



Impact du COVID - 19 sur les organisations et les acteurs en EHPAD

**Repérage des outils et dispositifs mis en œuvre
dans ce contexte exceptionnel**

Etude réalisée avec le soutien du FACT



Septembre 2021

Impact du COVID - 19 sur les organisations et les acteurs en EHPAD

Repérage des outils et dispositifs mis en œuvre dans ce
contexte exceptionnel

*Etude réalisée par les conseillères techniques
du CREAI Nouvelle-Aquitaine*

Lucie Bordeau

Agathe Soubie

Et par

Patrick Sagory

Ergonome & dirigeant d'ErgoPREVENTION

Septembre 2021

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement les établissements, leur direction et les équipes qui ont accepté de participer à cette étude, de leurs écrits et de leurs paroles. Nous les remercions pour leur disponibilité et leur implication tout au long de ce projet malgré cette période de forte tension et d'incertitude qui a perduré dans le temps. Nous espérons que ce rapport se fera l'écho de la qualité de leur réflexion et de leur mobilisation exceptionnelle constatée durant cette période.

Nous remercions également le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail, financeur de cette étude, qui a su nous accompagner et nous soutenir financièrement dans les changements d'orientation pris face à la crise sanitaire, dans l'optique de mieux correspondre aux attentes et besoins de ces structures.

Résumé de l'étude

Cette étude qualitative, par entretiens et focus groupes, analyse les conséquences de la crise sanitaire démarrée officiellement en mars 2020, au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, au niveau de l'organisation et des relations.

Pendant 7 mois (de mai 2020 à novembre 2020), 8 structures y ont participé. Deux entretiens ont été réalisés avec les équipes de direction lors du déconfinement (mai/juin 2020) et au moment de la reprise de la deuxième vague épidémique (octobre/novembre 2021) ainsi que des focus groupes constitués d'équipes pluridisciplinaires (en juin et juillet 2020). Les structures impliquées ont également transmis leurs documents institutionnels de référence élaborés ou réactualisés durant toute cette période. Une adaptation de la méthodologie a été nécessaire tout au long de l'étude afin de prendre en compte l'actualité et de respecter la disponibilité des acteurs impliqués.

Si cette étude montre les nombreuses conséquences de la crise subies par ces structures tant au niveau de l'organisation (absence d'équipement de protection individuelle, de documents de référence, de locaux ou d'un plateau technique adapté) qu'au niveau des relations (tension avec les familles, isolement des directions, isolement des résidents, etc.), elle souligne également la véritable capacité de réflexion, d'adaptation, d'action et d'innovation dont ces établissements ont fait preuve dans ce contexte (communication avec les familles, co-élaboration des protocoles, animation en chambre, etc.).

Elle pointe néanmoins les multiples questions restées en suspens ou pour lesquelles les réponses apportées n'ont pas toujours été satisfaisantes, notamment face à une situation qui s'inscrit dans la durée et pour laquelle l'issue n'était pas encore connue au moment de la clôture de ce rapport. Comme celles des droits des résidents à participer aux décisions, de la place et du rôle des familles, des leviers Qualité de Vie au Travail à activer pour maintenir l'implication et la motivation des salariés...

Un savoir expérientiel d'une grande richesse est illustré dans ce rapport par la diversité des monographies présentées en annexe, sur lequel devront s'appuyer les politiques publiques pour définir l'EHPAD de demain et les plans d'action à venir (CPOM, Projet d'établissement, évaluation interne, leviers QVT, etc.).

Sommaire

1. Méthodologie de l'étude.....	8
1.1. Constitution de l'échantillon	8
1.2. Déroulement de l'étude	9
1.3. Lancement de l'étude et limites de la démarche.....	10
2. Analyse transverse : principaux enseignements des monographies	11
2.1. Des ressources insuffisantes pour faire face à une telle pandémie.....	11
2.2. De nouvelles modalités de management pour mobiliser les équipes, maintenir l'implication, gérer la fatigue et le stress	16
2.3. La mobilisation de nouveaux outils et dispositifs de communication pour réguler les tensions avec les familles	20
2.4. Une participation effective des résidents difficile à 'faire vivre'	22
3. Les constats relatifs aux documents produits pour faire face à la crise sanitaire.....	30
3.1. Constats transversaux	31
3.2. En termes d'enseignements pour l'avenir.....	31
3.3. Recommandations en vue de faciliter les adaptations organisationnelles futures	34
4. Conclusion et perspectives.....	35
Annexes	37
Les monographies.....	38
Monographie EHPAD Vallée du Roy	39
Monographie EHPAD Saint Rome	45
Monographie Tiers temps Agen - Résidence Saint Jean	50
Monographie Centre médicalisé de Lolme	57
Monographie Foyer Notre Dame de Puyraveau	63
Monographie Résidence Pierre-Marc et Marie-José Lalanne	70
Monographie Les Baccharis.....	75
Monographie La Roche Chalais	83
Grille état des lieux.....	92
Grille d'entretien phase 1.....	93
Grille d'entretien phase 2.....	96
Grille d'entretien focus groups.....	99
Questionnaire auprès des professionnels.....	101
Liste des abréviations	107

Introduction

En décembre 2019, le CREAI Nouvelle-Aquitaine a répondu à un appel à projet du Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail (FACT) pour mener une démarche visant à *Prévenir les difficultés de recrutement et le manque d'attractivité en EHPAD en agissant sur les plannings pour améliorer la qualité de vie au travail.*

En effet, alors que les résidents qu'ils prennent en charge sont de plus en plus dépendants, physiquement et psychologiquement, les professionnels d'EHPAD peuvent être confrontés à des conditions de travail pénibles, qui se traduisent par un fort absentéisme et des difficultés importantes de recrutement dans toutes les catégories de personnel. Dans le cadre de la démarche, le CREAI se proposait d'impulser dans un échantillon d'établissements un travail collectif spécifique sur les plannings en vue de les rendre plus attractifs et plus équitables pour les professionnels tout en répondant au mieux aux besoins des résidents et en intégrant dans leur construction la prise en compte de « critères QVT ». Les travaux ont commencé en décembre 2019 par la constitution d'un groupe d'EHPAD et des investigations sur les différents sites (observation du travail, entretiens) étaient programmées entre le 12 et le 30 mars 2020.

Or en France, à partir du 17 mars 2020 à 12 h, la population a été confinée à domicile et en parallèle il a été interdit à toute personne extérieure de se rendre dans les EHPAD avec déclenchement du plan Bleu.

Dès lors, dans ce contexte d'urgence sanitaire, les professionnels du secteur ont dû adapter leur accompagnement auprès des publics accueillis : ils ont dû questionner leur organisation et trouver des solutions pour assurer une continuité dans l'accompagnement, qu'elles aient pu être planifiées ou dans l'urgence. Ces changements (repas en chambre, animations adaptées au confinement, recours aux moyens de communication informatique pour garder le lien avec les familles...) ont nécessairement eu des conséquences sur l'organisation du travail (plannings, modification/ duplication des tâches...) et sur les relations avec les résidents, les familles et les partenaires du secteur.

Le CREAI Nouvelle-Aquitaine a proposé au FACT de transformer le projet initial de l'étude pour mener **une étude de diagnostic de la crise sanitaire, en collaboration avec le cabinet Ergo-Prévention, afin de recenser et mieux comprendre les situations auxquelles les EHPAD ont été confrontés, repérer les situations de fragilité, mais aussi les modèles d'adaptation et les leviers QVT plus particulièrement activés dans ce contexte, afin de pouvoir capitaliser sur l'ensemble des initiatives mises en œuvre.**

Plusieurs questions ont ainsi été explorées :

- Comment assurer la continuité des accompagnements en EHPAD sans mettre en danger la santé des acteurs ?
- Quelles adaptations de l'organisation ont été mises en œuvre (aménagement des locaux, missions et planning des professionnels, adaptation des prestations fournies aux résidents...) ?
- Comment concilier sécurité collective et libertés individuelles ?
- Quelle communication aux résidents, aux familles, aux partenaires ? Faut-il privilégier les familles ou les résidents ?
- Comment mobiliser dans la durée les professionnels ?

La première partie de ce rapport présente les principes méthodologiques de cette étude.

La seconde partie propose une analyse transverse et thématique illustrée par des verbatims et fait référence aux pratiques professionnelles qui sont détaillées en annexe, dans les monographies :

- De l'organisation mise en œuvre dans les établissements pour faire face à la pandémie,
- Des effets sur les résidents, leurs familles, les professionnels et sur les relations interpersonnelles,
- De la mise en exergue des innovations organisationnelles significatives ayant permis de surmonter les difficultés liées à la crise sanitaire,
 - Des pistes d'explications pour comprendre les dysfonctionnements constatés,
 - Des propositions pour pérenniser les nouvelles pratiques, ou améliorer celles qui sont inefficaces.

