudé un peu les choses car on s'est tous retrouvé dans le même bateau, à vivre et faire des choses un peu angoissantes au départ. Ça a renforcé la cohésion d'équipe.* » (M3 p11).

Ces retours sont nuancés par une IDE qui déplore l'absence de soutien global des supérieurs hiérarchiques. « *On nous a toujours laissé toute seule, c'est ça qui est hallucinant. Moi j'entendais à la télé, on "double les équipes" mais nous on n'a jamais eu ça.* » (I2 p6)

ii. Contrastant avec un front soignant isolé

Contrastant avec ce sentiment d'entraide, le reste des AS interrogés exprime un délaissement des autres professions. L'une explique avoir constaté des tensions internes ainsi qu'un isolement. « *C'était pareil, tant que ça roulait... Il y a eu quelques tensions internes aussi, personnes ne voulaient rentrer dans les logements je vous dis, Covid ou pas. On nous laissait tout, les médicaments, le linge à ranger, on ne voyait personne des fois.* » (AS1 p8). L'isolement rapporté est aussi souligné par un autre AS qui parle d'un village fantôme en évoquant les services de soin, avec une impression d'être livrés à eux même. « *On n'a pas eu de soutien, ça on n'a pas eu. On s'est senti seul, on avait l'impression que c'était un village fantôme ! Il n'y avait plus de vie. Et on était livré à nous même.* » (AS2 p8). Cette impression est partagée par un collègue qui élude la question. (A la question : *et avec les autres professions ? Vous vous êtes sentis soutenus ?*) « ... (Ne répond pas). » (AS3 p10)

iii. Un abandon des cadres

Le personnel infirmier interrogé est unanime sur le fait que les cadres de l'établissement n'étaient pas présents auprès des équipes. « *Et les cadres infirmiers ? Ils voyaient bien les après-midis de merde qu'on passait, qu'on était épuisés... Mais jamais ils ont proposé de venir nous aider ! Jamais. Moi je suis désolée ils sont cadres d'accord, mais infirmiers ! Et ils ne rentraient même pas dans les services, ils n'allaient même pas voir comment allaient leurs résidents de leur service...* » (I2 p13) « *Les cadres...*

(s'arrête). Pour être honnête, je pense que voilà, on peut être dans la panade, ils ont autre chose à faire que de venir nous aider. » (I3 p10)

iv. Un sentiment hiérarchique intensifié

Comme rapporté ci-dessus, il semble exister une stratification verticale intense dans l'EHPAD. Pendant la crise, le poids de cette hiérarchie s'est intensifié, et l'ensemble des participants en fait part dans leur discours. Aussi si la Direction et les cadres de santé étaient très présents, les professionnels déplorent des décisions prises unilatéralement, sans consultation.

Une AS évoque une obligation de tâche sans possibilité de questionnement ou de discussion. *« Quand la hiérarchie dit non, on ne peut pas aller à l'encontre, on est obligés de faire ce qu'ils disent. » (AS1 p8).*

Ce retour est partagé par un IDE qui regrette cette posture de décideurs/suiveurs sans pouvoir dialoguer. *« Oui je pense qu'il y a des décisions où on n'avait pas trop notre mot à dire, et il fallait en gros exécuter point barre, et ça pouvait poser des questions. C'est à dire que quand on est soignant, mais même non soignant d'ailleurs, il y a des choses qui peuvent interpeller et qui peuvent poser questions. Et on nous demande de les faire bêtement ? A un moment donné... Non en fait, ce n'est pas comme ça que ça se passe quoi. Ce n'est pas parce qu'on est dans un établissement et qu'on a des ordres... À un moment donné, je pense qu'on peut quand même dialoguer » (I3 p10)*

Pour autant, si certains des professionnels critiquent ces directives verticales, ils n'ont pas hésité à exécuter sans questionner leurs supérieurs. *« Donc moi personnellement je faisais ce qu'on me disait... Même si je trouvais que c'était pas la meilleure des décisions. Mais comme je ne savais pas, et que je ne savais pas faire autrement, j'ai vraiment exécuté ce qu'on me demandait. » (AS4 p5).* *« Écoutez, on nous donnait les directives et on les respectait au mieux » (AS3 p10).*

Ce fonctionnement stratifié a pu engendrer des tensions entre les équipes. Une IDE explique notamment s'être sentie responsable des AS, avec un aspect policier qui a pu être source de conflit. *« Pendant le Covid on a eu... Ça a un peu évolué parce qu'on avait en plus un côté "flic", à vérifier ce qu'elles mettaient en place, ce qu'elles respectaient... On était derrière leur dos aussi. Mais surtout, on était les porteuses de mauvaises nouvelles : "on met tel résident en isolement", "on met telle mesure en place"... C'est nous qui allions imposer ça, forcément c'étaient les consignes... Mais elles, elles avaient ça de notre bouche et c'était tout de suite "Ouais tu nous embêtes !", alors que voilà... C'était comme ça, c'étaient les consignes. » (I1 p10).* L'un des médecins témoigne également d'un hyper-contrôle et un besoin de vérification permanent sur ce que les équipes pouvaient mettre en place, notamment en termes d'hygiène. *« En fait le problème si vous voulez, c'est qu'il y a des soignants qui sont formés mais dans la pratique il faut continuellement et quotidiennement redire « vous défaites le masque dans la chambre », ou « vous défaites le tablier en dehors de la chambre », « vous n'avez pas les bons sacs de déchets ». Etc etc. « Lavez-vous les mains ». Contrôle qualité quoi. » (M2 p4)*

v. Des moments d'échanges perturbés

L'intégralité des médecins critique la perturbation des transmissions en termes notamment de durée ainsi que l'arrêt des GAPP. En revanche, ils saluent le fait que ces moments d'échange aient pu être conservés. Aussi, les transmissions étaient conservées pendant la crise et constituaient un moment de discussion professionnel mais aussi personnel. *« Les GAPP et toutes ces réunions non on ne les faisait plus. Par contre, les transmissions quotidiennes étaient maintenues et étaient systématiques, par étages. Mais clairement, on manquait de temps pour se poser sur des situations... J'ai un peu perdu la mémoire*

aussi j'avoue, mais sur les premiers confinements, on limitait les interactions, c'était beaucoup plus rare. » (M1 p10) « Pendant la crise ? (Réfléchit). Non... On continuait à échanger aux transmissions. » (M2 p7) « Ça on en discutait beaucoup aux transmissions... On échangeait pas mal là-dessus, on essayait de leur expliquer qu'on comprenait leurs souffrances mais qu'en même temps, malheureusement, on ne pouvait pas faire autrement. » (M3 p12).

Au sein des équipes soignantes, les IDE expliquent que malgré la période compliquée avec les restrictions sanitaires, la communication a pu être conservée et semble d'autant plus importante avec les AS, qui sont les professionnels ayant la plus grande proximité avec les résidents et donc les plus impactés, en termes d'organisation, par les mesures. *« Et on s'adaptait aussi avec les aides-soignantes, parce que bon on peut penser dans notre bureau, "il faut qu'on fasse ça ou ça", si on se rend compte finalement que ce n'est pas adapté ou qu'il y a quelque chose qui n'est pas cohérent...Donc il y avait quand même cette communication. » (I2 p12)*

Une des IDE se souvient d'un dialogue maintenu avec les médecins du service, et ce malgré une pression qu'ils pouvaient subir de la part de la direction. *« Après avec les médecins, c'est resté pareil. Il y avait un peu de pression mais eux, enfin de leur côté, aussi avaient la pression du directeur, donc forcément ça nous retombait un petit peu dessus. Mais quand il fallait expliquer, ils étaient là, ils ont pris le temps, il n'y avait pas de souci pour ça. » (I1 p11)*

c. Après la crise

i. Une communication toujours présente, voire intensifiée

Un des enseignements tirés de la crise est celui de la communication. Aussi, s'il s'agissait déjà d'un aspect important avant la crise, les participants expliquent continuer à dialoguer le plus possible avec leurs collègues et à faire tout particulièrement attention à rester dans une écoute effective. *« Bon l'équipe a changé un peu aujourd'hui, mais moi et quelques collègues, c'est quelque chose qu'on essaie quand même de préserver. La communication aussi, même si c'est quelque chose qu'on avait déjà de base, mais qu'on essaie de faire. (I1 p13)*

C'est surtout dans les discours des soignants qu'on le retrouve *« Non pas spécialement, on communique davantage entre nous, on s'aide aussi. » (AS1 p9)*. L'un des AS estime que la communication est le point le plus important pour obtenir une relation de qualité, avec les résidents mais également entre collègues. *« Oui. Alors moi souvent je discute... Je suis quelqu'un de référent qui forme beaucoup les nouveaux collaborateurs, donc forcément ça j'en parle. Je leur dis souvent qu'on ne peut pas ne pas parler à quelqu'un quand on l'accompagne. La communication, elle est, moi, je dirais, c'est notre premier job. Donc forcément je pérennise. » (AS4 p10)*

L'une des médecins constate une modification dans sa façon de dialoguer avec les équipes en particulier dans les situations plus complexes, en prenant en compte les avis des collègues et en adaptant ses décisions en conséquence. *« Là où je ressens une évolution depuis la crise c'est peut-être sur ma façon d'aborder les situations avec les équipes et parfois dans ma prise de décision (...) Mais voilà c'est peut-être la leçon tirée, mieux communiquer et mieux écouter avec les équipes sur les situations palliatives. » (M1 p8)*

ii. Une solidarité conservée

Autre point important, nombreux professionnels interrogés constatent que l'élan de solidarité observé pendant la crise sanitaire a été conservé, notamment entre le personnel AS et IDE. *« On est resté pareil, on s'est soutenu pendant la crise et c'est resté comme ça. » (AS2 p8) « Oui, c'est toujours pareil. L'équipe en soit est soudée, on arrive à se dire les choses... » (I3 p11)*

C'est majoritairement les IDE qui font ce constat et plusieurs essaient au maximum de se rendre disponibles en cas de besoin des AS. *« Les aides-soignantes aussi, certaines ont compris aussi que si elles avaient besoin, elles pouvaient venir nous voir. Et ça, c'est resté en place pour certaines aussi. » (I1 p13), « Mais même les filles, les aides-soignantes, si elles ont besoin pour des soins on propose notre aide. Je pense franchement je ne pense pas avoir vraiment changé après la crise. » (I4 p13).*

iii. Une remise en question de la Direction

Plusieurs participants estiment que si la crise a pu mettre en lumière certains dysfonctionnements, elle n'a pas permis de résoudre les problématiques de considérations, de charges de travail et d'ingratitude des fonctions. Aussi, l'une des IDE reproche à la direction de ne pas prendre en compte les remarques des équipes *« Et qu'on a, je pense, des directions qui n'entendent pas les problématiques... » (I2 p12).*

Un autre IDE estime que ce manque d'écoute et l'ajout constant de nouvelles tâches et missions qui alourdissent le travail des soignant révèlent un manque de considération pour leur métier. *« C'est ce que je disais à la médecine du travail, c'est que ça pose énormément de questions sur notre travail. Jusqu'où on va accepter de faire des choses ? Jusqu'où on va accepter d'encaisser des directives ? On a l'impression qu'on n'est pas entendu d'un certain côté.. (...). Derrière on nous dit qu'on ne peut pas recruter, d'accord on ne peut pas recruter, très bien, mais à un moment donné il va falloir se poser autour d'une table et dire "ça c'est pas du rôle infirmier, hop on l'enlève, ça aussi, etc". » (I3 p13)*

L'un des AS fait état d'un manque d'empathie de la part de la direction, et déplore que cette empathie ne s'exprime pas semblablement à tous les niveaux. *« Après je trouve dommage que dans un endroit où on est censé être le plus empathique possible, parfois la hiérarchie ne fasse pas preuve de la même empathie qu'on nous demande envers les résidents. Ça devrait être généralisé. » (AS3 p11).* Ce ras le bol ressenti s'est majoré en post crise d'après lui. *« J'ai tendance maintenant, je ne sais pas si le Covid y est pour quelque chose, mais j'ai vraiment plus tendance à râler sur les supérieurs hiérarchiques comme les cadres par exemple voilà. » (AS3 p8) « Plus les années passent plus j'ai besoin de m'affirmer, et qu'ils comprennent que les soignants ont un ras-le-bol général, que les gens sont épuisés qu'on leur demande toujours plus... Et qu'un moment donné ce n'est plus possible. » (AS3 p8)*

Ces difficultés existantes entre les soignants et la direction sont évoquées par l'un des médecins. *« Après entre les soignants et la directions... (...) mais ça je ne sais pas si c'est parce qu'il y avait une carence de personnel... Je ne sais pas si c'est en lien avec le Covid. » (M2 p7)*

5. Relations avec les résidents et les familles

A. Relations avec les résidents

a. Avant la crise : des relations harmonieuses

Sur l'ensemble des cas interviewés, une grande majorité fait état de relations harmonieuses et cordiales avec les patients. En effet, la moitié des AS estime qu'ils arrivent à communiquer *« Avec les résidents ça se passe bien aussi, on arrive à parler avec eux. » (AS1 p5).* Du côté infirmier, les 3/4 ne constatent pas de problème particulier, qu'il s'agisse des résidents ou des familles avec qui les relations sont bonnes *« Avant la crise sanitaire ? Il n'y avait pas de souci particulier, il y avait une bonne communication avec les familles, avec les résidents. Voilà, ça se passait très bien. » (I3 p6).* Pour deux médecins sur les trois interrogés, on retrouve dans les discours de bons contacts avec les résidents. L'un d'entre eux explique se rendre disponible le plus possible et ne note pas de tensions ou de problématiques. *« Bonnes je pense et c'est toujours d'actualité ! Je pense avoir un bon contact, et j'essaie de me rendre le plus disponible possible. Cela reste chronophage, et cela dépend évidemment des*

patients et des familles que l'on a en face, il y a forcément des contacts plus ou moins faciles, mais globalement je n'ai pas souvenir de grosses problématiques ou de tensions avec mes résidents » (M1 p5).

Si ces bonnes relations sont majoritairement présentes, d'autres sont toutefois plus compliquées, liée aux profils des résidents nombreux à être cognitivement altérés, qu'on retrouve dans le discours de deux professionnels. Un des AS explique que ces troubles cognitifs vont modifier ou en tout cas, peuvent être un frein à de bon échanges. *« on a des gens qui cognitivement sont très atteints, donc forcément on a pas... comment dire, on a pas les mêmes relations, les mêmes échanges. » (AS3 p5).* Cette idée est partagée par un médecin qui déplore une communication parfois complexe avec certains résidents. *« Il n'y a pas grand-chose à décrire. Ce sont des relations morales. Il y a certains résidents avec lesquels on peut échanger, d'autres c'est un peu plus compliqué car ils ne sont pas dans la communication » (M2 p4)*

b. Pendant la crise

i. Des soins « froids », rapides, qui impactent les liens

Le contexte de la crise sanitaire avec la réorganisation professionnelle au sein de l'établissement a eu un impact sur la prise en soins des résidents. Cet impact est visible dans le discours des AS, dont les ¾ déplorent cette situation et expliquent ne plus avoir eu le temps pour échanger avec les résidents. Un manque de temps qui a pu ne pas être compris par les résidents. L'un d'entre eux va jusqu'à décrire ces moments de soin écourté comme froid. *« On avait plus le temps de parler avec eux en fait et ça ils ne comprenaient pas toujours. » (AS1 p5) « Ils étaient confinés tout le temps dans le logement, tout le temps tout le temps, donc il n'y avait plus de lien avec nous ! » (AS2 p3) « Quelqu'un qui est tout froid, parce que ça devient froid le soin » (AS2 p5)*

Ce ressenti négatif contraste avec le ressenti de l'équipe infirmière interrogée ainsi que le dernier AS, qui, malgré cette période compliquée et anxiogène, témoigne de bonnes relations conservées avec les résidents, perçus comme compréhensifs et soutenant. *« J'ai toujours gardé et je garde encore une bonne relation avec les habitants. » (AS4 p6) « Pendant la période, je pense que les résidents voyaient qu'on était là pour eux, qu'on faisait du mieux qu'on pouvait pour les accompagner. » (I2 p6)*

ii. Problématique du masque : absence de communication non verbale

L'un des points soulevés concerne le port de la tenue de protection, notamment du masque, qui impactait de façon non négligeable la communication, et donc la relation avec les patients.