La troisième partie de ce rapport analyse les documents supports, PCA¹, PRA² et procédures, qui ont été élaborés par les EHPAD pour structurer les changements d'organisation en amont et en aval du confinement de mars-avril 2020.

Enfin, en annexe nous présentons les huit monographies qui détaillent de façon chronologique comment chaque EHPAD de l'échantillon a traversé la crise, les décisions prises et leurs impacts auprès des différents acteurs de l'établissement.

¹ PCA : Plan de Continuité d'Activité

² PRA : Plan de Reprise d'Activité

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Constitution de l'échantillon

8 EHPAD s'étaient engagés au départ dans la démarche QVT de l'appel d'offre FACT initial. Lors du premier confinement lié à la crise sanitaire, la demande à leur égard a dû être modifiée : ils tous ont été invités participer à l'étude d'impact ; seuls trois ont accepté de le faire.

Un nouveau recrutement d'établissements a été nécessaire afin de reconstituer un échantillon significatif. Un mail a été envoyé aux EHPAD de nos fichiers CREAI avec une invitation : « Témoignez de l'engagement de votre établissement pour assurer un accompagnement de qualité lors de l'épidémie de Covid 19 », complété par des appels téléphoniques directs. Au total une centaine d'EHPAD de Nouvelle-Aquitaine a été sollicitée.

Les 10 établissements du nouvel échantillon ont donné leur accord de principe entre le 30 avril et le 20 mai 2020. Deux établissements n'ont accepté de s'engager que partiellement (entretiens avec la directrice et envoi de documents mais pas de sollicitation des équipes).

Face à la mobilisation totale et exceptionnelle de ces établissements durant cette période pour faire face à cette crise sanitaire, nous avons été très vigilants tout le long de l'étude à limiter les sollicitations à l'égard des professionnels et de leur encadrement. Deux établissements ont cependant abandonné en cours de recherche : l'un par un mail au mois de juin, l'autre, au mois d'octobre. Enfin, une des directrices qui portait le projet dans un troisième EHPAD a quitté son poste en novembre, et nous n'avons pas réussi à trouver un nouvel interlocuteur au sein de cet établissement. Au final, la restitution de l'étude n'a pu se faire qu'auprès de 7 EHPAD sur les 10 engagés.

Tableau récapitulatif échantillon

Établissement	Dpt	Urbain / Rural	Nombre de lits	Nombre ETP	Statut
EHPAD La Vallée du Roy	24	Rural	28	19	Associatif privé non lucratif
EHPAD La Roche Chalais	24	Rural	104	75	Public
TIERS TEMPS AGEN Résidence Saint Jean	47	Urbain	76	44	Privé commercial
Résidence Les Baccharis - AFA	33	Urbain	81		Associatif
EHPAD Saint-Rome ³	24	Rural	106	69.14	Public
Centre de Lolme	24	Rural	60 (+SSR 30)		Associatif privé non lucratif
Résidence Marie-José Lalanne - AFA	33	Rural	70	42.9	Associatif privé non lucratif
Foyer Notre Dame de Puyraveau	79	Rural	90	62	Associatif privé non lucratif

³ Départ de la directrice en novembre 2020

1.2. Déroulement de l'étude

Cette étude a duré 7 mois, de mai 2020 à novembre 2020. Elle s'est déroulée en 4 temps (Cf. Présentation des outils en Annexes) :

- Temps 0 (fin avril-mi-mai) : Constitution de l'échantillon et lancement de l'étude par visio avec les directeurs-directrices d'EHPAD
- Temps 1 (fin mai-juin) : Entretiens en visio avec les directeurs-trices et focus groupes auprès des professionnels de chaque établissement ; récolte des documents (PCA, PRA, procédures, fiche état des lieux)
- Temps 2 (début octobre-novembre 2020) : Entretiens en visio avec les directeurs-trices de chaque établissement et diffusion des questionnaires d'impact pour les professionnels
- Conclusion / restitution (mars à juillet 2021) : présentation visio auprès des directeurs-directrices, diffusion du rapport

Tableau du déroulement de l'étude

Principales dates	Les étapes de l'étude
06/03/20 Activation du plan bleu dans les EHPAD	
11/03/20 Restriction des visites dans les EHPAD	
22/03/20 Distribution à grande échelle de masques	
Fin avril/mi-mai 2020	Temps 0 : Constitution de l'échantillon
09/04/20 EHPAD prioritaires pour les tests	
20/04/20 Ouverture des EHPAD aux familles	
16/06/2020 Directive : Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées	
25 mai 2020	Visio de démarrage de l'étude
Temps 1 : fin mai-juin 2020	Premiers entretiens visio avec directeurs-trices et focus groupes auprès des professionnels
Juin-juillet 2020	Récolte des documents : PCA, procédures, Plan bleu, PRA
13/07/20 Signature ⁴ d'une revalorisation des salaires des personnels des Ehpads publics	
17/09/20 Visites dans les EHPAD encadrées	
01/10/2020 Plan de lutte contre l'épidémie de Covid-19 dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes à risque de forme grave de covid-19	
28/10 Deuxième confinement	
Temps 2 : début octobre-novembre 2020	Deuxièmes entretiens visio avec directeurs-trices et questionnaires d'impact auprès des professionnels
Janvier 2021 début de la campagne vaccinale en EHPAD	
Novembre 2020- mars 2021	Suivi téléphonique individuel de 2 établissements avec cluster
8 avril 2021	Visio de Restitution de l'étude

⁴ Comprenant une hausse de salaire de 183 €uros nets mensuels

1.3. Lancement de l'étude et limites de la démarche

L'étude d'impact a démarré 10 jours après la fin du confinement général, alors que les EHPAD restaient soumis à des restrictions d'ouverture.

Le CREAI a ainsi organisé le 25 mai 2020 une visioconférence avec 7 des 10 directeurs et directrices ayant accepté de faire partie de l'échantillon. Après une présentation du contexte de l'étude, de ses enjeux et de la méthodologie proposée, les intervenants ont précisé le calendrier des étapes de l'action et les modalités de restitution envisagées. Puis la parole a été donnée aux directeurs et directrices. Ceux-ci ont exprimé leur satisfaction de pouvoir prendre du recul avec la crise, de mettre du sens sur ce qui a été réalisé dans l'urgence aux mois de mars et avril, et ont pu témoigner de la grande fatigue des équipes de direction et de professionnels, qui ont été confrontés à la peur, à des situations traumatisantes et, plus tardivement, à l'agressivité des familles en attente d'un déconfinement total rapide.

1.3.1. Transformer l'objet d'étude initial⁵ en un sujet d'actualité, utile aux établissements

- Mobilisation de 3 EHPAD de l'échantillon initial dans le nouvel échantillon et recrutement de 7 nouveaux EHPAD pour le compléter ;
- Adaptation de la méthodologie initiale, afin de répondre aux contraintes de la situation de crise :
 - Entretiens et animation de groupes à distance en combinant l'utilisation de supports nouveaux (Zoom) et traditionnels (mails, téléphone) ;
 - Peu de sollicitations des acteurs pour les préserver ;
 - Combiner recueil de données et expression des vécus, des difficultés, des angoisses afin de mettre du sens dans l'épreuve traversée.

1.3.2. Les difficultés rencontrées

- Le séquençage initial de l'étude en 3 phases a montré une erreur d'appréciation des intervenants sur la durée de la crise : à la suite de la phase 1, intitulée « évaluation de la situation » était prévue une phase 2 « sortie de crise ». Or la deuxième série d'entretiens avec les directeurs et directrices s'est déroulée entre octobre et début novembre 2020, période pendant laquelle les EHPAD étaient confrontés à une recrudescence de la crise sanitaire qui a donné lieu à un deuxième confinement, la date de sortie de crise n'étant pas encore connue à l'heure de la rédaction de ce rapport...
- Indisponibilité (voire sur-sollicitation) de nos interlocuteurs durant cette période :
 - Le questionnaire individuel d'impact n'a pas donné de résultats : il n'a été renseigné que par les professionnels d'un seul EHPAD ;
 - La réunion en visio à mi-parcours auprès des directeurs pour leur faire un retour sur les premiers enseignements de l'étude n'a été suivie que par une seule directrice ;
 - Grande difficulté à maintenir le lien dans la durée avec les EHPAD et leur direction ;
 - Peu d'interactions entre les membres de l'échantillon, contrairement aux relations amorcées lors du lancement de l'étude QVT.

⁵ La démarche intitulée « **La QVT, un levier pour agir sur les difficultés de recrutement et les problèmes d'attractivité** » a démarré en décembre 2019 avec un échantillon de 8 établissements (EHPAD ou FAM). Des observations et animations de groupes de travail sur site étaient prévues en mars 2020, qui ont été suspendues puis ajournées en raison de la crise sanitaire. En mai 2020, le FACT a accepté que cette démarche soit transformée en une « **étude d'impact Covid** », auprès d'un échantillon partiellement renouvelé de 10 EHPAD.

2. Analyse transverse : principaux enseignements des monographies

Remarques préalables :

- Entre mi-mars 2020 et mi-novembre 2020, aucun cluster n'est survenu dans les établissements de l'échantillon ; seules des suspicions de Covid chez les résidents/professionnels ont été repérées, et des tests réguliers ont eu lieu.
- De mi-novembre 2020 à fin mars 2021 :
 - 2 EHPAD ont été très touchés par la crise, clusters importants et des décès
 - Les autres EHPAD ont été confrontés à des cas de Covid isolés.

2.1. Des ressources insuffisantes pour faire face à une telle pandémie

Le manque de disponibilité et d'accessibilité aux ressources nécessaires pour gérer cette crise (EPI, protocoles, RH, ...) a été un facteur aggravant. En début de crise, il a pu complexifier les relations avec les équipes, pouvant aller jusqu'à remettre en question la confiance à l'égard de la direction et interroger sa responsabilité. La majorité des établissements a souligné **la charge de travail importante** pour disposer de ces ressources ou compenser celles absentes. Ces efforts ont mobilisé beaucoup d'énergie et de temps, se traduisant le plus souvent par des allongements des journées de travail pour que cela ne se fasse pas au détriment de l'accompagnement et du bien-être des résidents.

2.1.1. Devoir tout élaborer dans l'urgence

Très peu d'établissements disposaient, d'emblée, des documents de référence qui leurs auraient faciliter la tâche pour faire face à cette crise : rédaction de leur Plan de Continuité de l'Activité (PCA), mise à jour du plan bleu. Dans beaucoup d'établissements, le plan bleu⁶ était obsolète, voire quasiment inexistant. Les Documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUER) n'envisageaient pas une possible pandémie. Le travail d'élaboration et/ou de mise à jour de ces documents n'en a été que plus fastidieux.

Par ailleurs, les équipes (et en particulier les cellules de crise) ont dû faire face à de **nombreuses directives et consignes nationales et régionales. Le travail d'appropriation, de "traduction" et d'adaptation aux caractéristiques des établissements a fortement mobilisé** les directions avec parfois, des informations reçues "*la veille pour le lendemain*" ou perçues comme "*contradictoires*" voire "*éloignées du terrain*".

Mono p. 39 / Vallée du Roy :

Cet établissement évoque « *l'absence d'un modèle et de références réglementaires sur lesquels s'appuyer à ce moment-là* ». Le PCA ainsi que les protocoles et dispositifs (ex. le sas d'entrée ou les activités collectives) n'ont été validés qu'en avril avec l'aide de la mission d'appui des médecins de l'ARS. Il a fallu beaucoup de temps pour prendre connaissance de la masse importante de documents reçus pendant cette période, pour en extraire les points essentiels à transmettre aux équipes ou pour réajuster les protocoles. "*Les documents sont clairs mais il est difficile de tout lire par exemple, un jour j'ai reçu un mail avec 13 pièces jointes !*".

Dans cet échantillon, nous notons que seul l'établissement appartenant à un grand groupe (**Mono p. 51 / Résidence Saint Jean**) déclare avoir pu bénéficier de ressources partagées et de l'appui technique des équipes du siège, ainsi que de l'expérience du réseau (des EHPAD du groupe dans la région Grand-Est).

⁶ Celui de la résidence Marie José Lalanne était somme toute assez récent (mai 2019) et prévoyait la situation de grippe...

Cet EHPAD a également pu s'approvisionner plus facilement en Équipements de Protection Individuelle (EPI) au début de la crise (stocks constitués par le siège).

Mono p. 50 / Résidence Saint Jean :

L'EHPAD a pu s'appuyer sur la documentation, les informations et les outils diffusés par la cellule sanitaire du siège. Le groupe a notamment réalisé un travail de synthèse des documents envoyés par le Ministère et les ARS, dégageant ainsi du temps aux personnels de terrain et facilitant l'appropriation des nouvelles consignes. Une chargée de qualité au siège a rédigé les protocoles types à adapter aux spécificités de chaque établissement.

Un autre établissement a bénéficié de l'appui d'un hygiéniste manager opérationnel, financé par l'ARS, avec lequel des travaux avaient débuté en 2019 (**Mono p. 63 /Foyer ND de Puyraveau**).

Dans cet autre établissement (**Mono p. 57 / Centre de Lolme**), la fiche de poste de la cadre de santé a été adaptée en y intégrant ses compétences d'hygiéniste, puis elle a été désignée comme « référente risques infectieux » toutes les décisions passant par elle.

Les autres structures ont pu **se sentir bien isolées** pour faire face à cette situation.

Une directrice évoque par exemple le début de crise en ces termes : « *L'équipe de direction s'est sentie « un peu seule » les deux premières semaines, voire 3 ... pour faire face '...à cette crise inconnue', pour 'gérer les ordres et contre-ordres...'* ». Elle estime avoir été bien accompagnée après par l'ARS, qui a notamment réalisée un gros travail de rédaction fort utile. En complément de l'ARS, la mobilisation des syndicats professionnels a permis d'être bien informés. Elle regrette « l'absence » de ses interlocuteurs du Conseil départemental.

Certains établissements citent enfin des sources d'information et de soutien qui ont été très utiles tout au long de la crise : le CEPIAS (Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins) ou la revue de presse d'Hospimédia ainsi que, dans la phase de validation des protocoles, le soutien des équipes mobiles d'experts déployées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Certaines directions ont pu solliciter et bénéficier de l'aide et des ressources d'autres établissements (protocoles rédigés, médecins coordinateurs en appui, échange de pratiques). Plusieurs établissements ont regretté, comme déjà souligné, le manque de contacts et de soutien du Conseil Départemental.

2.1.2. Des difficultés de recrutement accentuées par la crise

Plusieurs établissements ont dû faire face à l'absence (ou "la défaillance") de leur médecin coordinateur structurer la tâche d'écriture et de formalisation des protocoles sanitaires ; le médecin coordonnateur est clairement cité-comme une ressource clé voire « *un organe essentiel, indispensable* ». Certains ont pu dans ce cas faire appel à des établissements connus pour disposer des documents en question

Mono p. 45 / St-Rome :

L'EHPAD n'avait pas de plan bleu, juste un plan canicule. A l'annonce du confinement, la directrice a pris contact avec une collègue de Corrèze pour récupérer des protocoles afin de servir de base au PCA : les premières décisions (gestes barrière et sas d'entrée) ont ainsi pu être prises avant la fermeture au public. Au cours des différentes étapes de la crise, les consignes ARS arrivaient avant les protocoles de mise en œuvre, ce qui a obligé la directrice à prendre des décisions sans pouvoir consulter le médecin coordinateur (absent) sur les enjeux d'organisation des soins et des protocoles. *“(J'étais) seule à gérer, sans savoir si les choses mises en place étaient bien ou pas bien”.*

Une autre directrice regrette en ces termes de n'avoir pu compter sur le médecin-coordonnateur de son établissement : « *Lui-même « personne vulnérable », le Médecin-Co, dont la fonction est pourtant essentielle, a été très en retrait... Ce soutien a manqué et a dû être pallié par les autres « acteurs-clés ».*

Beaucoup ont constitué leur PCA à partir d'une compilation de protocoles rédigés dès le début de la crise pour organiser l'établissement. **Les encadrants se sont appuyés sur les membres de la cellule de crise pluridisciplinaire pour la rédaction, ce qui a permis d'identifier de nouvelles compétences, ignorées jusqu'à présent (réactivité face à une gestion de crise, formation d'hygiéniste, etc.).**

Mono p. 75 / Les Baccharis :

Une cellule de crise a immédiatement été mise en place, constituée d'une partie des membres du CODIR : la directrice, le médecin-Co, l'infirmière référente (pour l'organisation des soins et les procédures afférentes) et la Responsable Hébergement et Vie Sociale (pour la restauration, l'entretien des chambres et les protocoles afférents...). C'est cette cellule qui a pris la plupart des décisions. Le CODIR en tant que tel se réunissait par ailleurs au moins une fois par semaine, ou deux, ce qui pouvait être complété selon les besoins par l'ergothérapeute et la psychologue, voire l'animatrice et

Certaines structures, minoritaires, ont pu renforcer leurs effectifs. Ainsi, cet établissement (**Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau**) a pu recruter 5 personnes en CDD dès le début de la crise (avec l'accord du conseil d'administration) pour mettre en place le sas d'entrée, assurer une hygiène des locaux en continu et répondre aux aménagements logistiques spécifiques.

Des structures ont fait le choix ne pas faire entrer de nouveaux professionnels durant cette période par crainte *“de faire entrer le COVID dans l'établissement”* (**Mono p. 39 / Vallée du Roy**), d'autres ont pu bénéficier du renfort de salariés par exemple du SSR voisin rattaché à l'EHPAD (**Mono p. 57 / Centre de Lolme**), ou encore des professionnels du PASA suite à sa fermeture provisoire (**Mono p. 83 / La Roche Chalais**) pour pallier les absences ou augmenter certain type d'accompagnement (psychologue, kinésithérapeute, psychomotricienne...).