L'ensemble des AS fait part de difficultés avec une vision du visage amputée, en particulier l'absence du sourire mais plus généralement des émotions, ce qui a pu être source de barrière dans les relations. Est à ajouter qu'une grande part des résidents a des problèmes auditifs, et la lecture sur les lèvres n'était plus possible fragilisant donc la communication. *« C'est un peu gênant, parce que du coup pour certains résidents ils ne voient pas notre faciès, du coup notre façon de... quand on sourit ils ne le voient pas et ça ça peut mettre une barrière. Ça c'est un peu dérangent. » (AS3 p1). « La communication aussi, c'était à réorganiser, on avait le masque et ils ne comprenaient pas, la plupart ont des appareils auditifs... » (AS4 p5).*

Cette évocation du sourire disparu fait écho au propos sur les soins décrits comme froids plus haut. On la retrouve dans le discours des IDE, dont l'un évoque les troubles auditifs de certains résidents *« Pendant la crise, avec le masque, ils ne voyaient pas nos sourire, et c'est pareil pour les gens malentendants... C'était compliqué. » (I4 p8)*

Cette thématique du sourire et des émotions est aussi présente du côté des médecins, dans deux entretiens sur trois. *« Moi je trouve qu'avec les résidents, le principal souci qu'on ait eu c'était avec le*

masque parce que généralement ils ne nous entendent pas, ils sont souvent sourds et moi je n'ai pas une voix qui porte énormément, donc dès que je force je monte dans l'aigu et ils n'entendent plus rien (rires), et avec le masque ils ne pouvaient plus lire sur les lèvres. Et l'autre chose hyper importante selon moi c'était le sourire, qui n'existait plus avec le masque... » (M3 p6)

c. Après la crise

i. Relations inchangées

Interrogés sur les relations avec les résidents à distance de la crise, les professionnels sont assez unanimes et ne rapportent pas de franc changement relationnel visible post crise sanitaire. Pour autant, il faut rappeler qu'à ce jour les résidents ne sont plus forcément ceux qui ont pu vivre la crise dans l'établissement.

Un des AS explique que sa relation avec les patients ne s'est pas modifiée dans le sens où il a essayé de maintenir le même comportement avant, pendant et après la crise, en recourant notamment à l'humour comme mécanisme de protection face à des journées harassantes. *« Ma relation avec les résidents à proprement parler n'a pas changé en tout cas. (...) Car de base je suis quelqu'un qui va beaucoup déconner on va dire, je vais dire beaucoup de conneries (rires), si je peux me permettre, et je vais toujours essayer de faire rire les gens et leur mettre le sourire qu'il y ait des problèmes ou pas de problème. Qu'on soit dans une situation difficile ou pas, je vais essayer de déconner tout le temps pour rendre le quotidien plus amusant, parce que des fois les journées sont longues... ça je le faisais avant, je l'ai fait pendant, et je le fais toujours. » (AS3 p8).*

Chez les IDE, cet aspect de stabilité relationnelle malgré un contexte perturbateur est le plus visible de tous les professionnels interviewés. Aussi, les « choses » n'ont pas particulièrement changé et les habitudes d'avant crise sont revenues. *« Mais non, les choses n'ont pas particulièrement changé, c'était différent pendant, mais maintenant on a repris nos habitudes. » (I1 p10).* Toutefois, le nombre de résidents à charge et la lourdeur des tâches du métier ne permettent pas une évolution spectaculaire en termes de durée de passage ou d'échange. *« Je pense que je suis revenue comme avant. Après de toute façon, même dans le quotidien, on ne peut pas passer 1/4 d'heure avec les 47. Mais voilà j'aime bien, je suis quelqu'un qui aime bien plaisanter avec les résidents, les faire sourire... Donc ça je le faisais avant, et je le fais toujours » (I4 p8).*

Un des médecins partage ce ressenti, et n'espère en aucun cas une dégradation des rapports. *« Mais en tout cas le lien avec le patient lui reste le même. Il n'y a pas de raison qu'il se dégrade... » (M3 p9)*

ii. Intensification de la communication

Si les relations sont inchangées pour la majorité, on remarque pourtant une modification en termes de communication, conséquence directe des liens perturbés pendant la crise. Cette intensification de la communication et de la proximité est surtout perceptible dans le discours des AS qui sont au plus près des résidents. Pour les équipes AS, certains essaient d'accentuer, de prolonger ou d'améliorer les échanges pour fluidifier la prise en soin. *« Aujourd'hui c'est vrai que j'essaie d'être un peu plus avec eux, de plus communiquer avec eux. Finalement d'être un peu plus proche on va dire. » (AS1 p6), « Je trouve qu'ils se sont plus attachés à nous. On essaye d'échanger avec eux le plus possible, de communiquer, de passer du temps avec eux parce qu'on s'est bien rendu compte que quand il n'y a rien... Dès qu'il y a un instant où on peut échanger, on en profite. » (AS2 p5).*

B. Relations avec les familles

a. Avant la crise

i. Des relations cordiales et une place au cœur du projet de soin

C'est essentiellement dans le discours des soignants qu'on retrouve une description des relations avec les familles. Aussi, trois AS sur quatre ainsi que la moitié des IDE, font état de relations relativement cordiales sans grand soucis majeur, avec de la confiance. « *Harmonieuses. Moi je suis beaucoup dans la communication, donc les familles venaient souvent me voir (...) on a déjà cette relation de confiance, ils nous font confiance* » (AS4 p6). Cependant si une bonne entente est rapportée dans la globalité des cas, ces relations dépendent toutefois des caractères de chacun, et les relations avec certaines familles peuvent être plus délicates à gérer, comme le rapportent un AS et un IDE. « *Avec les familles ça allait bien, il y avait une bonne entente en globalité. Après il y a toujours des cas à part (rires), mais ça s'est toujours plutôt bien passé.* » (AS1 p5), « *Hum, avant ? Au cas par cas.* » (I1 p7). Un des IDE complète en expliquant qu'en 14 ans de présence dans l'établissement un seul accrochage a pu être constaté « *Ça va. Depuis que je suis là, donc 14 ans, je n'ai eu qu'un accrochage avec une famille. Donc plutôt des bonnes relations normalement.* » (I2 p7).

Pour autant si les relations varient évidemment d'une famille à l'autre, dans chaque catégorie de professionnel, nombreux professionnels rappellent l'importance de la place des familles au cœur du projet de soin des résidents. « *On est là aussi pour accompagner la famille, on les intègre dans le projet d'accompagnement et il n'y a pas d'ambiguïté sur ça, on est là pour les rassurer.* » (AS4 p1). « *Avec les familles, on essayait de tenir au maximum au courant de l'évolution* » (M1 p6). L'un des IDE précise être un interlocuteur privilégié pour expliquer les états de santé ou répondre aux questionnements. « *On est aussi le lien avec les familles, pour expliquer les états de santé, ou alors pour donner des nouvelles, ou simplement aussi quand ils ont aussi des requêtes, des demandes* » (I1 p1).

ii. Mais qui tendent à évoluer : exigence accrue, familles procédurières

Cette place dans la prise en charge peut parfois être poussée à l'extrême comme le rapportent deux médecins interrogés qui déplorent parfois une attitude intrusive et un grand contrôle sur les prises en soin. « *Et pour les familles, il y a une petite proportion jamais satisfaite ou voilà... Ça ne change pas quoi.* » (M2 p4). Aussi, l'un d'entre eux fait état d'un changement progressif depuis son arrivée dans l'établissement 12 ans plus tôt, avec l'apparition d'un hypercontrôle et d'une remise en cause régulière des prises de décision concernant leurs proches. Il va jusqu'à évoquer l'évolution d'une relation « centrée-patient » vers une relation « centrée-famille ». « *Avec les familles... En 12 ans de temps j'ai vu l'évolution (rires). Au tout début, les familles étaient présentes en EHPAD mais de manière « juste » j'ai envie de dire, équilibrée. Ils étaient là pour venir prendre des nouvelles de leurs proches, savoir au niveau médical où on en était, éventuellement quel médicament ils prenaient... Voilà. En 12 ans de temps, il y a eu une évolution progressive qui fait que les familles sont de plus en plus regardantes, intrusives, cherchent à savoir exactement ce qu'il se passe, voire même parfois sont médecins à la place du médecin, infirmiers à la place de l'infirmier, sont AS à la place de l'AS, sont capables de défaire les pansements pour voir ce qu'il y a en dessous... Très très très intrusifs.* » (M3 p5)

D'autres professionnels soignants témoignent de cette exigence accrue qui peut poser des problèmes dans la gestion des patients, et qui nécessite un véritable travail de pédagogie de leur part. « *Il y a des familles qui sont plus compréhensives et d'autres qui le sont beaucoup moins et dans ces cas-là il faut toujours faire preuve de pédagogie, de négociation etc* » (AS3 p5), « *Il y a des familles, forcément, qui sont peut-être plus... exigeantes on va dire, mais on arrive à gérer.* » (AS4 p6).

Les IDE partagent également ce ressenti et regrettent l'existence de scandales causés par certains proches qui rallongent de façon non négligeable leurs tâches. *« Enfin, il y a des familles qui sont adorables, mais il y en a beaucoup qui sont très compliquées à gérer, qui sont aussi chronophages, qui pouvaient nous faire des scandales... » (I1 p3)*

Ces éléments retrouvés dans les discours contrastent avec ceux d'un des AS, qui au contraire, constate parfois des familles moins présentes, qui ne sont pas forcément dans le dialogue et qui ne cherchent pas à être nécessairement actrices dans la prise en charge de leur proche. *« Il y a certaines familles quand elles viennent elles demandent toujours des nouvelles, si ça s'est bien passé ces derniers temps etc, et d'autres familles qui sont beaucoup moins causantes et qui ne demandent pas forcément plus que ça. » (AS3 p6).*

b. Pendant la crise

i. Une forme de communication différente

Pendant la crise, la majorité des participants rapporte une modification des formes de communication.

En effet, l'établissement avait mis en place de façon obligatoire pour les AS un appel hebdomadaire aux familles des résidents dont ils étaient référents. *« En fait nous dans notre fonctionnement, on est référent de 4 à 5 résidents, et pendant la crise, on devait une fois par semaine appeler leur famille pour les rassurer et leur donner des nouvelles. Et ça ça crée des liens, parce que « je vous appelle quand ? quelle heure ? », quand j'appelais on me reconnaissait, ça ça crée des liens avec les familles. » (AS2 p5).* Cet appel des soignants mais plus généralement les échanges téléphoniques ont permis de maintenir une fréquence de contacts et de conserver les liens *« On écoutait beaucoup. On essayait de rassurer, on faisait des points régulièrement » (I3 p4), « Alors avec les familles des patients on appelait beaucoup, on avait un lien téléphonique assez important. » (M3 p6)*

Parfois ces échanges pouvaient être dématérialisés par mails mais restaient plus faciles et fluides par téléphone *« on avait une communication différente, on les avait ou alors par mail mais le plus simple c'était par téléphone, de vive voix, c'est souvent plus simple. On ne les avait pas de visu mais il y avait quand même un lien. » (AS3 p5).*

Différents professionnels estiment que ces liens avec les familles ont pu être renforcés par la crise sanitaire. Ce constat est majoritairement partagé par les AS et IDE. L'un des soignant rapporte que cette place d'interlocuteur privilégié a permis une intensification des relations et de la confiance *« Et je trouve que pendant la crise ça a rapproché avec les familles. Parce qu'ils n'avaient que nous. » (AS2 p5).* Un collègue complète en précisant avoir appelé les familles de façon plus rapprochée qu'une fois par semaine. *« En tout cas mes familles, où je suis référente, m'ont fait vraiment entièrement confiance. (...) On avait l'obligation de les appeler une fois par semaine, moi je le faisais une fois tous les 2 jours. » (AS4 p6).* Le discours de certains infirmiers va également dans ce sens, avec des points réguliers faits avec les familles qui permettait une réassurance *« On écoutait beaucoup. On essayait de rassurer, on faisait des points régulièrement. Il y avait des soignants qui appelaient les familles plus d'une fois par semaine » (I3 p4).* Toutefois, ce même IDE modère son propos en expliquant que les familles ont pu, malgré une confiance acquise, émettre des doutes du fait de la distance. *« Je pense quand même qu'ils faisaient confiance au personnel... mais tout en ayant des doutes. » (I3 p6).*

A l'inverse, un des AS consultés, qui avait pour mission d'appeler une fois par semaine, a eu l'impression d'une diminution des contacts avec les familles. *« On avait plus trop de contact avec les familles... Sauf si vraiment il y avait une urgence, ou si on avait besoin de quelque chose, dans ce cas-là on les appelait, mais sinon il n'y avait pas de trop de contact. » (AS1 p6)*

Ce lien téléphonique a pu créer des limitations dans la circulation de l'information comme retrouvé dans le discours de plusieurs professionnels. Certaines difficultés sont évoquées. Dans un premier temps, l'un des IDE explique que dans les situations plus complexes telles que des dégradations cliniques ou des décès, cette absence de lien physique a pu être délétère. *« Et il fallait prévenir les familles, ce n'était pas toujours évident puisque forcément ils ne venaient pas... » (I4 p7).* Ensuite, un autre IDE fait état d'une barrière physique qui limitait la compréhension des choses, ou d'une certaine manière empêchait la composante émotionnelle. *« En revanche, les familles... c'était beaucoup plus compliqué puisqu'on les avait qu'au téléphone, et donc il y avait cette barrière. » (I3 p6).*

L'un des médecins confie systématiquement appeler les familles pour présenter ses condoléances lors de décès et regrette certains « loupés » pendant la crise, dûs à cette modification de communication et perte de contact physique. *« Avec les familles, on essayait de tenir au maximum au courant de l'évolution. Mais si vous demandez aux familles, je suis sûre qu'il y a eu certains loupés. Mais en tout cas, surtout chez les patients précaires, lorsque dégradation, on gardait le lien le plus possible (...) La seule chose que j'avais l'habitude de faire que je n'ai pas pu faire systématiquement c'est d'appeler les familles pour présenter mes condoléances, ça j'en ai sûrement loupé. » (M1 p6)*

ii. Un contexte anxiogène avec un regard intrusif

L'intrusion décrite dans les relations avant COVID a eu tendance à être pérennisée voire intensifiée pendant la crise sanitaire. Un aspect essentiellement rapporté par l'équipe médicale. En effet, deux médecins, notant des comportements de proches parfois très insistants, tentent de trouver des explications à ce phénomène, notamment le contexte anxiogène mais surtout l'absence complète de regard et de contrôle sur la situation. *« les familles étaient demandeuses d'information donc il fallait... En fait je pense que ce sont surtout les infirmiers qui tenaient au courant... Mais les familles étaient très très pressantes pour demander des informations. » (M2 p4), « Ils n'avaient plus de regard du tout pendant la crise, et à un moment donné, il y a eu un fantasme qui s'est créé autour de ça, et du coup il y a eu une accélération importante (du fait qu'ils deviennent intrusifs) » (M3 p5)*

Un IDE confirme que les familles ayant tendance à rentrer en conflit avec les soignants l'ont été davantage pendant la crise. *« Il y a déjà des familles conflictuelles mais dans ce contexte-là... ça pouvait être d'autant plus » (I1 p7)*

c. Après la crise

i. Une dégradation inévitable ?