Beaucoup ont pu s'appuyer, d'une manière nouvelle ou accentuée, sur des ressources issues du sanitaire : équipe mobile et hospitalisation à domicile. Ces partenariats, de qualité, ont été très appréciés et les structures souhaitent à l'avenir maintenir le lien.

Quand ils en ont eu besoin, malgré l'absence de freins financiers, les établissements ont été confrontés à des difficultés de remplacement pendant les confinements ou lors des congés d'été. La pénurie de personnel dans le secteur médico-social, déjà constatée, s'est accentuée durant cette période.

L'une des directrices aborde cette question en ces termes : « *On n'a pas pu maintenir le poste d'AS de proximité alors que c'est un poste important qui nous a aidés lors de la crise, on manque de moyens RH au regard du GMP (il manque 12 postes) et les rémunérations trop basses entraînent des démissions et un manque de candidats lors des recrutements* »

En recourant à l'intérim (apparaissant plus attractif financièrement pour les professionnels du secteur), au risque d'avoir recours à des 'faisant fonction' (Cf. Rapport de la mission sur les métiers du grand âge de Myriam El Khomri), certains établissements ont également été confrontés à des freins. L'une des directrices souligne ainsi que « *les IDE intérimaires ne répondent pas dès lors qu'il y a un cas de COVID suspecté ou confirmé dans un établissement...* ».

Ces difficultés peuvent être aggravées par des localisations d'établissements pas toujours 'attractives'. Ainsi une directrice d'un EHPAD éloigné d'une grande aire urbaine, se désespérait de ne pas parvenir à pourvoir le Service civique qu'elle était autorisée à embaucher : « *Nous ne parvenons pas à pourvoir notre poste en Service civique à cause de notre localisation géographique, trop éloignée de Bordeaux* ».

Ces difficultés de recrutement préoccupent fortement les établissements et les conduisent à envisager de nouvelles solutions :

- L'une des directrices réfléchissait à un recours plus systématique à la formation continue pour promouvoir et fidéliser des professionnels (**Mono p. 75 / Les Baccharis**) ;
- Une autre développait une offre de formation sur le territoire, en partenariat avec Pôle emploi et la Région (prêt de salle, stage, co-animation, etc.), pour faciliter le recrutement. (**Mono p. 39 / Vallée du Roy**)

2.1.3. Des équipes parfois insuffisamment préparées face aux risques infectieux

Les directeurs et directrices ont parfois **souligné le manque de préparation des équipes aux questions d'hygiène**. Certains ont ainsi été surpris par le manque de connaissances, notamment des équipes soignantes, et souhaitent une montée en compétences des équipes ESMS sur les questions sanitaires face à un public accueilli de plus en plus dépendant.

Mono p. 50 / Résidence Saint-Jean :

« *Le plus difficile à gérer a été le niveau d'impréparation du personnel de soins à la question de l'hygiène* ». Cela a mobilisé beaucoup de temps du côté de la direction pour expliquer, répéter, surveiller voire « *batailler* » avec eux sur le respect des gestes barrières et des protocoles.

Mono p. 57 / Centre de Lolme : A ce moment-là, la posture, la sensibilisation entre les professionnels issus des deux structures de l'Association (sanitaire/SSR et médico-social/EHPAD) par rapport aux risques infectieux n'était pas la même, relevant selon la direction, à la fois d'un problème de maturité et de moyens avec un taux d'encadrement par lit au SSR plus élevé qu'à l'EHPAD.

2.1.4. L'absence de stocks et des difficultés d'approvisionnement importantes pour les équipements de protection individuels source de tensions importante

La majorité des établissements a déploré le **nombre insuffisant d'équipements de protection disponibles au début de la crise**. Pour s'en procurer, il a fallu y consacrer beaucoup de temps en raison des difficultés d'approvisionnement.

« La direction a passé beaucoup de temps pour constituer (à prix raisonnable) et pour suivre les stocks. L'établissement a dû faire face à des délais importants pour l'approvisionnement des surblouses notamment. Il a ainsi fallu récupérer des blouses en tissu auxquelles on a fait ajouter des manches »

Beaucoup évoquent le *“bricolage”*, le *“système D”*... **tout en rendant hommage à la solidarité et aux dons qui ont permis de faire face à la pénurie**. Les inquiétudes quant à la possibilité de parvenir à se doter des équipements nécessaires ont pu être source de tensions avec les professionnels : *« vous nous envoyez à la guerre »* ; *« à un moment, il a fallu travailler en étant conscient de ne pas avoir suffisamment les moyens de se protéger... »*.

La pénurie a aussi été à l'origine de problématiques de vols *« Dès lors que l'établissement a reçu des masques et du gel hydroalcoolique, il a fallu en sécuriser le stockage dans le bureau de la Direction et la pharmacie 'après s'être rendu compte qu'il en disparaissait' et redoubler de vigilance à ce sujet. »*

Ces inquiétudes ont perduré dans le temps, avec le risque de l'apparition possible d'un cluster dans un contexte latent de stocks insuffisants.

Les plateaux et chariots pour le service des repas en chambre (mis en place lors du premier confinement) ont également manqué. Des réponses ont été trouvées grâce à des partenariats ou collaboration avec les municipalités et les établissements scolaires.

2.1.5. Des architectures propres, atouts ou freins à l'application efficace des directives selon les établissements

Exceptionnellement, les contraintes architecturales ont pu être utilisées favorablement pour faire face à la crise.

Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau :

La contrainte architecturale en 2 ailes et plusieurs étages s'est transformée en opportunité : création de zones spécifiques et mesure d'isolement en chambre de tout un étage en cas de suspicion, en lien avec le médecin coordinateur et les médecins traitants et affectation d'un AS volontaire dédié (protocole visé par l'hygiéniste), séparation des circulations, limitation des sorties des résidents et des regroupements (repas, activités).

Majoritairement, les possibilités d'aménagement des espaces ont manqué pour limiter l'exposition au danger. Des *'contraintes architecturales importantes'* ont été évoquées par nos interlocuteurs : *« peu de possibilité pour aménager les espaces afin de faciliter les déplacements tout en respectant les protocoles »*.

Ainsi, l'installation de sas d'entrée intérieur ou d'une zone dédiée COVID n'ont pas toujours été possibles ou satisfaisantes, certains établissements ayant très peu d'espace disponible ou une architecture peu adaptée pour le faire, contraignant les établissements à la création de sas à l'extérieur, avec des conséquences organisationnelles.

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

Les horaires ont été adaptés pour éviter le « *goulot d'étranglement* » initial lié à la mise en place du sas de déshabillage sous tente, les locaux ne permettant pas de l'installer à l'intérieur. Le constat : 1h30 pour permettre aux 25 personnes embauchant d'accéder aux locaux, parfois dans le froid a été une contrainte mal vécue par une partie du personnel, voire contournée par certains. Le dispositif a été adapté dans un second temps : arrivées par petits groupes à partir de 6h15, tous les ¼ d'heure et jusqu'à 7h, au lieu de commencer tous à 6h30.

De même, les nouvelles conditions d'accueil pour les visites des familles ont obligé certains établissements à créer des espaces à l'extérieur, dépendant de la météo, ou de réquisitionner des espaces collectifs à l'intérieur de la structure, limitant ainsi davantage les espaces de circulation possibles pour les résidents.

Mono p. 39 / Vallée du Roy :

Un sas a été installé à l'extérieur, après validation par les experts ARS. Les locaux ne permettaient pas non plus de créer une zone COVID, ainsi que « *plein de choses qui ne vont pas" nos tenues, les vêtements civils, les casiers trop petits, le vestiaire pas adapté.* ». Lors de la réouverture de l'établissement, un barnum a été installé pour les visites. Des « répétitions » sous forme de jeux de rôles ont été organisées avant de démarrer les visites des familles afin de valider ensemble le bon fonctionnement de cette installation.

2.2. De nouvelles modalités de management pour mobiliser les équipes, maintenir l'implication, gérer la fatigue et le stress

Avec le temps, dans la période au long cours de gestion de crise, une relation de confiance entre les équipes et la Direction s'est progressivement instaurée ou a été renforcée lors de la crise. Le soutien apporté aux équipes et une vigilance pour assurer une bonne circulation de l'information ont été des éléments clés pour traverser les événements et assurer une continuité dans la qualité de l'accompagnement. La disponibilité et l'écoute de la Direction, lorsqu'elles étaient effectives, ont été soulignées par les équipes comme un facteur rassurant et moteur, tout comme les gestes quotidiens de reconnaissance (ex. le pain au chocolat hebdomadaire offerte au personnel).