Plusieurs professionnels interrogés font état d'une situation empirée depuis la crise sanitaire, en termes notamment d'aspect « procédurier » et exigeant déjà décrit plus haut.

L'un d'entre eux rapproche ce constat d'une méfiance plus globale envers les EHPAD qui, à ce jour, sont régulièrement mis en lumière lors de dysfonctionnements et décrits comme des structures onéreuses et souffrant cruellement d'un manque de moyens humains et techniques *« Oui il y a eu le Covid, et ils sont hyper protecteurs et donnent leur accord, mais on discute toujours avec eux. Je pense qu'il par contre qu'il y a un aspect procédurier qui s'installe, et ça c'est plus en lien avec la méfiance envers les Ehpad. », (I3 p9), « C'est surtout qu'ils payent une somme astronomique parfois... Et que pour le coup il faut que le service soit rendu en gros. » (I3 p14).*

Un des médecins poursuit en confiant devoir refaire un travail de pédagogie depuis la crise. *« Suite au Covid, il y a vraiment un travail de pédagogie à refaire, en leur disant que voilà on prenait en charge, qu'on ne pouvait pas les prévenir de tout mais qu'on était là » (M3 p5), « Oui, j'ai l'impression que ça catalysé le truc. J'ai l'impression que les familles sont plus regardantes, en plus parfois sur des*

choses qui ne les regardent même pas ! Il faudrait presque qu'on explique nos prescriptions, qu'on les appelle à chaque fois qu'on change une ligne de prescription, que les aides-soignants les appellent à chaque changement de protection... » (M3 p8)

ii. Des relations inchangées

En revanche, plusieurs participants rapportent à l'inverse des relations relativement stables, non impactées ou en tout cas, non modifiées par la crise sanitaire. *« Je pense que c'est toujours pareil. Il y en a qui peuvent être très méfiants et pas forcément cool, et il y en a qui nous ferons toujours confiance et avec qui on peut discuter facilement. » (I4 p8).* Les familles présentes avant la crise le sont toujours, celles absentes le sont toujours et les proches très demandeurs le sont toujours, comme précise l'un des IDE. *« ceux qui étaient très présents pendant la crise, sont ceux qui sont de base très très présents, dans le contrôle. Donc on a tout, on a des familles qui sont très absentes, ou qui ne s'inquiètent pas plus que ça... Et puis ceux qui étaient... Qui appelaient tous les jours prendre des nouvelles. Mais ça ce sont des personnes qui même avant le COVID vont régulièrement prendre des nouvelles. Et qui le font encore. » (I1 p10)*

6. Vécu des résidents et familles : vu par les professionnels

A. Vécu des résidents

a. Un sentiment d'emprisonnement

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, la majorité des AS et la moitié des IDE emploient le champ lexical de l'emprisonnement lorsqu'ils évoquent la situation. Aussi, et aspect de « prison » et « d'enfermement » est retrouvé à plusieurs reprises dans les entretiens. *« Ils ne comprenaient pas, pour eux ils étaient en prison en fait. Voilà. Et ils nous le disaient, « ici on est en prison en fait ? ». Et du coup, ils se laissaient aller... Ils n'avaient plus envie forcément de manger tout seuls par exemple, de s'habiller. Ils se laissaient vraiment aller. » (AS1 p2), « Sa seule liberté, éventuellement si elle en a une c'est de regarder la télévision dans sa chambre, ou éventuellement de lire si elle en est capable... » (AS3 p6), « Oui, la plupart avaient ce discours "on est emprisonné, on est enfermé etc." (I3 p6).*

b. Un sentiment de peur

Dans un seul discours, celui d'un AS, on ressent un aspect de crainte des résidents vis-à-vis de l'équipe soignante. Si ce ressenti n'a pas été partagé par les autres professionnels, il semble important de le rapporter car il fait directement un parallèle avec la crainte du virus en lui-même. *« les résidents parfois ils avaient peur, ils nous demandaient « mais pourquoi vous êtes habillées ? », alors qu'eux n'avaient ni blouses ni masques. Pour eux c'était compliqué, ils ne comprenaient pas toujours ce qu'on leur disait... » (AS1 p4)*

c. Un impact psychologique et glissement

Un impact psychologique sur les résidents est largement retrouvé dans les entretiens. Aussi, les professionnels font part d'une tristesse et de déprime. *« les résidents qui étaient tristes, déprimés » (M3 p12).* Un médecin regrette l'aspect délétère des mesures d'isolement qu'il estime responsable en partie de dénutrition en lien avec des dépressions. *« Les mesures d'isolement ont pu être délétères, et ces effets ont été vus sur du plus long terme, psychologiques, de dénutrition par dépression, la spirale qu'on peut retrouver en gériatrie avec le glissement notamment. (M1 p3).* Ce constat est partagé par l'équipe d'AS qui a pu constater de l'anxiété voire même des syndromes dépressifs *« Il y a eu de l'anxiété, de la dépression... » (AS4 p4)*

L'ensemble des infirmiers fait état d'un syndrome de glissement visible chez les résidents en réaction directe ou indirecte à la crise et aux mesures sanitaires. Ce syndrome également évoqué par deux AS sur quatre et un des médecins interrogés. « *Oui voilà des glissements* » (AS4 p4), « *Ah oui oui il y a eu des... (réfléchit) syndromes de glissement.* » (I2 p5), « *On a plein de résidents qui se sont arrêtés de manger, qui ont arrêté de se déplacer, qui ont chuté par la suite...* » (M3 p3).

d. Un sentiment de solitude et isolement

Un élément présent dans le discours des soignants est celui d'une solitude qui a pu être constatée chez les résidents. En effet, certains AS rapportent une perturbation des relations en lien avec la crise et les règles d'hygiène entraînant une deshumanisation des soins et une relation soignant froide. « *Parce que en fait le matin quand on passe les voir, on parle pendant les soins et ça c'est quelque chose qu'ils apprécient. Et là du jour au lendemain on leur dit qu'on n'a pas le temps, on peut pas rester avec vous* »... » (AS1 p5)

Les résidents ont dû faire face à des soignants sur-habillés avec masques et charlottes, perturbant de façon non négligeable les liens en limitant les reconnaissances et entraînant un isolement. « *Qu'est-ce qu'elle voit cette personne ? Elle voit quelqu'un qui est habillé, masqué, encharlotté... Elle ne nous reconnaissait même pas et je suis pas sûre que ce soit le meilleur accompagnement non plus.* » (I1 p9)

Mais c'est surtout la rupture des contacts familiaux qui a été la plus préjudiciable, parfois seul repère pour la population âgée, comme expliqué par un IDE « *le plus difficile oui c'est ça, de ne plus voir de famille car pour eux, c'est hyper important. Le relationnel, le soutien familial... On le voit que dès qu'il n'y a plus personne qui vient, ça y est, ils sont perdus...* » (I2 p5). Cette privation sociale, familiale d'abord, impacte également les liens avec les autres résidents de l'établissement. « *C'est vraiment qu'on les prive de tout... Ils ne peuvent pas voir ceux avec qui ils ont lié des liens... On se rend peut-être même encore plus compte des résidents qui n'ont pas de famille parce que là ils sont vraiment là seuls.* » (I4 p7)

e. Patients dans la non-compréhension de la situation

La situation de la crise a fait l'objet d'une véritable non-compréhension chez les résidents de l'EHPAD, et ce d'autant plus chez ceux porteurs de troubles cognitifs. Cette rupture de contact avec parfois leur seule source de réassurance, les proches, a pu être source de perturbation comme rapporté par un AS. « *le fait de ne pas avoir de contact avec leurs proches, de ne pas pouvoir les voir, ça les perturbait davantage... Ils ne comprenaient pas qu'en fait il y avait le Covid, et qu'il y avait des mesures qui étaient prises.* » (AS1 p2), « *Il y en a quand ils nous voyaient arriver ils rigolaient... Et pour d'autres qui étaient diminués cognitivement, ils ne se rendaient pas trop compte. Mais il manquait cette chaleur humaine en fait et ils ont besoin de ça.* » (AS2 p4)

Deux infirmiers expliquent également avoir pu côtoyer des résidents ne saisissant pas la gravité de la crise ou ne la comprenant tout simplement pas. Cependant, on retrouve une nuance dans ces mêmes discours qui témoignent d'une petite proportion de patients compréhensifs de la situation sanitaire et des ajustements nécessaires. « *je pense qu'au début non, ils n'ont pas trop compris. Mais à un moment donné oui, ils ont compris qu'on était dans la crise sanitaire.* » (I3 p6) « *il y en a qui étaient vraiment dans la compréhension et pareil qui remerciaient nos soins, et il y en a d'autres qui ne comprenaient pas pourquoi ils devaient rester dans leur chambre, qui étaient en colère, qui sortaient de leur chambre...* » (I1 p7).

Un des médecins évoque dans son discours une difficulté de conscientisation de la crise, majorée par les troubles cognitifs. « *C'était difficilement conscientisable pour eux, et ce d'autant plus qu'ils étaient porteurs de troubles cognitifs* (M1 p2) ». Chez les patients plus stables, il pouvait pareillement

exister des plaintes et des difficultés de compréhension, notamment en lien avec le confinement en chambre. « *Les plus cortiqués d'entre eux, si je peux dire, qui avaient encore des contacts avec l'extérieur comprenaient un peu, mais même sur cette population c'était complexe. Certains se plaignaient d'être en isolement, alors qu'ils n'étaient pas malades...* » (M1 p2)

B. Vécu des familles

a. Une période douloureuse

Une grande majorité des soignants interrogés ainsi que la totalité des médecins évoquent une souffrance vécue par les familles des résidents en lien avec la crise. « *Les familles étaient dans la douleur oui.* » (M2 p4). Cette douleur est également présente dans les différents discours en réaction aux mesures sanitaires en lien avec notamment les moments d'accompagnement des fins de vie et des décès. « *Pour les familles, ne pas accompagner leurs proches ça doit être terrible* » (AS2 p6). « *ça n'empêche pas que de ne pas voir son proche c'est très compliqué. Même le voir à travers une vitre c'est compliqué.* » (I3 p4)

b. Un sentiment de frustration

Cette souffrance a engendré d'autres réactions que rapportent les professionnels. On retrouve surtout ces échos dans les entretiens des IDE, puisque les $\frac{3}{4}$ l'évoquent. Si certains témoignent plutôt d'une frustration de la situation « *Et on a des personnes en colère tout le temps, très frustrées, dans la non-compréhension...* » (I1 p7), d'autres parlent de famille en tension « *j'ai senti des familles... Très tendues.* » (I4 p6), mais également d'une méfiance envers les discours que pouvaient tenir les professionnels. « *Voilà, ils avaient ce doute qui les habitait je pense, parce qu'ils ne sont pas sur place, on leur décrit les situations, mais est-ce que c'est la vérité ? Donc c'était quand même compliqué.* » (I3 p6).

c. Un sentiment de reconnaissance

Contrastant avec ces sentiments de souffrance et de colère, une plus petite proportion des interviewés fait part d'une reconnaissance des familles quant à la prise en charge de leur proche, avec une compréhension de la situation. L'un des IDE explique avoir eu des retours positifs quant aux différentes stratégies mises en place par l'établissement, notamment les appels des AS référentes. « *Ils (les familles) étaient contents de ce qu'on avait mis en place, des appels, des référentes etc.* » (I4 p6).

Ces retours positifs sont également évoqués par les médecins qui n'ont pas reçu de plaintes de familles quant aux prises en soin, et qui ne se sont pas senties mises à l'écart. « *Mais je n'ai pas eu de retour de familles qui se sont senties complètement abandonnées, en tout cas pour mes patients* » (M1 p6). « *En fait les familles étaient tellement dans la crainte d'apporter le virus ici, qu'ils comprenaient très bien qu'ils ne pouvaient pas venir ici, donc là-dessus on n'a pas eu trop de conflit.* » (M3 p7)

7. Vécu psychologique des professionnels de l'EHPAD

A. Un sentiment d'Inconnu et d'expectative

Parmi les interviewés, plusieurs font part d'un sentiment d'incertitude prégnant ressenti pendant cette période, avec le fait de naviguer à vue.

Pour l'un d'entre eux, l'avenir semblait incertain, voire complètement inconnu « *On ne savait pas ce que ça allait donner à l'avenir, donc la première fois c'était complètement l'inconnu. On a fait comme on a pu je pense.* » (I4 p3). Un AS se rappelle son inquiétude au début de la crise avec de nombreux questionnements restés sans réponse. « *Oui c'était l'inconnu. (...) Quand on a vu le Covid arriver en fait,*

on s'est dit mais dans quoi on s'embarque en fait ? Qu'est-ce qu'il va nous arriver ? Qu'est-ce qu'il va se passer ici ? Est-ce qu'on va être bloqué ici ? Est-ce qu'on ne va pas pouvoir rentrer chez nous ? » (AS1 p3). L'équipe médicale a pu elle aussi être confrontée à ce sentiment qui contraste avec l'habituelle omniscience des médecins qui connaissent et expliquent. *« A cette période-là nous naviguions à vue. Nous n'étions pas au clair de tout, nous n'avions pas les tenants ni les aboutissants... alors qu'en tant que médecin nous sommes les connaisseurs normalement ! (rires). » (M1 p3)*

B. Un sentiment de colère de ne pas être pris au sérieux

Trois participants interrogés évoquent un sentiment de colère quant aux réactions suscitées par la crise, parlant notamment de négligence de la population générale contrastant avec les efforts mis en place dans l'établissement ou personnellement.

Un des IDE évoque surtout la situation au sein de l'établissement lorsque les visites des familles ont été de nouveau autorisées, avec des gestes barrière qui n'étaient plus faits ou faits de façon négligée, et ce malgré un travail de pédagogie constant des équipes soignantes. *« Donc si c'était frustrant de mettre tout ça en place, de prendre tout ce temps, pour que derrière... A quoi ça sert si ce n'est pas respecté derrière ? » (I1 p3).* Se concentrant moins sur la situation au sein de l'établissement, un autre professionnel déplore surtout l'attitude extérieure individuelle et le manque de prise de conscience. *« Personnellement ça a été compliqué parce que du coup c'est ce que je dis, c'est que du coup on nous a mis tout un tas de mesures en place, et j'essayais de mettre de côté ce rôle de soignant, je me disais que si tout le monde faisait un effort à un moment donné on allait y arriver, mais voilà je voyais tous ceux qui s'en foutaient... Et forcément ça durait, ça durait, et au bout d'un moment c'était pesant, c'était vraiment pesant. » (I3 p11).* Une des AS continue dans ce sens, en expliquant ne pas s'être sentie prise au sérieux pendant la crise. *« J'ai trouvé qu'un coup on se moquait de nous, un coup on nous disait les choses, un coup on se moquait de nous... (...) A un moment donné, on se demande si on nous prend au sérieux en fait. Moi vraiment j'en retiens vraiment ça, une mascarade... » (AS2 p8)*

C. Un épuisement professionnel soignant VS un sentiment d'inutilité du corps médical

Un sentiment grandement évoqué dans les différents discours est celui de fatigue et d'épuisement professionnel et est majoritairement présent chez les IDE et les soignants.

Des épuisements intenses, parfois burnouts ont pu être repérés chez les équipes comme l'explique l'un des IDE, qui a tenu grâce à un entourage soutenant et à l'écoute. (Sur les burnouts) *« Donc ça je l'ai vu auprès de mes collègues et puis moi-même. Mais j'ai été bien entourée, j'ai ma famille qui était très proche, mes amis aussi, qui m'encourageaient, qui m'ont soutenue, donc ça aide. Ça a beaucoup, beaucoup aidé, mais il a fallu en parler. » (I1 p16).* Cependant la moindre contrariété pouvait avoir impact majeur en lien avec des organismes fragilisés et à fleur de peau. *« Une fois je me rappelle, j'ai une collègue qui m'appelle et qui me dit "voilà je suis COVID", j'en ai pleuré quoi. Mais c'était surtout cette détresse des résidents, ça j'absorbais beaucoup et c'était compliqué à gérer. Ça créait une fatigue physique et émotionnelle qui s'accumulait. » (I1 p14).*

Un des professionnels explique avoir ressenti un épuisement en lien avec une réorganisation de l'effectif et des plannings avec des après-midi chargés où les tâches étaient plus nombreuses. *« Si épuisée je peux le dire, moi j'étais épuisée, j'en pouvais plus. Mais bon, moi je vous dis, c'est une période aussi où je me suis retrouvée à faire beaucoup d'après-midi et j'en avais marre quoi, et je disais que je n'en pouvais plus. » (I2 p12).*

Les soignants partagent ce ressenti et relatent un harcèlement et un surmenage pendant la crise. *« Au départ je l'ai mal vécu car il y avait plein de décès en peu de temps, et on ne savait pas quand est-*

ce que ça allait s'arrêter. Qu'est-ce qu'on va devenir ? Est-ce que je vais y passer aussi ? On était épuisé aussi, on était fatigué. J'étais très inquiète. Je ne sais pas comment expliquer, je me sentais impuissante aussi » (AS1 p9). Cependant, pour l'un d'entre eux, cette fatigue était préexistante au COVID. « Je pense que l'épuisement professionnel, en tout cas pour nous, était déjà là avant. Clairement je pense qu'il était déjà là. » (AS3 p11)

Un des médecins confie aussi avoir été sujet à une intense fatigue pendant la crise l'empêchant de mener à bien des projets personnels et impactant de façon non négligeable son fonctionnement professionnel. « *Moi j'ai été épuisée en prenant toutes les mesures de médecin co, j'étais à 2 vacations par semaine pour 120 résidents. J'étais trop épuisée pour finaliser ce DU et ça me passait au-dessus quoi. Non je pense qu'il y a eu une grande fatigue, personnelle et pour pas mal de monde, mais j'ai eu du mal à m'en remettre. » (M2 p8)*

Il semble intéressant de noter que cet épuisement professionnel visible particulièrement sur le personnel paramédical contraste avec un corps médical en stand-by. En effet, les deux autres médecins évoquent une « inutilité » de leur profession, à l'échelle de l'établissement, avec des journées vides. « *C'était pas facile psychologiquement en fait, déjà avec le premier confinement, le truc tout bête, c'est que moi je me sentais surtout inutile... (...) Psychologiquement, je me disais « putain je suis médecin mais je sers à rien ». Après globalement, ce qui était dur c'était vraiment ça, le sentiment de rien pouvoir faire. Ça m'a marqué. Et puis même après quand j'ai pu agir comme je pouvais sur mes patients, comme c'est un public âgé, j'étais impuissante. » (M1 p11), « C'était ça aussi ce qui était très perturbant, c'est qu'on nous annonce un truc qui va être une vague presque submersible, on va plus pouvoir respirer, alors qu'en fait... on ne faisait rien de nos journées. On ne faisait rien de nos journées. Même ici. » (M3 P13)*

D. Des souffrances psychologiques

Si dans la population générale, la période de la crise a été source de souffrance psychologique, cet impact a été également visible et rapporté dans les discours des participants. Nombreux sont ceux qui évoquent ces mois de tensions, plus ou moins intenses selon les profils.

Si l'une des IDE explique avoir beaucoup pleuré pendant la crise « *Ça m'a beaucoup, beaucoup pesé. J'ai beaucoup pleuré à cette période-là. J'étais très émotive. » (I1 p14)*, une de ses collègue parle d'un authentique PTSD de la crise et a été très émotive en abordant ce sujet. « *C'est que j'ai fait un stress post traumatique suite à ça... (Souffle). » (I2 p1)*. Cette émotion a également été partagée par un autre IDE qui a été très affecté de façon générale, mais tout particulièrement par une situation difficilement vécue d'un résident en fin de vie. « *Je n'étais pas bien de devoir poser ça et me dire, mais en fait je l'endors et je le tue... (Se met à avoir les larmes aux yeux). (...) Désolée j'en pleurs. (...) Franchement j'entendais le mot... En fait, il fallait presque que je sorte si j'entendais ce mot-là quoi. » (I4 p15). « Ah oui, j'absorbais tout ! De voir mes collègues en difficulté, à tous les niveaux hein, de les voir en difficulté physique ou psychologique, ça m'a beaucoup, beaucoup pesé. J'ai beaucoup pleuré à cette période-là. J'étais très émotive. » (I1 p14)*. Cet affect est moins présent dans les discours des soignants et de l'équipe médicale, en revanche l'une des AS confie avoir dû s'arrêter professionnellement par crainte d'un point de rupture inévitable. Un médecin évoque un traumatisme en lien avec la mortalité accrue. « *Ça a été traumatisant, je n'ai jamais vu autant de décès de ma vie. » (M2 p3)*

Source d'anxiété et de fatigue, la durée de la crise sanitaire a également été rappelée par certains professionnels. Plusieurs IDE et AS évoquent un vécu compliqué en lien avec une pression permanente. « *On avait cette pression, mais elle ne peut pas être continue... On peut la vivre quelques semaines, mais*

au bout d'un an c'est pas possible... » (AS4 p4) , « Je pense si ça avait été sur un court temps, je pense qu'on l'aurait mieux vécu. Là c'était long, on a eu plein de mesures et coté vie privée comme pro ben... » (I3 p11).

E. Des questionnements professionnels

Du coté des soignants, la fatigue physique et émotionnelle rapportée a pu remettre en question les choix de vie de certains, et plusieurs confient avoir pensé pendant la crise à changer de voie professionnelle.

L'un des AS explique avoir constaté ces changements professionnels dans son entourage et y avoir songé mais, par manque de projection future, n'a pas sauté le pas pendant la crise. *« Et il y en a plein qui ont changé de voie aussi. Moi aussi ça m'a traversé l'esprit pour ne rien vous cacher, mais après je ne savais pas quoi faire. » (AS2 p9).* Néanmoins, ce professionnel n'exerce à ce jour plus dans le soin, mais en tant qu'assistant de soin en gériatrie et apporte une aide et un soutien aux personnes âgées qui sont atteintes, entre autres, de démence. Ce changement semble en partie lié à la crise sanitaire. *« Mais oui ça a du certainement joué. Il fallait que je change quelque chose, que ce soit fonctions ou autre mais il fallait que je change, parce que je pouvais plus, j'étais trop fatiguée. » (AS2 p9)*

Ce changement professionnel a également été pensé par un des IDE mais qui personnellement n'a pas pu se projeter dans une autre voie. *« Il y a eu un épuisement aussi. Moi j'arrive à comprendre quand je vois qu'avant on était à 20000 postes d'IDE libres, maintenant on est à 60000... Mais moi j'arrive à comprendre en fait. Je pense que moi si j'avais pu, mais ma situation personnelle fait que je ne peux pas partir comme ça du jour au lendemain, mais j'aurais fait la même chose... Moi je serais partie. » (I2 p3)*

F. Entourage proche plus ou moins épargné

De nombreux participants ont évoqué leur situation personnelle quant au virus et si la majorité a eu entourage proche plus ou moins touché par le virus, tous ont confié ne pas avoir été violemment impacté.

L'un des AS fait état d'une certaine fatalité concernant la contamination de son entourage *« Dans mon entourage, j'ai été un peu touché, enfin les personnes ne sont pas décédées mais ont été très malades... mais bon... je me dis que c'est la vie, que plein de gens ont été malades et voilà » (AS3 p11).*

Plusieurs ont ainsi été touchés par la maladie mais ne déplorent pas de forme grave, ou de situations douloureuses qui auraient pu impacter leur fonctionnement professionnel. *« Non. Ma mère a eu le COVID, elle a été très malade mais bon, pas non plus à hospitaliser, et elle avait déjà eu des vaccins mais... elle a quand même morflé. Moi j'ai eu le COVID 2 fois, je n'ai pas été très malade. Donc non, heureusement, pas de décès dans mon entourage, pas de "gros" malade. » (I4 p14) « Mais après sur le plan familial plus large... (réfléchit) je n'ai pas eu de perte proche. Ma famille l'a quasiment tous fait à ce moment-là aussi, mais pas de cas grave » (M1 p14).*

Un des médecins salariés évoque sa profession libérale avec une patientèle touchée par le virus. *« Non d'un point de vue proche, j'ai été relativement épargnée. En libéral oui, j'ai eu des patients qui sont décédés... » (M3 p13)*

G. Peur et culpabilité de la transmission aux proches

Un autre sentiment vécu par les professionnels et largement partagé dans les entretiens concerne la crainte de la transmission du virus à l'entourage et aux résidents.

La quasi-totalité des professionnels rapporte à tour de rôle l'angoisse de contaminer des proches fragiles. L'un des AS évoque son père et sa fille gravement malades, ce qui a pu créer une véritable peur au quotidien et une hyper-précaution en termes d'hygiène. « *Alors moi c'est particulier parce que j'ai une petite fille qui a une maladie pulmonaire à la maison, et j'étais tout le temps sur le qui-vive parce que j'avais peur. Je faisais vraiment attention, aux lavages des mains, aux masques. Vraiment, j'ai été très dans le contrôle. Mes collègues ne l'ont pas vécu de la même manière, parce que moi j'avais toujours peur de ramener le COVID à la maison.* » (AS4 p3). Un des médecin confie avoir pu également ressentir cette crainte quant à une éventuelle transmission du virus à sa mère fragile. « *J'ai une maman qui est en invalidité, qui a des gros soucis de santé et qui était clairement à risque. Là ça m'a impacté le fait qu'elle soit fragile, j'avais vraiment la crainte de transmettre...* » (M1 p14)

Cette crainte est pondérée par un IDE qui confirme l'avoir vécue, mais de façon inhérente à sa profession, et en expliquant avoir adapté ses comportements en fonction, avec notamment des sorties en extérieures limitées et des précautions accrues. « *Non je ne vivais pas dans l'inquiétude... Mais oui comme on est soignant forcément on peut le véhiculer et peut être qu'on fait plus attention. Je pense que j'ai fait plus attention, je ne sortais que pour les courses, je faisais beaucoup moins de déplacements que j'avais l'habitude de faire.* » (I3 p12)

H. Comment vont-ils aujourd'hui ?

La dernière question de l'entretien s'est intéressée à l'état psychique et moral des professionnels à distance de la crise. La majorité des participants se sent mieux et en forme.

Toutefois, un AS et une IDE se décrivent comme fatigués, en raison d'un travail exigeant et compliqué. « *Ça va. Non là c'est parce que je suis fatiguée et le fait d'en parler hein. Je suis à plat et un peu plus émotive. Mais non non, ça va, je l'ai bien digéré on va dire. Et puis, je suis heureuse que ce soit terminé. (...) Il y a toujours cette angoisse, on se dit "Ah non, ça ne va pas recommencer !"* » (I2 p13), « *Ça dépend des jours très sincèrement. En ce moment je dois me mettre un coup de pied aux fesses pour aller au travail, particulièrement en ce moment. Je pense en vrai que je ne suis pas loin du burnout mais j'essaye de passer outre et je pense aux gens dont je m'occupe, je pense à mes collègues et voilà...* » (AS3 p11)

Une IDE a eu besoin de poser ses pensées par écrits pour extérioriser les tensions internes, mais se décrit mieux à ce jour. « *Ça va mieux (rires). Mais j'ai eu besoin d'en parler, beaucoup, ça a été lourd. J'ai écrit aussi.* » (I1 p16). Une autre IDE explique avoir peu de souvenir de la crise, contrastant avec une expérience professionnelle marquante. « *Je crois qu'en fait pendant cette crise, et c'est peut-être pour ça qu'on a oublié beaucoup de choses, on s'est mis une carapace...* » (I4 p7)

1. Résultats principaux et dialogue avec la littérature

A. Des pratiques professionnelles chamboulées dans l'aigu

A l'EHPAD, comme dans de nombreux établissements de santé, pendant la crise, les protocoles sanitaires ont intensifié les exigences en matière d'hygiène, obligeant les AS, les IDE et les médecins à adopter de nouvelles compétences. Les soins ont été précipités pour faire face à une charge de travail accrue, au détriment de la qualité des interactions avec les résidents, comme le regrettent essentiellement les AS et IDE, personnel qu'on peut qualifier de « première ligne ». Les protocoles d'hygiène renforcés, bien qu'indispensables pour contrôler la propagation du virus, ont eu pour effet de créer une distance entre le personnel soignant et les résidents, et les pratiques comme le port de surblouses et de masques ont réduit les interactions humaines, essentielles dans un cadre gériatrique. D. LEBRETON, socio-anthropologue, dans son ouvrage « des visages (16) » publié en 2022 avait justement expliqué que les interactions sociales passent nécessairement par un « visage à visage », où les individus ne cessent d'orienter leurs propos et leurs mouvements selon ce qu'ils perçoivent des mimiques, des gestes, de la parole et de la voix ou du regard de leurs interlocuteurs. Et le masque empêche cette considération mutuelle, renvoie un visage inexpressif en décalage constant avec les informations transmises ou les propos tenus.