2.2.1. Une mobilisation sans faille des équipes soutenue par les équipes de Direction

Cette période a mis en valeur le professionnalisme des équipes. Toutes les Directions interrogées font le même constat durant cette période : peu d'absentéisme, une forte implication et une conscience professionnelle constante, de même que l'implication de certains collaborateurs "*qui se sont révélés durant cette période difficile*".

Dans ce contexte, les équipes ont fait preuve **de beaucoup de solidarité et de cohésion**. Elles ont montré **une bonne capacité d'adaptation rapide aux changements**.

Les équipes de direction se sont mobilisées "sans compter leurs heures" (dès le matin tôt et le week-end), disponibles pour répondre aux questions et craintes des équipes, des résidents et des familles et pour rappeler les gestes barrières afin de maintenir le niveau de vigilance des équipes dans un contexte de fatigue générale (et cumulée). Une présence quotidienne de l'encadrement aux côtés des équipes, "sur le terrain" a été largement jugée nécessaire, bien que très chronophage.

Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau :

Les cadres étaient là dès 6h30 du matin pour repérer les professionnels en difficulté, rassurer, reprendre les défaillances. La présence des cadres était soutenante et mobilisatrice pour les salariés « *Le directeur et tout l'encadrement étaient présent tous les matins : un témoignage de soutien...* » « *On avait conscience de faire bloc autour du directeur* ».

Cette place accordée "à l'écoute des équipes" a aussi été explicitée en lien avec la situation qu'elles vivaient : « *...elles côtoient le risque au quotidien... elles doivent protéger leurs familles, leurs enfants... elles sont fatiguées... ; il est d'autant plus important en cette période de crise que nous soyons à l'écoute des difficultés rencontrées... et pas seulement d'être là pour faire redescendre et expliquer les décisions* »

Malgré cela, des tensions et de l'anxiété sont apparues, notamment au début, en lien avec :

- Des stocks parfois insuffisants d'EPI ;
- La peur ressentie pour eux-mêmes, pour leur famille et vis-à-vis des résidents ;
- Une surcharge de travail due aux nouveaux protocoles contraignants et les ajustements continus ;
- La vigilance accrue aux gestes barrières.

D'une manière un peu nouvelle, les Directions interrogées ont eu à **gérer, sur la durée, les inquiétudes du personnel** liées aux incertitudes et à la fatigue cumulée. Un impact fort sur le plan professionnel, et d'autant plus important qu'il était également ressenti dans la sphère personnelle.

Mono p. 57 / Centre de Lolme :

Les équipes ont été au début « très en panique ». Ils devaient gérer la peur pour les résidents mais aussi contrairement à d'habitude la peur pour eux. Il y a eu un gros travail d'accompagnement des équipes pour répondre à leurs questions, gérer les angoisses « *au début on leur téléphonait pour les préparer, en plus des réunions de transmissions ou celles par la suite collectives.* ». L'équipe de direction a également fait une lettre aux familles des professionnels pour leur expliquer la situation, les mesures prises et ainsi les rassurer.

Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau :

Mise en place de différents dispositifs : de garde des enfants du personnel (3 salariés, 8 enfants), aménagement d'horaires et entretiens individuels avec salariés en situation de stress. « *Un temps très fort dans le champ professionnel.....mais un temps très fort aussi à la maison avec l'école à la maison après la journée à l'EHPAD* ».

L'apparition d'une seconde vague touchant des territoires jusque-là relativement épargnés (fin octobre 2020) a été une phase délicate, inscrivant cette crise dans la durée, obligeant les directions à réfléchir au(x) meilleur(s) moyen(s) de maintenir la motivation, l'implication et la cohésion au sein des équipes.

2.2.2. Des leviers à activer pour prendre en compte et agir sur la qualité de vie des professionnels

Au-delà du soutien et de la présence sur le terrain des équipes de Direction, des modalités de management variées ont été mises en œuvre pour faire face à cette situation.

Certaines s'appuient sur les échanges renforcés avec les équipes et la co-élaboration des réponses, d'autres davantage sur la diffusion de procédures et de notes de service. Le choix entre ces deux formes de management a été fonction de la qualité des relations préexistantes au sein de chaque structure (ex : des conflits RH antérieurs), des ressources disponibles pendant la crise (ex : cadre de santé et stock d'EPI), des habitudes de fonctionnement antérieures et de la taille des équipes.

Mono p. 75 / Les Baccharis :

Des « quarts d'heure » quotidiens ont été mis en place avec tout le personnel, « y compris les anges gardiens » (les 2 représentants de la protection civile), pour répondre à leurs interrogations. Ils se sont tenus tous les matins entre 9h15 et 9h30 avec :

- Prise de parole de la directrice pour diffuser des informations ;
- Prise de parole des chefs d'équipe pour faire des points et des retours d'expériences ;
- Réponse aux questions par l'équipe d'encadrement dans son ensemble.

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

Les changements d'organisation ont fait l'objet de protocoles élaborés par ou sous la responsabilité de la cellule de crise. Ils ont été diffusés par note de service à l'ensemble des agents « *pour en donner le sens* » et les chefs de service ont eu la responsabilité de les présenter et de s'assurer de leur respect. De très nombreuses notes de service ont été diffusées entre le 5 mars et le 11 juin (date de transmission), aux différentes étapes de la crise, le plus souvent à la suite des évolutions des directives nationales ou de l'ARS (32 documents transmis). Des « bornes COVID19 » ont ainsi été mises à disposition pour faciliter l'accès à tous les documents utiles : protocoles, notes de service...

Ainsi, une prise de décision collective, que ce soit lors des cellules de crise pluridisciplinaires ou au cours de temps d'information et d'échanges collectifs, semble⁷ permettre une bonne compréhension, acceptation et application sur le terrain des choix opérés.

Selon une majorité de nos interlocuteurs, « *les professionnels ont été satisfaits de réfléchir à l'organisation la plus pertinente et de constater leur capacité à changer d'organisation, à se mobiliser, à s'entraider... tous postes confondus* ».

Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau :

L'encadrement a favorisé le dialogue avec les professionnels : réunions d'information, réunions de travail pour adapter l'organisation du travail, réunions de transmissions, de formation à distance/ou pas, 4 réunions du CSSCT, échanges réguliers avec les IRP ; cellules de crise (participation de 8 professionnels chaque matin à 9h30 pour adapter en continu l'accompagnement des résidents). « *Comme on ne savait pas, on a plus écouté les salariés* ».

⁷ Le faible taux de retour au questionnaire à destination des équipes très peu diffusé dans les 8 établissements n'a pas permis de mesurer l'impact perçu par les professionnels de ce type d'action.

Il y a eu peu de changements dans les plannings **mais des ajustements successifs dans l'organisation avec beaucoup de « tâtonnements » et « d'expérimentations ».**

Mono p. 45 / Saint-Rome :

Un protocole prévoyait d'ajuster les missions des agents en cas de baisse importante des effectifs (ex : cas Covid parmi le personnel), puis d'augmenter les amplitudes horaires, puis de faire appel à des renforts. Mais il n'a pas été activé. Il y a eu beaucoup de travail réalisé au quotidien par la cadre de santé sur les plannings afin de gérer les nombreux remplacements sans budget supplémentaire. Des aménagements ont été réalisés en secteur ouvert pour permettre aux professionnels des arrivées jusqu'à midi (au lieu de 9h30-10h) mais « *(il n'y a) pas (eu) de glissement de tâches même s'il y avait plus de travail, plus de normes et de règles* ».

Dans la majorité des cas, et après un certain temps d'expérimentation, une équipe COVID dédiée a été désignée, sur la base du volontariat, pour assurer l'accompagnement des résidents à risque ou cas contacts (et non comme initialement recommandé la création d'une zone d'isolement), évitant ainsi comme cela a pu être le cas au début, de « *condamner* » tout un secteur ou étage avec l'ensemble des professionnels rattachés.

Cette période a ainsi permis de questionner la place des professionnels de terrain dans l'élaboration des décisions, d'une part pour trouver ensemble des réponses à une situation inédite, où personne n'avait, seul, la bonne solution et d'autre part afin de faciliter leur engagement dans les changements de pratiques. Elle a également mis en avant la réactivité des équipes et leur capacité à formaliser, à élaborer des procédures ainsi que la pertinence des phases de tests, d'expérimentation et de mises en situation.

Cette période a également mis en exergue des besoins non satisfaits préexistants ou qui ont été mis à mal durant cette crise : besoins en formation (hygiène, gestion du stress, relation aux familles, etc.), en matériels adaptés, en soutien psychologique des professionnels, de reconnaissance et valorisation, en ressources humaines... Autant de leviers à (re)activer et à inscrire dans les futurs projets (CPOM, Plan d'amélioration de la qualité, Document Unique, Projet d'établissement, etc.) pour prendre en compte et agir sur la qualité de vie des professionnels.