Par ailleurs, certains médecins ont constaté avoir adopté une posture « d'enseignants » pour la mise en place de ces protocoles. Ce retour à notre échelle converge avec ce qu'on peut noter dans la littérature. En effet, est déploré que sur cette période de tension, le sanitaire ait pris l'ascendant sur le médico-social. Le « cure » (la technique) a submergé le « care » (le soin au sens relationnel) avec une logique de l'accompagnement mise au second plan. Dans un rapport de 2022, des soignants en EHPAD interrogés déplorent le manque de temps attribué à chaque soin, créant ainsi un conflit de temporalité (la différence entre le temps idéal que les soignants auraient voulu passer auprès des résidents, et le temps réel imposé par l'organisation du travail) et ne permettant pas de travailler de façon optimale et dans la bientraitance désirée (17). Les Retours d'Expériences (REX) cités dans la partie introduction vont également en ce sens. Certains participants ont considéré que ce chamboulement autour des pratiques a pu créer des problèmes d'identité professionnelle, avec la crainte que ces évolutions se perpétuent dans le futur (11). Cette adaptation des pratiques à de nouvelles règles d'hygiène, sans être limitée aux EHPAD, semble être plus visible dans ces structures que dans celle du monde hospitalier, davantage familiarisé avec les mesures d'hygiène strictes. (12)

Point névralgique, la crise a profondément perturbé l'accompagnement en fin de vie, avec des situations marquantes comme des décès sans présence familiale. Ici, les pratiques habituelles d'accompagnement mises en place, tels que le confort, la préparation de la chambre... ont été remplacées par des protocoles plus froids (dans le sens moins humain) et des mises en bière immédiates. Comme nous l'a expliqué le personnel de l'EHPAD, ceci a été difficile à vivre, indépendamment du métier exercé. On peut se rendre compte à travers les récits, que la crise a exacerbé des dilemmes éthiques concernant la privation de liberté des résidents. L'efficacité et l'éthique des mesures sanitaires, notamment en ce qui concerne les restrictions imposées aux résidents, ont pu être remis en question, avec un débat perpétuel entre protection contre le virus et qualité de vie, en considérant la fragilité des résidents et leur espérance de vie limitée (comme retrouvé dans l'entretien de M3). Si l'on prend en considération que la durée moyenne de séjour en EHPAD est de deux ans et cinq mois (18), les REX ont des retours similaires à ceux de notre travail, avec des professionnels ayant

été confrontés à des conflits éthiques difficiles lors de la privation de liberté des résidents ou l'accompagnement des fins de vie, essentiel au processus de deuil et à la gestion de leurs propres émotions. Des verbatims d'AS tirés d'un article de revue de 2021 (19) dont voici quelques exemples « *On ne peut plus le préparer, le coiffer ! Non, on doit mettre le défunt dans un sac, le fermer, comme si on jetait nos poubelles* », « *mettre les corps dans les sacs et fermer cette fermeture éclair ce n'est pas concevable, [...] on est des soignants, on ne peut pas faire ça !* » font écho à ceux retrouvés dans notre travail... « *Ah moi je considère qu'on n'aurait jamais dû voir ça. Encore une fois, on voit des décès, on accompagne des gens qui décèdent, mais non, ce fait de voir arriver des cercueils ici ? Non ce n'est pas le lieu* » (I2 p8). « *Il y a eu les fins de vie aussi, qu'il fallait mettre dans les... Sacs mortuaires ? Ça, ce n'est pas notre job...* » (AS4 p3) »

Par ailleurs, cet article conclut en affirmant que « *L'Ehpad lieu de vie est devenu lieu de mort* ». On peut effectivement faire le parallèle entre un monde avant-COVID où le soignant domine la mort, et un monde pendant le COVID où les soignants sont dominés par la mort.

Les médecins de notre étude ont confié dans leurs entretiens avoir l'impression que la crise a conduit à une focalisation sur la COVID-19, souvent au détriment d'autres besoins de santé. L'une de nos interviewés (M3) nous a expliqué que si de loupés n'étaient pas à déplorer, certains retards de prise en charge de conditions médicales non liées à la COVID avaient pu être présents. Ce retard est largement retrouvé dans la littérature notamment sur la prise en charge des cancers (20).

Aujourd'hui, l'état des lieux, 4 ans après (à l'occasion de cette thèse), montre une situation heureusement différente. Les AS, IDE et médecin de l'EHPAD expriment une vision du COVID-19 comme une maladie intégrée dans leur quotidien, sans bouleversement majeur dans leurs pratiques. De nombreux participants constatent que leurs pratiques n'ont pas fondamentalement changé depuis la crise. Ils se sentent revenus à un mode de fonctionnement « normal », même si certains (notamment des IDE) évoquent des contraintes de temps qui limitent leurs interventions auprès des résidents. En revanche, si la normalité des choses semble être revenue ici, certains soignants reconnaissent, non pas des changements, mais des ajustements dans leurs pratiques. D'abord dans la gestion des infections virales, avec le maintien du masque, de certains protocoles d'isolement ou encore finalement une vigilance accrue. Les soins en fin de vie font l'objet d'une place particulière pour nos AS interrogés qui se décrivent comme plus en alerte au confort et aux besoins du résident, et prennent davantage conscience de l'importance de ne pas isoler les résidents en fin de vie. Par ailleurs, aspect qui a été amené à être discuté par nos participants, l'établissement a remis le masque obligatoire sur une période de l'année (novembre-mars), où la circulation virale est la plus intense.

B. Une organisation contraignante, des glissements professionnels et une charge de travail accrue

En termes d'organisation professionnelle, les mesures sanitaires mises en place par l'EHPAD comprenaient la suspension des activités, l'arrêt des visites, et le confinement des résidents dans leurs chambres. Ce qui a bouleversé l'organisation quotidienne. Des espaces comme la salle d'animation ont été réaffectés en zones de soins pour les résidents atteints de COVID. L'établissement a tenté de compenser l'isolement par des appels téléphoniques et des visios, mais ces solutions étaient limitées. Certains professionnels, notamment les AS et IDE, ont remis en question la nécessité d'un confinement strict, surtout pour les résidents en fin de vie, suggérant que d'autres approches auraient pu être envisagées. Ce constat est également partagé par le Dr Sophie Moulias, gériatre à l'Hopital Ambroise

Paré (APHP), qui explique dans un article publié dans la Société Française de Gériatrie et Gériatologie « *Qu'à vouloir trop en faire on augmente l'isolement des résidents d'EHPAD avec un risque important de mort sociale. Il ne faut jamais perdre de vue l'idée que la santé est un bien global dont la relation à l'autre fait entièrement partie et que la privation relationnelle a des conséquences dramatiques* ». (21). Pour autant, comme l'explique un Professeur de Gériatrie au CHU de Grenoble dans le REX, le confinement total semble, malgré l'impact global visible *a posteriori*, la « moins mauvaise solution », même s'il pose des questions éthiques du fait d'enfermer des personnes sans avoir leur consentement. » (11)

Au sein de l'EHPAD, la crise a entraîné une désorganisation significative, avec des changements rapides et parfois contradictoires dans les directives, exacerbant le stress parmi les équipes. Des professionnels, notamment les AS, ont vu leurs rôles élargis, ajoutant des responsabilités liées à la communication avec les familles avec la mise en place d'appels hebdomadaires, et à la gestion de la sécurité et de l'hygiène avec les protocoles. Certains IDE ont fait aussi l'objet de tâches supplémentaires avec une gestion plus administrative et sécuritaire en lien avec la mise en place de visites au RDC de l'établissement. Cependant ce constat n'est pas seulement visible à notre échelle, et de façon plus générale, au plus fort de la crise, la charge de travail s'est souvent accrue en raison de nombreuses absences de personnel et de l'introduction de nouvelles tâches, comme l'explique Marion PLAULT dans un article s'intéressant aux effets de l'épidémie de Covid-19 sur le travail et l'emploi en EHPAD (22) Aussi, au delà de l'apprentissage de nouvelles compétences techniques et organisationnelles pour des usages nouveaux, un véritable « glissement de tâches »⁶ a pu être constaté, comme expliqué dans le Rapport du projet RESOTON (12).

Aussi, un aspect retrouvé largement dans nos entretiens est que les manques de personnel, déjà visibles et problématiques avant la crise, ont été exacerbés, rendant la situation encore plus difficile à gérer. L'un des IDE que nous avons pu interroger, a évoqué cette carence et mis en lumière l'urgente nécessité de réformer le secteur des soins gériatriques, notamment en ce qui concerne le recrutement et la formation du personnel. L'équipe infirmière de l'EHPAD fonctionne actuellement avec un poste temps plein manquant et la charge de travail s'en trouve compléxifiée et alourdie. En réponse à cette charge, l'un des postes infirmiers a été réadapté pendant la crise, comme nous l'a expliqué un IDE : le poste d'astreinte de nuit a été modifié en poste d'IDE de nuit. Cependant, cette carence est fréquente dans les établissements de soin, et avant la crise Covid-19, beaucoup d'EHPAD étaient déjà en crise par manque de moyens, de personnels et des problèmes organisationnels. Mais les professionnels ont constaté en direct les effets réels : augmentation de l'absentéisme, arrêts maladie de longue durée, pénurie de main d'œuvre sur le marché du travail (11).

Dans certains EHPAD, ce manque de personnel aggravé par des soignants touchés eux-mêmes par le virus, a pu être compensé parfois par des renforts de personnels extérieurs, toutefois, ces renforts si essentiels ont été souvent tardifs, insuffisants et demandant des temps de formation (23). Dans notre EHPAD, ces renforts n'ont, vraisemblablement, pas été mis en place ou obtenus.

C. Une expérience marquante pour le collectif professionnel

a. Solidarité et Coopération Intra-Professionnelle

⁶ Terme employé lorsqu'un professionnel de santé est amené à aller au-delà des compétences qui lui sont reconnues dans le cadre de son métier, généralement par des textes légaux et/ou réglementaires.

Du point de vue des coopérations intra-professionnelles, avant la crise, au sein de l'EHPAD, les professionnels de santé ont évoqué des relations de travail positives et une bonne cohésion d'équipe. Nos interviewés ont abordé la manière dont les échanges et l'entraide étaient non seulement fréquents, mais presque naturels, surtout lors des repas ou des pauses. Les AS rencontrés ont particulièrement souligné l'empathie qui les unit, nourrie par une compréhension des difficultés de leurs tâches respectives. Bien que la communication formelle entre médecins soit moins développée, à savoir au sein de réunions internes ou de petits staff etc, des échanges informels avaient lieu, créant ainsi un tissu de solidarité au sein de l'équipe.

La crise sanitaire a intensifié ce sentiment d'entraide parmi les équipes, en dépit de la souffrance collective. Les IDE et certaines AS ont mis en avant le soutien intra-professionnel dans leur entretien, rapportant une solidarité accrue agissant comme un bouclier face à l'adversité dans un contexte difficile. L'organisation au sein de l'EHPAD a permis aux médecins de travailler en binômes pour permettre notamment de gérer les situations complexes, mettant en lumière l'importance de l'échange entre pairs. Force est de constater qu'une expérience marquante partagée à tendance à être socialisante et vectrice d'empathie.

Après la crise, nos entretiens ne nous ont pas permis de dresser un état des lieux complet et significatif des coopérations entre les différents corps de métier. Toutefois, certaines IDE ont souligné une continuité dans l'entraide et le soutien entre collègues. Ce soutien mutuel s'avère essentiel dans un environnement aussi stressant. Il ne renforce pas seulement le bien-être des employés mais contribue également à offrir une meilleure qualité de soins aux résidents.

Il est frappant de constater que l'analyse de la littérature révèle un manque d'informations sur ces collaborations intra-professionnelles, alors que leur importance est ressentie sur le terrain.

b. Entre entraide et tensions: Les coopérations interprofessionnelles.

Avant la crise COVID-19, les participants de l'étude ont évoqué des relations interprofessionnelles souvent perçues comme cordiales et bienveillantes. Ils ont décrit une atmosphère de collaboration où l'entraide était palpable, même si des affinités personnelles pouvaient parfois influencer les dynamiques. Au sein de l'établissement les AS et les IDE travaillent fréquemment en binômes, ce qui permet des échanges fluides et naturels, renforçant ainsi la cohésion. Les médecins interrogés ont souligné le lien plus étroit qu'ils entretiennent avec les IDE, reconnaissant leur rôle essentiel dans la mise en œuvre des prescriptions.

Au fil de nos échanges, la question de la hiérarchie a émergé comme un sujet central, suscitant un intérêt tout particulier. Nous avons pu nous rendre compte qu'il s'agissait d'un aspect fondamental pour le fonctionnement de l'établissement, notamment à travers les témoignages des AS, qui se sentent souvent réduits à un rôle d'exécutants. Ce sentiment de dévalorisation est palpable chez beaucoup d'entre eux, qui estiment que leurs compétences ne reçoivent pas la reconnaissance qu'ils méritent. Ce clivage, particulièrement entre AS et IDE, a été largement documenté et trouve ses racines dans des différences structurelles, culturelles et fonctionnelles (rôles, responsabilités, durée des études, statuts..) (24). Paradoxalement, certaines IDE nous ont expliqué ressentir une pression croissante pour écouter les retours des AS, révélant ainsi une dynamique complexe de reconnaissance et d'écoute au sein de l'équipe. L'équipe médicale, quant à elle, revendique une certaine indépendance vis-à-vis des décisions administratives, même si une frontière bien marquée persiste entre elle et le personnel soignant. Dans

un article publié dans la revue *Soins en Gériatrie*, Laurent Garcia, cadre de santé en EHPAD à Bagnolet, témoigne d'un clivage croissant entre les cadres et les équipes, observant que ces derniers sont souvent perçus comme de simples exécutants. En retour, les équipes ressentent de plus en plus l'incapacité des cadres à saisir et se représenter la charge de travail quotidienne et les défis qu'elles affrontent. (25).

En ce qui concerne la communication, avant la crise, nos interviewés ont expliqué que leurs échanges avaient principalement lieu lors des transmissions entre équipes, moments formels obligatoires, considérés comme cruciaux au sein de l'établissement. Toujours d'actualité, ces temps de partage permettent non seulement de faire le point sur les soins, mais aussi de renforcer les liens entre les membres de l'équipe. Par ailleurs, les interactions informelles, comme celles durant les pauses, jouaient un rôle tout aussi essentiel.

Pendant la crise, à l'instar de l'état des lieux « intra-professionnel », un véritable élan d'entraide et de solidarité a émergé parmi les soignants. Ils ont partagé des moments de collaboration, où chacun a pu soutenir l'autre dans des situations de travail particulièrement alourdies. Les médecins ont également joué un rôle clé dans ce renforcement de la cohésion, même si certains ont exprimé des frustrations face au manque de soutien de la hiérarchie.

Cette solidarité, palpable sur le terrain, est également soulignée dans la littérature. Le rapport du Projet de 2022 met en avant l'existence de liens renforcés non seulement entre collègues, mais aussi avec la hiérarchie et toutes les fonctions de l'établissement. Il souligne que les périodes de crise intense favorisent des rapprochements, atténuant les relations verticales. Par exemple, dans certains EHPAD en Isère, le personnel administratif et la direction ont activement contribué à l'entraide en s'impliquant directement dans les soins élémentaires aux résidents. Le rapport de l'Anact confirme cette dynamique : dans la plupart des EHPAD étudiés, chaque professionnel a pris conscience de son rôle et de ses responsabilités pour prévenir l'entrée du virus, ce qui a transformé les modes de fonctionnement des équipes et renforcé les collectifs de travail. Ces observations nous amènent à penser que, finalement, la réorganisation du travail et la nouvelle répartition des tâches ont, dans certains établissements, permis de faire évoluer un collectif centré sur leurs métiers respectifs vers un collectif plus interdisciplinaire, redéfinissant ainsi les interactions entre les différentes fonctions.

En contraste avec ce sentiment d'entraide, plusieurs AS que nous avons rencontrées ont exprimé un profond isolement et un manque de soutien, se sentant souvent livrées à elles-mêmes dans un environnement de travail devenu hostile. Les tensions internes se sont accentuées, amplifiées par la charge de travail croissante et le manque de communication avec d'autres professions. Dans le rapport de l'Anact, des éléments similaires émergent, mettant en lumière des conflits interpersonnels qui ont vu le jour, souvent liés à des divergences de perception sur le fonctionnement de l'équipe et le niveau d'implication de chacun pendant les périodes de confinement.(11)

Dans notre étude, il est apparu que le poids de la hiérarchie au sein de l'établissement s'est intensifié pendant la crise, avec des décisions souvent prises de manière unilatérale. Les soignants se sont fréquemment retrouvés dans des rôles d'exécution, sans avoir la possibilité d'exprimer leurs préoccupations. Pourtant, certaines recherches dans la littérature présentent une vision différente, évoquant une proximité accrue entre dirigeants et professionnels. En effet, un directeur interrogé dans le cadre du projet RESOTON (12) a partagé son expérience en expliquant comment il a adapté son

management à la situation de crise. Il a déclaré : « *À un moment, je me suis dit qu'on allait "être en guerre", alors je vais être très militaire. On suit la chaîne de décision, et quand on a des problèmes, on fait remonter, et ça redescend. On s'implique.* » Cet engagement personnel a révélé une volonté de comprendre les réalités du terrain. L'un des enseignements de ce même projet est que les hiérarchies ont pris conscience du travail réel effectué par les équipes, se remettant en question et réévaluant leurs postures professionnelles ainsi que le bien-être des résidents. Une recherche complémentaire (21) atteste également qu'en dépit des difficultés, la crise a eu un léger impact positif, bien que temporaire, sur les relations hiérarchiques.

En matière de communication, nos résultats révèlent que, bien que les transmissions aient été maintenues, elles ont été profondément affectées par la crise. Les réunions informelles et les GAPP ont été suspendus, limitant ainsi les occasions d'échanges tant professionnels que personnels. Malgré ces contraintes, des interactions ont continué à se produire, mettant en lumière l'importance cruciale de la communication pour naviguer dans un environnement de travail stressant.

De nombreux établissements ont réagi en mettant en place de nouveaux espaces d'échanges entre professionnels et encadrants, visant avant tout à partager des informations et à faciliter la prise de décision (11). Certains ont même systématisé des réunions hebdomadaires, parfois jusqu'à trois fois par semaine, pour aborder et traiter les différentes problématiques (12).

À distance de la crise, notre travail révèle que les interviewés observent une véritable intensification de la communication au sein des équipes. Ils s'efforcent d'écouter activement leurs collègues et de maintenir un dialogue constructif, ce qui est perçu comme un élément clé pour établir des relations de qualité. Une communication claire et ouverte non seulement favorise la collaboration, mais aide également à la gestion des conflits, témoignant d'une prise de conscience croissante de son rôle crucial dans la dynamique d'équipe. Ce constat n'est pas visible qu'à notre échelle. Le REX Bourgogne-Franche-Comté souligne que certains types de communication adoptés pendant la crise se sont désormais intégrés dans un nouveau fonctionnement d'équipe, avec un management qui se veut plus proche des équipes (11).

Au sein de notre EHPAD, l'élan de solidarité observé durant la crise semble se poursuivre encore à ce jour, et les AS et IDE font état d'une cohésion renforcée entre eux. Cette continuité post-crise met en lumière l'importance d'une culture organisationnelle axée sur l'entraide. Les REX de 2021 et 2022 semblent également indiquer un renforcement du collectif de travail dans certains contextes. Toutefois, la littérature montre que cette solidarité n'est pas visible dans tous les établissements et bien que les professionnels aient réussi à surmonter cette situation sans précédent en adoptant de nombreuses pratiques solidaires, ces initiatives n'ont pas toujours perduré sur le long terme (7). Comme le souligne M. PLAUT dans son article, cela soulève des questions sur la capacité des collectifs de travail à affronter d'éventuelles nouvelles crises. En sociologie du travail, un collectif soudé est reconnu comme une précieuse ressource pour le développement de la santé et du bien-être au travail, mais aussi pour améliorer la performance et l'efficacité des activités collectives. (26)

Malgré les leçons tirées de la crise, les participants de notre étude expriment des frustrations persistantes face au manque de considération de la direction pour leurs préoccupations, ainsi qu'à l'augmentation constante de leurs charges de travail. Ce sentiment de ne pas être entendu, couplé à l'accumulation des tâches, engendre un ras-le-bol grandissant parmi les soignants et met en lumière

l'urgence d'un dialogue constructif et ouvert. L'un des AS que nous avons interrogé fait également état d'un décalage marqué entre l'empathie que les soignants sont censés montrer aux résidents et le manque d'empathie qu'ils perçoivent de la part de la direction.

D. Les défis relationnels

a. Évolution des relations Soignants-Résidents : De l'harmonie à la distance

Avant la pandémie, les relations entre les professionnels que nous avons rencontrés et les résidents de l'EHPAD étaient qualifiées d'harmonieuses. Les AS et les IDE évoquaient souvent des moments de complicité et de chaleur humaine dans leurs interactions quotidiennes. Ils se décrivent comme disponibles et attentifs, plaçant toujours le bien-être des résidents au cœur de leur mission. Les médecins partageaient ce sentiment général, même s'ils reconnaissaient parfois les défis que posaient les communications avec certains résidents présentant des altérations cognitives, majoritaires dans l'EHPAD. Plusieurs études ont été publiées avant la crise s'intéressant justement aux liens entre résidents et soignants. Un modèle global est fréquemment souhaité avec une prise en charge de la personne âgée s'effaçant autant que possible derrière un accompagnement individualisé dans un projet consenti et partagé. (27)

La crise sanitaire a bouleversé le paysage relationnel au sein de l'EHPAD. Elle a mis en lumière les conséquences d'un manque d'interaction, transformant les soins en gestes plus techniques et, par moments, moins empreints d'empathie. Aussi, les professionnels avec lesquels nous avons échangé ont partagé leurs frustrations devant l'impossibilité à passer plus de temps avec les résidents. Ce manque de contact humain a conduit à des soins perçus comme « froids » et déshumanisés.

L'impact des mesures sanitaires, notamment le port du masque, nous a été largement rapporté par les équipes dans leurs entretiens et a également joué un rôle significatif. La communication non verbale, si essentielle dans les soins, a été entravée, rendant les échanges plus difficiles et appauvrissant les relations. L'absence de sourires et de signes d'empathie a créé une barrière émotionnelle, faisant ressentir une distance. Cette barrière figure dans la littérature, et comme l'ont exprimé certains retours d'expérience, le port des protections individuelles a considérablement modifié la relation avec certains résidents, entraînant une communication souvent gênée, voire entravée, notamment lorsque la perception des visages et des voix est transformée. (11). Ce qui crée la distance, ce n'est pas simplement le fait d'être masqué, mais l'impossibilité de compenser ce manque par d'autres gestes de réassurance et de soutien (28).

Post-crise, nos résultats révèlent que les professionnels de l'EHPAD ne perçoivent pas de changement significatif dans la qualité des relations avec les résidents. Dans l'ensemble, ils se sont efforcés de retrouver les habitudes d'avant, cherchant à recréer une atmosphère empreinte de positivité et d'humour. Cependant, un phénomène a émergé : une intensification de la communication. Les AS ont notamment manifesté une volonté accrue de renforcer leurs échanges avec les résidents, probablement en réponse aux perturbations éprouvées pendant la crise.

b. Des relations Soignants-Familles entre contrôle et collaboration

La crise sanitaire liée au Covid-19 a profondément transformé les interactions entre soignants et familles des résidents en EHPAD. Dans nos entretiens, nous avons pu mettre en évidence qu'avant la pandémie, les relations étaient principalement caractérisées par une communication cordiale et constructive, où la confiance et la collaboration étaient centrales. Les professionnels de santé, en

particulier les AS et IDE, plus au près, considéraient les familles comme des alliées incontournables dans le parcours de soin de leurs proches. Certains ont pu nuancer leurs propos et nous ont rapporté des relations parfois complexes et marquées par des attentes contradictoires : certaines familles prenaient une posture plus directive, désireuses de contrôler le parcours de soin, tandis que d'autres, se sentant démunies ou simplement plus détachés, prenaient du recul.

Ce changement de posture est généralisable et est retrouvé dans la littérature. De plus en plus, les familles prennent conscience de leur rôle essentiel et malgré l'éloignement physique, réalisent qu'elles ont un rôle à jouer à l'intérieur et une place à repenser dans un cadre autre qu'une verticalité excluante. (29).

À notre échelle, la crise a mis en lumière l'évolution de cette dynamique déjà en mouvement. Les interviewés ont constaté une pression croissante de la part des familles, qui se sont parfois laissées emporter par des comportements d'hypercontrôle et des attentes souvent en contradiction les unes avec les autres. Ce phénomène a été accentué par des familles moins engagées dans le processus de soins, en lien avec le confinement, créant une hétérogénéité dans les interactions qui varient d'une famille à l'autre, et au fil du temps.

Face à cet état d'urgence, l'établissement a dû réinventer ses interactions. Des adaptations, comme les appels hebdomadaires, ont été mises en place pour maintenir un contact régulier avec les familles, renforçant ainsi des liens de confiance. Nos échanges avec les professionnels montrent que ces initiatives ont apporté un réconfort indéniable, permettant aux proches de se sentir connectés, même à distance. Cependant, des limites se sont également manifestées, surtout lorsqu'il s'agissait de transmettre des informations critiques durant des moments sensibles.

Les analyses de la littérature présentent un tableau plus nuancé. D'un côté, il est clair que la crise a exacerbé des tensions déjà existantes. Les familles, plus exigeantes que jamais, cherchaient à obtenir des nouvelles sur la santé de leurs proches, ce qui a mis une pression considérable sur le personnel soignant et, dans certains cas, a conduit à des conflits inévitables (30). Le rapport de l'Anact souligne que cette pression croissante a été ressentie par de nombreux professionnels, d'autant plus que la crise perdurait, entraînant des incompréhensions qui se sont multipliées. Cependant, d'un autre côté, le rapport RESOTON révèle des aspects plus positifs. Certaines relations entre familles et personnel soignant semblent s'être améliorées malgré les défis rencontrés. La communication a pris une nouvelle dimension, avec une meilleure connexion établie grâce à des courriers, des mails et des appels téléphoniques. Les professionnels ont également noté une plus grande coopération entre eux, créant ainsi un environnement plus solidaire et humain.

À distance de la crise, les relations avec les familles restent teintées par cette nouvelle dynamique. L'une des médecins que nous avons consultée a partagé son expérience, décrivant des rencontres fréquentes avec des familles procédurières, témoignant des marques laissées par la crise et les mesures de distanciation. Ces circonstances ont souvent engendré un sentiment d'éloignement et d'inquiétude, poussant les proches à rechercher encore plus d'informations et à formuler des attentes croissantes. Pourtant, il est intéressant de noter que peu d'interviewés ont choisi de s'étendre sur ce sujet, laissant entrevoir une complexité des relations qui mériteraient d'être explorées davantage.

E. Dans l'ombre de la pandémie : Vécu des résidents et de leurs familles

Lorsque nous les avons interrogés sur le vécu des résidents de la crise, les participants ont souvent évoqué le sentiment d'emprisonnement ressenti par les résidents, qui percevaient leur situation comme une forme d'enfermement. Cette réalité a malheureusement entraîné des comportements de désengagement, comme une perte d'appétit ou le refus de s'habiller.

Aussi, les mesures d'isolement, bien qu'indispensables pour protéger, ont eu des effets profondément délétères sur le bien-être psychologique et émotionnel des résidents, visibles dans l'EHPAD. Nous a été largement partagé que l'impact psychologique était marqué, avec de nombreux résidents montrant des signes de tristesse, d'anxiété, et même des syndromes de glissement, tels qu'une perte d'appétit et une mobilité réduite. Ce phénomène ne se limitait pas à notre EHPAD: l'isolement a eu des conséquences graves pour de nombreux patients, notamment au niveau psychiatrique, entraînant une résurgence ou l'apparition de troubles anxiodépressifs, des décompensations psychiques, et parfois même des crises suicidaires (31). Un communiqué de l'AMM du 24 avril 2020 a d'ailleurs souligné que le maintien de ces contraintes pendant plusieurs semaines a eu des effets délétères visibles, en particulier chez les résidents ayant déjà des troubles cognitifs (32).

Lors d'un entretien de l'étude, un AS a partagé avoir ressenti une forme de peur chez certains résidents, illustrant leurs inquiétudes envers l'équipe soignante, amplifiée par les mesures de protection et la méconnaissance de la situation sanitaire. Cette peur a plongé les résidents dans une profonde solitude, exacerbée par la rupture des contacts familiaux et l'absence d'interactions sociales avec d'autres résidents.

Un autre sentiment fréquemment évoqué par les professionnels que nous avons interrogés est celui de l'incompréhension. La crise a plongé les résidents, en particulier ceux souffrant de troubles cognitifs, dans une grande confusion. Nombre d'entre eux peinaient à comprendre les mesures de confinement et la gravité de la situation, ce qui a amplifié leur sentiment d'isolement et de perte de repères. Un rapport de 2018 révèle que près de 49 % des résidents en EHPAD étaient atteints de syndromes démentiels ou de troubles neurocognitifs, beaucoup étant liés à la maladie d'Alzheimer. Dans une étude récente, il a été observé que pendant la crise, ces patients faisaient face à une majoration de la désorientation temporo-spatiale, accompagnée de discours de plus en plus confus et inadaptés. (33)

A l'EHPAD, les professionnels ont observé une souffrance profonde chez les familles des résidents pendant la crise. Cette douleur était particulièrement aiguë lors des moments critiques, comme les fins de vie, où l'interdiction d'un accompagnement en présentiel a été ressentie comme une déchirure. Aussi, l'impossibilité de poursuivre cet accompagnement lors des obsèques et de partager des instants de proximité a complètement déstabilisé les familles (17).

Cette souffrance a engendré de la frustration et une colère palpable. Nos interviewés ont remarqué que de nombreuses familles étaient en tension, peinant à comprendre la situation et exprimant souvent des doutes sur les informations fournies par les soignants. Ce constat est retrouvé dans la littérature et certains papiers font état de familles qui se sont retrouvées malmenées par les incertitudes, les débats contradictoires et les changements de stratégie. Ce contexte difficile a entraîné une perte de confiance significative dans l'efficacité de la médecine.(17)

Malgré ces sentiments négatifs, les professionnels rencontrés nuancent et confient que certaines familles de résidents de l'EHPAD ont exprimé de la reconnaissance envers l'établissement et les soignants, en particulier pour les efforts déployés pour maintenir le contact grâce aux appels réguliers des AS. Les résultats du projet RESOTON vont également en ce sens et montrent que ces nouveaux modes de communication ont permis d'établir des relations plus saines entre les familles et les soignants, tout en réduisant les sollicitations à gérer pour ces derniers. Les familles ont pris conscience du travail acharné des équipes des EHPAD, qui ont fait de leur mieux pour faire face à cette période si complexe.

F. En première ligne : L'épreuve des soignants en EHPAD.

Le sentiment d'inconnu a marqué les professionnels qui en ont fait part lors des entretiens. Ils se sont retrouvés à naviguer à vue, sans repères clairs, générant une anxiété palpable quant à l'avenir et à la gestion de la crise. Cet état des lieux à notre échelle est également retrouvé dans la littérature puisque pour beaucoup de professionnels, cette période a été une épreuve psychologique, marquée par un sentiment d'incertitude et d'abandon au plus fort de l'épidémie. Ces émotions ont souvent laissé place à une colère face à l'injustice ressentie, notamment en raison du manque de reconnaissance, tant financière que sociale (21).