Mono p. 70 / Résidence Marie-José Lalanne :

Pour soutenir « *des professionnels à bout* » plusieurs dispositions ont été prises : écoute, entretiens, reprise des réunions mensuelles (1 pour les ASH, 1 pour les soignants), un ASH a été recruté en contrat aidé, un ergonome a été missionné pour étudier chaque poste de travail dans le cadre de la démarche de prévention des Risques Psychosociaux (RPS).

Mono p. 50 / Résidence Saint-Jean :

La direction avait initié avant la crise un travail important de dialogue social sur un schéma particulier : un « *café des salariés* » deux fois par mois pour un temps d'échange sur les conditions de travail, animé par le psychologue ou l'ergothérapeute. Ce dispositif se veut très simple et très ouvert, il a été arrêté en mars (2020) et a repris en avril (2020).

2.3. La mobilisation de nouveaux outils et dispositifs de communication pour réguler les tensions avec les familles

Les fréquentes annonces gouvernementales, destinées à apaiser les tensions chez les citoyens, ont pu mettre les EHPAD en difficulté, car « **l'impatience** » **légitime des familles se heurtaient aux difficultés de mise en œuvre sur le terrain** (ex. ouverture à Pâques des établissements aux visites). Certains soulignent le peu de soutien reçu de la part des autorités tarifaires et leur difficulté à obtenir des réponses claires de leur part, les laissant "seuls responsables" face aux décisions prises.

La question des attentes et des besoins des familles a été mise en exergue et réinterrogée durant cette période. Au regard des moyens disponibles et de la priorisation des besoins (résidents, structure), il n'a pas été toujours facile d'y répondre. De ce point de vue, **la crise incite les établissements à réfléchir à une meilleure définition du rôle et de la place des familles au sein de leur structure.**

2.3.1. Une communication renforcée auprès des familles

Les établissements ont mobilisé **beaucoup de temps et d'énergie pour maintenir les relations avec l'entourage des résidents** :

- Répondre aux questions et demandes des familles pour les rassurer ;
- Maintenir le lien entre les résidents et leurs proches lors du confinement ;
- Organiser les visites tout en veillant au respect des protocoles et gestes barrières.

Durant le premier confinement, **beaucoup d'établissements ont ainsi développé leur communication auprès des familles** (et ce, malgré parfois des freins techniques) en utilisant différentes modalités, notamment en s'appuyant davantage sur les médias et outils numériques : permanences téléphoniques, visioconférences, courriels/courriers, questionnaires ou blog... De ce point de vue, il semble que la crise ait joué un rôle d'accélérateur « *...ça marche très bien, c'était dans les tuyaux mais ça ne se mettait pas en place... c'est très apprécié par les familles... ça permet de se voir, c'est plus rassurant que le téléphone... c'est mieux qu'une visite 'encadrée' d'une demi-heure !* ».

Il s'agissait notamment d'expliquer les décisions prises par l'établissement aux familles. La mise en place d'une information/communication cadrée s'est avérée, bien que très chronophage, indispensable pour que les équipes ne soient pas saturées par les sollicitations des familles. Par ailleurs, des équipes ont souligné que cette période a pu être une occasion précieuse de créer ou de renforcer les liens avec les familles.

Mono p. 75 / Les Baccharis :

Toutes les décisions prises par la cellule de crise ont été justifiées par écrit aux familles via Familizz (messagerie interne sécurisée) et argumentées sur la base des documents officiels. Les défaillances du réseau Wifi n'ont pas permis autant de visio avec les familles que souhaité. Les tablettes reçues (ARS et dons) n'ont pu fonctionner que grâce à l'utilisation du forfait personnel de l'animatrice. Avec Familizz, l'établissement a reçu beaucoup de remerciements, d'encouragements et de soutien des familles. Cette reconnaissance a été fort appréciée par le personnel...

Mono p. 50/ Résidence Saint-Jean :

Pour informer les familles, l'établissement a publié tous les jours des actualités sur son site internet avec des photos des activités et des résidents. « *Cela leur permet de voir, même à distance, qu'il se passe des choses* ». L'utilisation d'outils comme Skype a aussi été très important pour les familles "*presque plus que pour les résidents*".

2.3.2. Les familles, reconnaissantes mais aussi sources de tensions importantes...

Les familles ont fait preuve de beaucoup “de compréhension”, “de bienveillance”, “de soutien” et “de reconnaissance” en début de crise (lorsque la décision de fermer les établissements a été prise).

De ce fait, la période d'interdiction des visites a été vécue par certains professionnels comme une parenthèse, avec un accompagnement des résidents facilité « *sans les familles sur le dos* ».

Mais des tensions sont apparues après l'annonce gouvernementale de réouverture des établissements au mois de mai, et elles se sont amplifiées par la suite. Nos interlocuteurs ont parlé “de fortes tensions”, de familles qui ne comprenaient pas “l'ouverture avec restrictions” (ouverts mais avec des protocoles compliqués...), qui “pensaient venir librement embrasser leur proche pour la fête des mères”, qui “souffraient de ne pas voir leurs parents” et qui ont pu l'exprimer violemment : “vous n'êtes même pas capables d'ouvrir alors que le Ministre a dit que ça ouvrirait...”).

Dans plusieurs établissements, les directions ont dû se mobiliser **pour tenter d'apaiser et de réguler les tensions**, voire pour « rappeler à l'ordre » les familles si nécessaire, afin de soulager (et préserver) les équipes déjà fortement sous pression. Elles ont dû, en effet, faire face à des comportements non respectueux des gestes barrières, voire “agressifs”, de certaines familles. Certains EHPAD ont mis en place des outils de régulation importants en concertation avec les instances représentatives.⁸

Mono p. 57 / Centre de Lolme :

Validation des décisions prises pour l'encadrement des visites et le déconfinement par le comité éthique, en accord avec le Conseil de la Vie Sociale et la Commission Des Usagers (très actifs). Constitution d'une commission conciliation pouvant être sollicitée en tant que médiateur en cas de conflit/tensions trop fortes avec des familles.

Mono p. 75 / Les Baccharis :

Réflexions en cours avec le CVS sur les moyens d'action à mobiliser face à ces quelques familles « récalcitrantes » : signalement à l'ARS ? encadrement des visites par des membres du CVS ? interdiction de visite pendant 15 jours ? nouvelle autorisation conditionnée à la présentation de tests ?

Mono p. 70 / Résidence Marie José Lalanne :

A distribué un « kit visiteurs » aux familles.

⁸ Voir la cellule d'écoute et de dialogue éthique coanimée par l'espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine (Erena) et France Alzheimer.

2.4. Une participation effective des résidents difficile à ‘faire vivre’

Cette période a amené les professionnels à **(re)mettre la personne au cœur de l’accompagnement, et ses besoins au centre des préoccupations**. Les structures ont été de nouveau confrontées à des débats éthiques (devenus publics en temps de pandémie offrant parfois une image peu valorisante des EHPAD au grand public), préexistants à la crise sanitaire. Le débat entre “assurer la sécurité des résidents” et “maintenir leur liberté d’aller et venir⁹” a été très présent, en interne et en externe. Cette période a également mis en exergue la difficulté de prendre en compte, notamment face à des Conseils de la Vie Sociale parfois « peu actifs », la parole des résidents comme acteurs, à part entière, dans les décisions à prendre concernant leur « chez soi ».

Les établissements interrogés ont cependant **tous cherché à maintenir une communication directe et soutenue envers les résidents et les familles à travers différents outils ou modalités**.

2.4.1. Le confinement en chambre et les visites encadrées : une épreuve pour tous

Le choix de confiner en chambre a été pris par la majorité des établissements interrogés, entraînant de nouvelles organisations (plateaux repas, chariots, répartition par étage, etc.) et une limitation de l’espace et des interactions pour les résidents. Cette décision a été difficile à vivre pour l’ensemble des acteurs impliqués (résidents, familles et professionnels). Ces quelques illustrations des propos recueillis en témoignent : « *Certains résidents ont eu du mal à accepter les contraintes du confinement. Il a parfois été nécessaire de s’y mettre à plusieurs pour les convaincre (AS, ASH, animatrice, psychologue...) et de rechercher une diversité de moyens pour faciliter cette compréhension (affichettes Montessori, réalisation d’un livret spécifique...).* »

Nous observons que, face aux consignes reçues, **les établissements interrogés n’ont pas toujours interprété les directives et recommandations de la même manière, ni pris les mêmes décisions...** voire les mêmes ‘risques’. Pendant la crise, l’absence d’un cadre législatif spécifique a occasionné une multitude de situations d’un établissement à l’autre, au sein d’un même département, voire d’une même ville.