Dans notre étude, certains AS et IDE ont exprimé leur indignation face à la négligence perçue de la population générale, surtout lors de la réouverture des visites. Ils se sont souvent sentis incompris, voire moqués, ce qui a exacerbé leur frustration. Ce manque de reconnaissance ne se limite pas à leurs témoignages : le Rapport Anact souligne également que de nombreux participants aux retours d'expérience ont ressenti cette absence de soutien, notamment dans la couverture médiatique de la crise, aggravant leur vécu déjà difficile.

La majorité des professionnels que nous avons rencontrés ont confié avoir ressenti un épuisement physique et émotionnel intense. La montée en charge de leur travail, couplée à la détresse des résidents, a souvent engendré fatigue et frustration. À l'opposé, certains médecins ont évoqué un sentiment d'inutilité déconcertant face à la gestion de la crise avec des journées vides et une impuissance. Lors de nos recherches, aucun papier littéraire n'a argumenté en ce sens pour généraliser cet aspect.

Le contexte de la crise a mis le personnel soignant en première ligne, entraînant des répercussions émotionnelles importantes (10). Les entretiens que nous avons menés ont mis en lumière les souffrances psychologiques que les professionnels ont endurées, souvent exacerbées par une pression constante. Une IDE a même évoqué des symptômes de stress post-traumatique, illustrant la profondeur de sa détresse. Ces souffrances psychologiques et physiques ont pu pousser certains interviewés à réfléchir à leur avenir et à envisager un changement de carrière, décision difficile mais parfois ressentie comme le seul moyen de retrouver un équilibre et de préserver leur santé mentale.

Si l'épidémie de Covid-19 n'a pas eu un effet propre d'ampleur sur les difficultés de recrutement, elle a mis en exergue des problématiques plus profondes dans le secteur, et le projet RESOTON conclut qu'il est nécessaire d'améliorer les conditions de réalisation du travail : avoir un effectif suffisant, revaloriser les parcours de formation d'aide-soignante ou d'auxiliaire de vie, diminuer la charge de travail des infirmières sur les tâches administratives pour faire des soins, ouvrir le numérus clausus des médecins, etc.

2. Limites et forces de l'étude

Une des limites qui se dégage dans le cadre de notre étude est celle de la taille de l'échantillon. En effet, ce travail repose sur une monographie, et donc une approche monocentrique avec un nombre restreint de participants. Notre échantillon, limité à 11 participants, peut ne pas refléter la diversité des opinions et des expériences au sein du collectif de travail, et encore moins refléter la diversité des opinions des professionnels de santé au sens large, de part cette circonscription à notre terrain.

De plus, un possible biais lié à la sélection des participants peut se discuter. Les participants de notre étude ont été pour la plupart sélectionnés par l'un des directeurs de thèse, en accord avec les critères d'inclusion mais certaines affinités ont pu rentrer en compte dans ce processus de choix.

Notre travail de terrain s'est effectué 4 ans après la crise, et un certain biais d'oubli a pu se produire. Nos interviewés se sont basés sur leur mémoire pour rappeler des événements ou des expériences passés, et cela soulève plusieurs points : D'abord, le fait qu'après une période aussi longue, il est naturel que les détails spécifiques des expériences vécues durant la crise COVID s'estompent, et que nos participants ne puissent pas se souvenir avec précision des événements, des émotions ou des dynamiques de travail ; ensuite, des expériences ou des émotions vécues après la crise peuvent également influencer la manière dont les professionnels se souviennent de cette période. Par exemple, si des événements positifs ou négatifs ont suivi la crise, cela peut colorer leur mémoire de cette période, créant une distorsion dans les récits. Toutefois, cet oubli peut par ailleurs poser question lorsqu'on se remémore la violence de l'expérience.

Dans la même idée, une certaine sélectivité a pu avoir lieu, avec des participants ayant tendance à se souvenir davantage des expériences marquantes (positives ou négatives) plutôt que de l'ensemble des événements. Replonger les interviewés dans cette période marquante a pu engendrer un biais de représentation de la réalité, avec des témoignages pouvant refléter des souvenirs biaisés plutôt qu'une vue d'ensemble objective.

Enfin l'un des biais qui ressort de ce travail est celui de la posture de l'investigatrice, médecin généraliste, qui peut influencer les interactions avec les participants et affecter la qualité et la nature des données recueillies. On peut, en effet, se poser la question d'une complète liberté de parole dans un contexte de « pression sociale » ou de « perception d'autorité ». En effet, les participants, surtout en tant qu'IDE et AS, peuvent se sentir sous pression ou réticents pour donner des réponses qu'ils estiment conformes à nos attentes, plutôt que de partager leurs véritables opinions ou expériences.

L'une des forces de notre étude est celle de l'approche pluriprofessionnelle. En interrogeant des professionnels de santé de différentes catégories (AS, IDE et médecin), nous avons pu recueillir des points de vue variés. Cette inclusion de diverses perspectives, permet de mieux comprendre comment la crise a affecté le collectif de travail de manière globale, en tenant compte des rôles spécifiques et des responsabilités de chacun.

Ensuite, le recueil de données qualitatives à l'aide d'entretiens permet une exploration approfondie des expériences vécues. Ces entretiens nous ont permis de saisir des nuances et des détails que des méthodes quantitatives ne pourraient pas révéler. Les témoignages que nous avons récoltés fournissent un aperçu des émotions, des perceptions et des défis rencontrés par le personnel. C'est ce qu'on appelle en sociologie la représentativité théorique. Ensuite l'adaptabilité des questions du guide d'entretien, au fur et mesure de ceux-ci, ont permis, malgré une structure commune immuable, d'offrir un enrichissement des données.

Notre travail a également permis d'ajouter des connaissances et de contribuer à la littérature sur les effets de la crise sanitaire COVID sur les soins gériatriques et le travail en EHPAD. Nos résultats

peuvent soulever de nouvelles questions et ouvrir des nouvelles pistes de recherches complémentaires, comme par exemple, les effets à long terme sur la santé mentale du personnel ou encore l'impact des politiques de gestion de crise sur la qualité des soins.

Par ailleurs, en mettant en lumière les impacts de la crise sur le collectif de travail, notre étude peut contribuer à une meilleure compréhension des besoins des professionnels de santé tant au niveau local qu'à une échelle plus large dans le domaine de la santé.

3. Perspectives et recommandations

Nos résultats en termes d'impact sur les pratiques professionnelles soulèvent des questions sur l'humanisation des soins dans le respect des exigences sanitaires. L'augmentation de la vigilance des soignants reflète un engagement positif pour une meilleure qualité des soins et une évolution vers une culture de sécurité et d'éthique. Les effets durables de la crise sur les pratiques en EHPAD sont mis en évidence et soulignent la nécessité d'une réflexion continue sur la qualité des soins. Ces réflexions sont cruciales pour préparer les établissements de santé à de futures crises tout en préservant l'humanité et la dignité des soins. Cependant, le retour à un fonctionnement « normal » après la crise soulève des interrogations sur la capacité d'adaptation des professionnels, qui pourrait être perçue comme un mécanisme d'ajustement. Il est essentiel d'évaluer si ce retour signifie une négligence des leçons apprises ou si les nouvelles pratiques sont véritablement intégrées et durables. Aussi, un nouveau travail de terrain dans quelques années pourrait permettre un apport scientifique en ce sens.

Pour continuer sur cette idée, comme précisé dans la partie *Limites et Forces*, notre travail monographique pourrait être étendu à d'autres terrains et devenir multicentrique. Cela permettrait de renforcer le qualitatif dans un premier temps, mais pourrait également permettre d'ajouter du quantitatif et ainsi obtenir une triangulation des données. Plus concrètement, l'idée pourrait être de s'approcher des établissements avec une observation du terrain, des entretiens, et enfin de proposer des questionnaires avec plus de questions.

Les défis organisationnels rencontrés pendant la crise sont bien visibles dans les résultats et ouvrent sur les opportunités de transformation et d'amélioration dans le secteur des soins gériatriques. Sont mises en lumière l'importance de la résilience organisationnelle, la nécessité de protocoles clairs et de formations régulières pour le personnel afin de mieux gérer les situations d'urgence. Par ailleurs, la crise a mis en évidence les limites des modèles organisationnels traditionnels, notamment la fermeture totale aux visites extérieures, qui pourrait avoir eu des effets contre-productifs. Comme certains professionnels l'ont expliqué dans leurs entretiens, une adaptation moins contraignante serait peut être plus judicieuse si nouvelle crise.

La crise COVID-19 a renforcé les liens intra-professionnels et la solidarité entre les équipes, tout en révélant des vulnérabilités organisationnelles. Bien que cette entraide soit essentielle pour faire face aux urgences, elle soulève des questions sur sa durabilité et son efficacité à long terme, en particulier face aux carences humaines. En revanche, il est crucial de reconnaître que les dynamiques de collaboration varient selon le contexte et les relations préexistantes avec la hiérarchie, et que l'EHPAD bénéficiait, avant la crise, d'une bonne entente intra et inter professionnelle bien que plus limitée avec la hiérarchie.

Regrettée par certains de nos interviewés, une communication davantage accrue et surtout bidirectionnelle (dans le sens hiérarchie-professionnels de santé) semble être une perspective d'amélioration pour créer un climat de confiance, et permettre aux équipes d'exprimer leurs idées et

préoccupations. De plus, un soutien et une reconnaissance adéquats des efforts des professionnels sont nécessaires pour renforcer la cohésion et améliorer le bien-être au sein des équipes. Des créneaux de discussions dédiés, bi-annuels par exemple, voire plus fréquent si nécessaire, pourraient être mis en place pour permettre à l'ensemble des personnels de discuter, sans le prisme « résident ».

Les REX que nous avons utilisés comme comparatif, « à chaud » en 2022, nécessitent également une certaine nuance : en effet, il serait pertinent de réévaluer ces collectifs aujourd'hui afin d'examiner la durabilité des pratiques mises en place. De nombreux participants ont en effet manifesté le désir de continuer à organiser des temps et des espaces réguliers de discussion sur le travail, soulignant l'importance de cette initiative à long terme.

L'impact des mesures sanitaires sur la relation soignants/résidents souligne la nécessité d'une approche holistique des soins, intégrant les dimensions émotionnelles et relationnelles. Durant la crise, les soignants ont fait face à un défi majeur : maintenir une proximité affective malgré les barrières physiques, et nos résultats montrent que ce défi n'a pas été suffisamment relevé. Également, la disparité dans la compréhension des résidents face à la crise souligne l'importance d'adapter les messages et les soins selon les capacités cognitives de chacun et une attention particulière doit être portée aux résidents vulnérables pour faciliter leur compréhension et réduire leur anxiété. Ces difficultés rencontrées ont éveillé une sensibilité accrue chez les soignants envers les besoins relationnels des résidents, qui cherchent désormais activement à renforcer ces liens et à être plus attentifs au bien-être émotionnel des personnes dont ils s'occupent.

Notre travail met en avant l'importance d'une communication proactive et d'un accompagnement soutenu des familles pour assurer une prise en charge harmonieuse. Les soignants doivent naviguer entre les attentes des familles et les exigences cliniques, ce qui exige des compétences en communication et en médiation. Si elles étaient préexistantes, la crise a révélé de nouvelles tensions dans les relations entre soignants et familles qui voient leur place dans la prise en charge de leurs proches évoluer. Il est crucial de prendre en compte la souffrance des familles dans les politiques de soins, en mettant en place des initiatives comme des groupes de parole ou des espaces d'écoute pour atténuer leur douleur et frustration durant les crises.

Enfin, nombreux participants de notre étude nous ont confié avoir souffert d'un épuisement professionnel majeur, et ce point indique un besoin urgent de réévaluer les ressources humaines en EHPAD, en renforçant les équipes durant les périodes de crise pour prévenir le burn-out. De façon plus générale, il serait essentiel d'encourager une culture de bien-être mental dans le système de santé, où les soignants se sentent libres de parler de leurs difficultés, afin de prévenir cet épuisement professionnel et de maintenir leur motivation.

V. CONCLUSION

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu des répercussions profondes sur l'ensemble des professionnels de santé en France, notamment au sein des EHPAD, qui ont été au cœur de la gestion de cette crise sanitaire. Dans un contexte de surcharge de travail, de peur constante de contamination, et de nouvelles exigences organisationnelles, les soignants ont été confrontés à un épuisement sans précédent. L'augmentation des tâches, la gestion de l'incertitude ainsi que les prises en soin chamboulées par l'isolement des patients ont amplifié la pression sur les professionnels de santé.

La crise a mis en lumière les lacunes et dysfonctionnements existants dans les systèmes de soutien aux soignants avec des tensions entre les attentes institutionnelles et le vécu de terrain, mais également dans les effectifs humains et matériels avec des équipes souffrant constamment de manque de personnel et de moyens. Des études nationales et des retours d'expériences ont révélé une détresse psychologique accrue parmi les professionnels de santé, et face à cette situation inédite, beaucoup ont été contraints de repenser leurs pratiques, leurs priorités, et leur engagement au sein du système de soins.

Notre étude immersive au sein de l'EHPAD avait pour objectif d'explorer les impacts profonds et multiples de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les pratiques professionnelles et relationnelles au sein du collectif de travail. Le choix de la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés de professionnels avec une analyse thématique a permis de faire un état des lieux sur différentes thématiques, de recueillir des témoignages et de les analyser et comparer à la situation nationale.

À travers ces entretiens, il ressort que, bien que la situation ait entraîné des changements significatifs, un retour à une certaine « normalité » semble s'être opéré et que l'organisation a retrouvé une certaine stabilité, bien que certains ajustements perdurent.

D'abord, en matière de pratiques et d'organisation professionnelles, si les protocoles sanitaires et les règles d'hygiène ont été renforcés et semblent aujourd'hui avoir été intégrés de manière durable, la gestion de la crise a également entraîné un réaménagement des rôles et des responsabilités au sein des équipes. Si l'application des mesures sanitaires par les médecins, ayant un rôle de sentinelles, a pu engendrer un certain poids, les soignants, et en particulier les AS, ont souffert d'une charge de travail accrue, souvent perçue comme une dérive vers un « glissement de tâches ». Cette situation a renforcé le sentiment d'un front soignant uni, mais fragilisé, dans un contexte de carence professionnelle. Cependant ces ajustements ont permis de maintenir un certain niveau de prise en charge dans le contexte difficile.

C'est sur le plan relationnel et communicationnel entre les équipes que les transformations les plus marquantes ont été observées. La solidarité entre les membres du personnel a constitué une véritable bouée de sauvetage et les soignants ont développé une véritable entraide, essentielle dans un contexte de tension. En revanche, les soutiens hiérarchiques et institutionnels ont parfois été jugés insuffisants, et pour certains de nos participants, les cadres infirmiers ont été perçus comme trop distants, laissant les équipes souvent livrées à elles-mêmes dans la gestion du quotidien. A ce jour, est constatée une pérennisation des liens de solidarité au sein des équipes, saluées par l'ensemble des professionnels.

Concernant les relations avec les résidents et leurs familles, la crise a eu un véritable impact. Avec les résidents d’abord, elle a exacerbé la distanciation physique et sociale, entravant les interactions humaines essentielles à la qualité de la prise en charge. Le port du masque et les protocoles sanitaires, limitant les relations, ont contribué à une déshumanisation des soins affectant la communication et le lien émotionnel entre les soignants et les résidents.

Les résidents, parfois déjà fragilisés, ont été particulièrement isolés et privés des liens sociaux essentiels, et ont souffert d’une prise en soin devenue plus froide et de nombreux glissements ont été visibles. La communication avec les familles, semblant déjà sujette à une évolution avant la crise, a pris un tour plus procédurier, alimentée par la crise et les incertitudes qu’elle a générées. La mise en place de nouveaux moyens de communication avec les familles a permis de maintenir un contact, mais ces échanges ont pu être limités par les difficultés de communication visibles sur une population gériatrique (problèmes auditifs, visuels, cognitifs). Cela montre bien que, bien que la technologie ait pu permettre de pallier certaines difficultés, la richesse des échanges humains ne peut être remplacée.

Enfin, cette crise a laissé des traces sur la santé mentale des professionnels. La période de la crise a ainsi été marquée par un épuisement, une perte de sens, et des questionnements sur la pertinence des pratiques, traduisant une souffrance psychologique indéniable. Toutefois, les équipes ont fait preuve d’une grande flexibilité et ont su redéfinir leurs priorités, développant de nouvelles stratégies pour continuer à offrir des soins de qualité malgré les contraintes.

En conclusion, la crise sanitaire a modifié les pratiques professionnelles et relationnelles au sein de l'EHPAD, mais elle a également révélé des dynamiques de solidarité et d’adaptation qui continuent de marquer le quotidien des équipes soignantes. Il apparaît essentiel que les leçons tirées de cette période, tant sur le plan organisationnel que relationnel, soient intégrées dans les pratiques futures, afin d’assurer un accompagnement humain et de qualité pour les résidents, tout en préservant le bien-être des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

1. COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (s. d.). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
2. Wang, H., Paulson, K. R., Pease, S. A., Watson, S., Comfort, H., Zheng, P., Aravkin, A. Y., Bisignano, C., Barber, R. M., Alam, T., Fuller, J. E., May, E. A., Jones, D. P., Frisch, M. E., Abbafati, C., Adolph, C., Allorant, A., Amlag, J. O., Bang-Jensen, B., . . . Murray, C. J. L. (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic : a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, 399(10334), 1513-1536. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02796-3)
3. CE Évaluation des politiques publiques face aux pandémies : compte rendu de la semaine du 31 août 2020. (s. d.). Sénat. https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200831/ce_covid19.html
4. Spf. (s. d.). COVID-19 : point épidémiologique du 7 mai 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-7-mai-2020>
5. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de>
6. A l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lhopital-la-surcharge-de-travail-touche>
7. Quelles conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les risques psycho-sociaux ? (s. d.). DARES. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quelles-sequences-de-la-crise-sanitaire-sur-les-conditions-de-travail-et-les-risques>
8. Pascut, S., Feruglio, S., Crescentini, C., & Matiz, A. (2022). Predictive Factors of Anxiety, Depression, and Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling and Institutionalized Elderly during the COVID-19 Pandemic. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(17), 10913. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710913>
9. Savci, C., Akinci, A. C., Usenmez, S. Y., & Keles, F. (2021). The effects of fear of COVID-19, loneliness, and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing*, 42(6), 1422-1428. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.09.012>
10. Noyé, S., & Bernardon, A. (2020). Covid-19, impact sur les résidents et les soignants. *Soins Gériatrie*, 25(146), 34-37. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2020.09.011>
11. Retours d'expérience Covid-19 en EHPAD | Anact. (s. d.). <https://www.anact.fr/retours-dexperience-covid-19-en-ehpad>

12. Caroly, S., Leulier-Blanchard, M., & Vidal, E. (2022, 30 septembre). Rapport REX Ehpad associatif et hospitalier et crise Covid- Projet RESOTON : retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin. <https://shs.hal.science/halshs-03795901v1>
13. Petit, R., & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. GRH, n° 22(1), 31-54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>
14. Lebeau JP, Aubin-Auger, I& Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. (2021). Initiation à la recherche qualitative en santé - le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire [Livre]. Global média santé
15. LOI n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19 (1) - Légifrance. (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046114630>
16. Le Breton, D. (2022). Des Visages Essai d'anthropologie. Edition revue et actualisée.
17. Gonthier, R., Adolphe, M., Michel, J., Bringer, J., Dubois, B., Lecomte, D., Milliez, J., & Vellas, B. (2022). Rapport 22-02. Après la crise COVID, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ? Bulletin de L Académie Nationale de Médecine, 206(4), 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.010>
18. Rapport d'information, n° 769. (s. d.). 15e Législature - Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b0769_rapport-information
19. Baronnier, M., & Arnold, C. (2021). Bouleversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpad. Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie, N° 145(2), 119-129. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.145.0119>
20. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. (s. d.). http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_2.html
21. Société Française de Gériatrie et Gériatologie. (2022, 30 mai). « EHPAD : des restrictions sanitaires encore trop nombreuses et injustifiées » selon la SFGG. Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG). <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/ehpad-des-restrictions-sanitaires-encore-trop-nombreuses-et-injustifiees-selon-la-sfgg/>
22. Plault, M., Triplet, L., & Xing-Bongioanni, J. (2024). « Affronter ensemble la crise sanitaire » : les effets de l'épidémie de Covid-19 sur les relations de travail en ehpad. Vie Sociale, n° 45(1), 83-97. <https://doi.org/10.3917/vsoc.229.0083>
23. Gil, R. (2020). Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. Droit, Sante et Societe, 2, 27-34. <https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-27.htm>
24. Diversification des métiers de l'aide et de l'accompagnement : entre reconnaissance et invisibilité. (2023). Gériatologie et société, 45172, (3).<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2023-3?lang=fr>.

25. Garcia, L. (2020). La Covid-19 en Ehpad, témoignage d'un cadre de santé. Soins Gériatrie, 25(146), 27-29. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2020.09.009>
26. Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Ergonomie constructive. Dans Presses Universitaires de France eBooks (p. 33-46). <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2013.01.0033>
27. Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. Revue Française des Affaires Sociales, 1, 21-40. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0021>
28. Certop-Cnrs, C. C. S. (2022, 5 décembre). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ; ? Sciences
29. Chovrelat-Péchoux, G. (2021). Covid-19 en Ehpad : quelle place pour les familles ? Gériatrie et Société, 43 / n° 164(1), 191-202. <https://doi.org/10.3917/gs1.164.0191>
30. Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H., & Rosland, A. (2021). Family Caregiving During the COVID-19 Pandemic. The Gerontologist, 61(5), 650-660. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab049>
31. Hazif-Thomas, C., Maître, M. T. L., & Thomas, P. (2021). Après l'urgence sanitaire, réaffirmer le droit à la vie personnelle en EHPAD avec pour horizon le respect de la dignité des anciens et de leur famille. Éthique & Santé, 18(1), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2020.11.003>
32. Coronavirus ; avis de l'Académie nationale de médecine : prendre soin des adultes âgées avec troubles cognitifs en période de confinement, Bull Aca Natl Med, 204 (2020), pp. 689-690

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Les impacts de la crise sanitaire CoVid-19 sur les pratiques professionnelles et relationnelles au sein du collectif de travail : Étude immersive au sein d'un EHPAD d'Indre et Loire (37)

1. Présentation de l'investigatrice,
2. Présentation du travail de thèse, brève et suffisamment large
3. Explication de la confidentialité, recueil du consentement, et début de l'enregistrement

Question d'accroche :

Pouvez-vous m'expliquer quel est votre travail, quelles sont vos missions / tâches au sein de l'établissement, et me dire si la crise sanitaire les a modifiées ou non ?

Questions de relance :

➤ Impact sur les pratiques de soin

- Depuis la crise, à vos yeux, comment vos pratiques de soins et vos prises en charge ont, ou non, évoluées ?
- Vous souvenez-vous des mesures qui ont été mises en place au sein de l'EHPAD ?
- Ces mesures, associées aux recommandations de l'ARS, ont-elles permis ou non un encadrement suffisant (*à la fois épidémique et général*) des résidents ? Comment les résidents les ont-ils vécues ?
- Avez-vous constaté des syndromes de glissement ou non ? Cela vous a-t-il conduit à vous interroger sur le sens de ces mesures ?
- *A posteriori*, comment mettriez-vous ces mesures ?
- Le discours ambiant pendant période était celui de l'incertitude avec souvent une impression de « naviguer à vue », était-ce ou non votre ressenti ?
- En termes d'organisation professionnelle, diriez-vous que vos fonctions ou vos rôles habituels ont été modifiés ou qu'ils n'ont pas nécessairement évolué ?
- Parfois, est évoquée une certaine négligence dans les prises en charge, avez-vous pu ressentir ça ou non ?
- Diriez-vous qu'aujourd'hui vos pratiques professionnelles aient été modifiées par cette crise ou qu'elles n'ont pas particulièrement évolué ?

➤ Impact sur les relations avec les patients et familles

- Pouvez-vous essayer de décrire vos relations avec les patients avant la crise sanitaire ? Et avec les familles ?
- Pendant la période de la crise sanitaire, comment décririez-vous les relations avec les résidents ? Vous ont-elles semblé « différentes » ? Et avec les familles ?
- Les mesures ont entraîné une certaine « privation des libertés » des résidents. Comment avez-vous vécu cela sur le plan éthique ?
- Dans ce sens, certains EHPAD ont notamment mis en place une dématérialisation avec des outils numériques pour garder un lien social entre les patients et leur entourage. Avez-vous mis en place ce genre d'outils ?
- Comment avez-vous pris en charge les fins de vie pendant la crise ? Qu'en avez-vous pensé ? Si c'était à refaire, comment souhaiteriez-vous que l'établissement et les professionnels s'y prennent ?

- Cela a-t-il modifié vos perceptions sur ce sujet ou sur votre façon de faire, ou non ?
- Aujourd'hui, à distance de la crise, diriez-vous que vos relations ont évolué avec les patients ou pas particulièrement ?

➤ **Impact sur les coopérations et les relations professionnelles**

- Pouvez-vous me raconter vos relations avec vos collègues avant la crise ? Au contact de quels collègues travaillez-vous le plus ? Ya t'il justement des équipes avec lesquelles vous préférez travailler ?
- Comment se passe la communication au sein de l'établissement ? Existe-t-il des moments d'échanges entre vous ? Par exemple des staffs, des réunions etc.
- Que pensez-vous de ces moments ? Sont-ils des moments exigés, contraints ou non ?
- Dans l'hypothèse d'un désaccord, d'un dysfonctionnement ou plus simplement d'un questionnement, pouvez-vous facilement trouver vos collègues pour échanger ?
- Pendant la période de crise sanitaire, comment décririez-vous vos relations avec les autres professionnels ? Avez-vous pu continuer à vous côtoyer ?
- Vous êtes-vous sentis soutenus par votre hiérarchie ou non ?
- Je vous interrogeais précédemment sur les mesures mises en place au sein de l'EHPAD, avez-vous été « associé » aux prises de décisions concernant ces mesures ?
- Aujourd'hui, à distance de la crise, vos relations avec vos collègues ont-elles été modifiées ou sont-elles stables ?

➤ **Aspects perceptifs et représentatifs de chacun**

- Pouvez-vous me raconter plus personnellement comment vous avez vécu la crise sanitaire ?
- La crise a été pour beaucoup source d'inconfort, de tensions, de risques psychosociaux, de perte de sens voir d'épuisement professionnel. Avez-vous été confronté à cela ou non ?
- Cette expérience, ce vécu de la crise, a-t-il impacté vos pratiques professionnelles ? Les relations avec les patients ? (par exemple le décès d'un proche, un covid symptomatique invalidant etc).
- Aujourd'hui, comment vous sentez vous ?

Pour clore : Y a t'il des sujets que nous n'avons pas évoqué dont vous souhaiteriez parler ?

ANNEXE 2

Fiche d'identité d'entretien

Date de l'entretien :

Entretien n° :

Durée de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quelle est votre fonction au sein de l'EHPAD ?

4. Quelle est votre fonction au sein de l'EHPAD ?

5. Depuis combien de temps l'exercez-vous ?

6. Quel est votre rythme de travail actuel ?

Vu, les Directeurs de Thèse

Signatures

Dr Frédéric SCHMITZ
01 - GÉNÉRALISTE - GÉNÉRALISTE
CONVENTIONNÉ - 4 rue Labenne
37306 JOUE LES TOURS CEDEX
37 1 03292 1 01 24 01

Orival

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

FOUQUET Louise

84 pages – 2 tableaux – 1 figure

Résumé : Les impacts de la crise sanitaire COVID-19 sur les pratiques professionnelles et relationnelles au sein du collectif de travail : Étude immersive au sein d'un EHPAD d'Indre et Loire (37).

CONTEXTE : La crise sanitaire COVID a lourdement impacté les professionnels de santé, et l'un des constats à distance de la crise est son impact dans les EHPAD. Des pratiques professionnelles à l'organisation des établissements, en passant par les coopérations professionnelles ou encore les relations avec les résidents et familles, un ensemble de modifications a été visible pour s'adapter au contexte. Notre étude s'intéresse justement à ces impacts, au sein d'un EHPAD d'Indre et Loire.

METHODE : Une étude qualitative avec analyse thématique auprès de 11 professionnels de l'EHPAD.

RESULTATS ET DISCUSSION : Les professionnels participant à l'étude ont expliqué avoir vécu un chamboulement dans leurs pratiques professionnelles et dans l'organisation dans l'aigu, devant s'adapter à l'urgence du contexte. Cette désorganisation a entraîné une charge de travail non négligeable, avec le constat d'un « front soignant », contrastant avec un « arrêt sur image » rapporté par l'équipe médicale. Cette expérience a marqué le collectif professionnel sur le plan des coopérations. A l'analyse des entretiens, il apparaît qu'il existe une solidarité entre les différents métiers. Pour autant, l'intensification de la hiérarchie et la verticalité décisionnelle ont pu entraîner des tensions au sein des équipes, exacerbées par une pression constante. Les liens avec les résidents ont été chamboulés et les interactions humaines essentielles à la qualité de la prise en charge ont été entravées notamment par le port du masque et les protocoles sanitaires. La place des familles dans la prise en soin de leur proche a été à repenser et de nouvelles méthodes de communication ont émergé permettant de conserver un lien. Enfin, à travers ces témoignages, il ressort que cette période a été préjudiciable sur la santé mentale des professionnels qui ont pu souffrir sur le plan psychologique avec un épuisement intense.

CONCLUSION : La crise sanitaire a modifié les pratiques professionnelles et relationnelles au sein de l'EHPAD, mais elle a également révélé des dynamiques de solidarité et d'adaptation qui continuent de marquer le quotidien des équipes soignantes. Il apparaît essentiel que les leçons tirées de cette période, tant sur le plan organisationnel que relationnel, soient intégrées dans les pratiques futures, afin d'assurer un accompagnement humain et de qualité pour les résidents tout en préservant le bien-être des professionnels.

MOTS CLES : COVID-19, EHPAD, Impact, Pratiques Professionnelles, Organisation Professionnelle, Relations Soignants-soignés, Coopérations Professionnelles, Risques Psychosociaux.

JURY :

Président du Jury :	Professeur Bertrand FOUGERE
Directeurs de thèse :	Docteur Frédéric SCHMITT et Docteur Tony ORIVAL
Membres du Jury :	Docteur Isabelle ETTORI Docteur Jacques-Alexis NKODO

Date de soutenance : 19 décembre 2024