Mono p. 45 / Saint-Rome :

A décidé de ne pas confiner ses résidents en chambre, estimant que le risque d’isolement serait trop coûteux pour eux, mais d’observer une vigilance accrue de la part des équipes. « *On ne voulait pas qu’ils restent 4 mois confinés en chambre* ». Le confinement en chambre n’a été effectif que dans 2 cas : 14 jours après un retour d’hôpital et en cas de symptômes (cas qui a été) « *très compliqué à gérer* ».

Mono p. 70 / Résidence Marie José Lalanne :

Mise en place d’un système de « parloir à roulettes » en extérieur, et maintien de la possibilité de visites en chambre pour les résidents en détresse (avec EPI).

De manière générale, seules les résidents atteints de la maladie d’Alzheimer ou présentant des troubles apparentés des unités de vie protégées n’ont pas été confinés en chambre, mais les équipes ont veillé à les isoler des autres services et de l’extérieur, ce qui a réclamé une très grande vigilance de la part des professionnels travaillant dans ces secteurs.

⁹ Cf. Rapport sur les « Droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad ». En six ans, la Défenseure des droits a reçu 900 réclamations, et 80 % d’entre elles concernaient des résidents en Ehpad. Depuis le début de la crise du covid, le rythme s’est intensifié.

Autre difficulté vécue durant cette crise, la mise en place de visites « encadrées » qui a entraîné, en plus d'une surcharge de travail importante, notamment pour les ASH (nettoyage) et les animateurs/secrétariat (organisation des visites), beaucoup de tensions avec les familles, qui les ont vécues parfois comme une véritable épreuve : « *sous surveillance, rupture d'intimité...* ».

2.4.2. Une qualité de soins difficile à maintenir

Nous avons constaté une grande hétérogénéité dans les décisions prises concernant la continuité des soins. **Cette situation a mis en exergue la difficulté préexistante dans certains établissements à collaborer avec les médecins traitants ou certains professionnels paramédicaux extérieurs à l'établissement.** Certains établissements ont ainsi déploré l'absence de continuité dans les soins, le suivi ayant parfois été assuré par le médecin coordonnateur ou carrément stoppé. En effet, certains EHPAD ont cumulé, l'absence des médecins traitants et du médecin coordonnateur, **ce qui est préoccupant.** L'une des directrices commente cette absence en ces termes : *“L'absence de Médecin-coordonnateur a été d'autant plus préjudiciable que, pendant cette période, certains médecins ne voulaient pas rentrer dans l'établissement pour des visites à leurs patients.”* Beaucoup d'établissements pour compenser ont pu durant cette période s'appuyer, comme déjà évoqué, sur les équipes mobiles de soins gériatriques.

Mono p. 70 / Résidence Marie José Lalanne :

Le suivi médical a été quasiment suspendu en raison de la quatorzaine obligatoire du résident en cas de rdv extérieur et de l'annulation des interventions avec les soignants venant de l'extérieur. Pour compenser, le médecin Co (référént COVID) a pris le relais en l'absence des médecins traitants pour les consultations et renouvellement des ordonnances.

Mono p. 50 / Résidence Saint Jean :

Aide très importante reçue des équipes mobiles de soins gériatriques pour compenser les relations compliquées avec les médecins généralistes « *ils se sont auto-confinés, peu ont pris des nouvelles des résidents.* » ; les interventions du psychomotricien et de l'ergothérapeute ont été maintenues, mais l'établissement n'a pas eu la possibilité de recourir à la télémédecine.

D'autres ont pu s'appuyer sur la télémédecine (dispositif cependant très peu évoqué) ou sur des consultations par téléphone, notamment pour les consultations spécialisées.

Mono p. 63 / Foyer Notre Dame de Puyraveau :

Réduction des interventions médicales et paramédicales compensée pour la première fois par le recours à la télémédecine pour assurer la continuité des soins (ex : consultation d'un psychiatre pour un patient avec troubles neurocognitifs).

L'intervention des paramédicaux (kinésithérapeute, podologue, ...) n'a pas été arrêtée dans toutes les structures interrogées, là encore les choix ont varié selon, d'une part l'interprétation des directives, d'autre part les priorités d'accompagnement de l'établissement au regard de l'état de santé des résidents et des risques encourus. « *Lors du premier confinement, nous avons déploré un alourdissement de la dépendance des résidents en l'absence du kiné* ».

Mono p. 45 / Saint-Rome :

Les visites des kinés et infirmières libérales ont été maintenues car considérées comme essentielles. La médecine « par téléphone » a aussi été utilisée, avec description des symptômes et visite du médecin si urgence.

La plupart des soins de confort (coiffeur, bénévole, socio-esthétisme, ...) ont été suspendus, puis réintégré plus ou moins rapidement selon les structures.

Durant toute cette période, beaucoup d'attention a été portée à la "surveillance" des résidents pour éviter tout effet délétère, impliquant l'ensemble des professionnels. Une vigilance particulière a porté sur l'alimentation, et des décisions individuelles ont pu être prises pour éviter un glissement trop important, comme par exemple, permettre à certains résidents qui perdaient l'appétit à manger seuls dans leur chambre, de prendre leur repas en salle : « *Les professionnels ont signalé des impacts du confinement sur la santé des résidents, que ce soit sur le plan physique (manque d'exercice, suivi médical a minima) que moral en raison de l'isolement, avec des constats de régression* ».

Cette préoccupation a mobilisé les équipes et les cellules de crise.

Mono p. 63 / Foyer Notre Dame de Puyraveau :

Pour la prévention de la dégradation de la santé des résidents, la cellule de crise est une vraie ressource (8 professionnels y participent chaque matin à 9h30). Objectif : repérage des résidents qui ne vont pas bien, proposition de mesures à mettre en place ou à adapter ; la psychologue concentre son attention sur ces personnes pour apporter des réponses et les soutenir.

L'absence d'animation collective et la fermeture aux visites a entraîné une plus forte implication des professionnels dans la relation avec les résidents pour pallier le manque de contacts avec les familles. De nouvelles relations ont ainsi pu se créer et ont permis de se recentrer sur les besoins des résidents, de les remettre « au centre des préoccupations ». Plusieurs de nos interlocuteurs ont aussi souligné « *...des échanges très-très forts avec des résidents en difficulté du fait de la privation des contacts avec les membres de leur famille et beaucoup d'émotions, souvent partagées avec le personnel...* ».

Mono p. 57 / Centre de Lolme :

L'animation s'implique énormément pour essayer de compenser les effets délétères du confinement observés chez les résidents et faire face à une « *mise en retrait des résidents malgré le retour des activités : désengagement, perte de rythme et de motivation, perte d'énergie* ».

Cette animatrice souligne ainsi les difficultés rencontrées pour 'réhabituer' les résidents aux activités collectives après plusieurs mois d'activités individuelles 'en chambre'.

Une autre directrice d'établissement (**Mono p. 83 / La Roche Chalais**) souligne l'intérêt de capitaliser les évolutions positives de l'animation au cours de cette période. Elle évoque en particulier l'apport de la psychomotricienne et de « *l'intérêt de réfléchir à une complémentarité entre des animations occupationnelles et des animations thérapeutiques afin de solliciter plus les résidents pour éviter la déshumanisation...* ».

Cette période a aussi **favorisé le développement d'autres types de liens entre résidents**, que les structures souhaitent maintenir et développer (ex. de la mise à disposition d'un annuaire interne).

2.4.3. Une forte mobilisation de tous les métiers

Malgré l'urgence à réagir pour protéger les résidents d'une possible contamination, les établissements ont réfléchi dès le début **aux actions à mettre en place pour éviter "tout glissement" et maintenir l'autonomie.**

Durant cette crise, l'impact a été fort sur les services "connexes" aux soins : services techniques, restauration, hôtellerie... Cette situation a fait émerger de nouveaux "acteurs-clés" qui pouvaient se trouver auparavant moins valorisés ou moins au cœur de l'accompagnement, au regard de la place importante accordée aux soins. Certains métiers ont ainsi connu une hausse importante de leur activité : les ASH pour la partie nettoyage, les services techniques pour l'aménagement des locaux et l'accueil des prestataires (livraisons), les animateurs et le secrétariat pour les relations avec les familles et l'organisation par la suite des visites, les psychologues pour le soutien aux résidents et aux professionnels, les soignants pour proposer de l'animation en chambre...

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

Une charge de travail supplémentaire importante a porté sur : adapter la signalétique, organiser les repas et le portage en chambre, assurer les évaluations spécifiques des résidents (résidents fragiles à suivre attentivement, risques de chutes ou de 'fausse-route', problème d'alimentation/déshydratation, ...), assurer les tâches supplémentaires liées au passage en sas sanitaire de tout ce qui rentrait dans l'EHPAD ... Toutes ces évolutions ont été possibles grâce à la très forte mobilisation du responsable technique et de l'équipe logistique, notamment pour la prise en charge des multiples modifications et aménagements.

Mono p. 39 / Vallée du roy :

Augmentation du nombre d'heures pour tous, avec beaucoup d'entraide. Les AS ont aidé les ASH notamment au moment des repas (en gagnant du temps sur l'arrêt des transferts chambre/salle à manger). La lingère a eu durant cette période un surcroît de travail important (lavage du linge du personnel et des résidents). Une demi-journée supplémentaire a été mise en place pour la psychologue (total 1 jour/semaine) au début par visio. Du temps d'animatrice a été utilisé pour l'organisation des visites des familles. En cuisine, un remplacement a été assuré par une ASH en interne qui intervenait déjà sur 2 jours et qui est passée pendant cette période à temps plein.

2.4.4. Une revalorisation du « care » essentielle pour la qualité de vie des résidents

L'animation et l'accompagnement psychologique ont été dans la majorité des cas renforcés pour éviter un isolement trop grand et prévenir ou soutenir les détresses psychologiques repérées.

Les animateurs ont dû s'adapter à cette nouvelle configuration et proposer des actions individuelles et en chambre. Ils ont également pris en charge le maintien du lien avec les familles en installant, « *sans feuille de route et sans modes d'emploi, voire sans ressources* », de nouveaux outils de communication à distance (Skype, WhatsApp, ...). Par la suite, ils ont également pris en charge l'organisation des visites avec les familles, très chronophage.

Tous les établissements témoignent de l'importance de l'animation au cours de cette période, les animateurs et animatrices ayant dû faire preuve d'imagination et de créativité pour tenter de contrebalancer l'isolement en chambre.

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

L'animation a été l'activité la plus renforcée, avec l'appui des psychologues et psychomotricienne du PASA, les choix d'actions s'effectuant en fonction des spécialités de chacune : des visios tous les jours sur rendez-vous, des appels téléphoniques et des mails, des échanges de photos et de petites vidéos. Toutes les mesures mises en place par l'équipe d'animation ont été appréciées, de même que les animations en chambre, autour de jeux, ou le projet d'aromathérapie avec les pots absorbeurs d'odeurs au début du confinement.

Mono p. 75 / Baccharis :

Durant cette période, l'animation a été « revalorisée ». En temps normal, chaque résident décide de s'inscrire ou pas aux activités proposées « *Vient qui veut* ». Durant le confinement, l'animation est venue aux résidents « *ça nous a permis de découvrir des résidents...* ». Diverses initiatives ont été prises : chants dans les couloirs, des repas aux portes... puis, au bout d'un mois, on est revenu à des petites animations « *nous avons dérogé à la règle... mais en toute responsabilité car pas de cas de COVID-19 et tous testés...* ».

Mono p. 63 / Foyer Notre Dame de Puyraveau :

L'animatrice a privilégié les animations dans les quartiers plutôt que dans la salle d'activité centrale, avec deux gains supplémentaires : cette nouvelle organisation incite les résidents à marcher, et certains acceptent de participer à ces temps en petit groupe alors qu'ils refusaient le grand groupe.

Mono p. 50 / Résidence Saint Jean :

Des animations ont été maintenues et proposées en petits groupes et par secteurs. L'animatrice s'est partagée sur les différents secteurs le matin et l'après-midi avec en relais les soignants, qui ont également proposé des temps d'animation : un book avec des idées d'activités était mis à leur disposition par l'animatrice pour pallier son absence sur certains créneaux. Pendant cette période, l'activité gym a été maintenue et beaucoup de travail en individuel a été réalisé.

Tous nos interlocuteurs ont signalé l'installation et la forte utilisation de Skype, « ... *alors que pas du tout utilisé avant. Les résidents s'y sont mis spontanément et certains ont adoré* ».

Dans ce contexte de revalorisation 'conjoncturelle' du 'care', certains événements notamment lors de décès ont cependant été vécus comme d'autant plus traumatisants que les acteurs concernés ont été privés de plusieurs moyens d'action pour y faire face.

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

Le personnel a été confronté à un événement traumatisant « *terrible pour eux* » lorsqu'ils ont dû mettre en place la procédure COVID 19 (mise en sac mortuaire sans mise en bière) pour la mère d'une ancienne salariée. « *Ne pas pouvoir accompagner les familles, leur présenter ses condoléances... est une épreuve majeure !* ».

Mono p. 75 / Les Baccharis :

9 salariés ont suivi une formation portant sur la fin de vie qui a permis de libérer la parole et d'imaginer une diversité d'actions à mettre en place pour « *rendre hommage aux résidents décédés* ».

2.4.5. L'EHPAD un lieu de vie et de soins à (re)investir

Le confinement de l'EHPAD sans demander l'avis des principaux concernés, les résidents, a été l'une des problématiques éthiques majeure rencontrée par les établissements. **Les directives gouvernementales, la « pression » des familles et parfois des résidents, n'ont pas laissé beaucoup de place aux initiatives ou à des écarts d'application des décisions, qui auraient permis de mieux répondre aux besoins des résidents.** Pour les directeurs et directrices d'EHPAD, dans un contexte de crise introduisant des contours flous en matière de responsabilités de chacun, toute initiative était susceptible d'être une 'prise de risques' : en cas de cluster épidémique, susceptible de frapper à chaque instant « *l'épée de Damoclès au-dessus de nos têtes* », qui serait tenu pour responsable en cas d'initiative organisationnelle s'éloignant des directives ?

Les professionnels ont ainsi été confrontés à des reproches de la part des résidents. Ceux-ci pouvaient prendre la forme de propos parfois violents, impactant fortement leurs relations avec les familles et les résidents « *Plutôt mourir du Covid que de désespoir* ».

De tels constats font écho à l'annonce de la ministre déléguée chargée de l'autonomie de la publication de nouvelles recommandations, le 12 mai 2021 pour faire à nouveau de "la vie normale" la règle en EHPAD et « les mesures de protection l'exception ». Tout comme, l'envoi « ... à tous les directeurs d'établissements qui accueillent des personnes âgées, d'une circulaire qui rappelle les droits fondamentaux de la personne résidente en établissement, en particulier en matière de liberté d'aller et venir" et "d'une boîte à outils pour que les directeurs soient aidés dans leurs prises de décision quotidiennes, en particulier sur les questions éthiques"».

Dans ce sens, des députés ont également travaillé à des propositions de loi pour garantir le droit de visite¹⁰ notamment, comme nous avons pu le voir dans des EHPAD fortement touchés, pour l'accompagnement à la fin de vie.

Un respect des droits et de la prise en compte de la parole des résidents qui pose énormément de questions aux établissements face à des instances de discussion très hétérogènes dans leur fonctionnement et leur efficacité.

Mono p. 57 / Centre de Lolme :

Les instances représentatives ont été mobilisées pour valider les protocoles et procédures ou leurs évolutions. Historiquement, le CVS a toujours été très sollicité et très impliqué dans les projets de la structure.

Mono p. 63 / Foyer ND de Puyraveau :

Les résidents ont été impliqués dans une démarche collective de prévention des risques (gel hydroalcoolique, distanciation sociale) : le CVS a visé le PCA et le PRA, et il a fait le lien avec les familles par une « *communication positive* ».

Mais ces instances ont aussi pu être jugées comme inadaptées en temps de crise et certains estiment nécessaire de questionner le modèle.

¹⁰ Président du groupe LR au Sénat Bruno Retailleau. « *Je souhaite garantir le principe d'un vrai droit de visite de tous les malades dans les établissements publics et privés de santé. Ce droit de visite doit être réaffirmé comme la règle, car nous avons été saisis de trop nombreux cas de familles qui n'ont pas pu rendre visite à leurs proches. Nous avons tous eu aussi connaissance de résidents d'Ehpad, enfermés qui se sont laisser aller dans un syndrome de glissement vers la mort, car ils n'avaient plus la possibilité de voir leurs familles. Il faut donc réaffirmer un droit de visite le plus régulier possible, tout comme pour l'accompagnement de la fin de vie qui n'est pas négociable.* »

Mono p. 50 / Résidence Saint Jean :

La mobilisation du CVS avec des résidents reste très problématique et le cahier des charges est parfois difficile à appliquer. Pour pallier le manque de représentants, la Direction convie tout le monde aux réunions et essaie de favoriser les échanges et la liberté de parole.

A la suite de cette expérience, en particulier du premier confinement, certains directeurs/trices **souhaiteraient renforcer ou développer la communication auprès des résidents** et réfléchir à de nouvelles modalités d'échanges, voire de mobilisation.

Mono p. 83 / La Roche Chalais :

Expérimentation très positive de l'organisation de journées de séminaire avec les résidents pour les associer aux réflexions sur les évolutions à envisager et recueillir leur point de vue sur des thématiques propres aux EHPAD et aux conditions de vie. Les résidents ont participé très activement et des paroles très fortes ont été prononcées au sujet de la suspension des visites au moment du confinement « *On préfère mourir plutôt que de revivre ça...* ».

Mono p. 75 / Les Baccharis :

Prises de parole régulières de la directrice en début ou en fin de repas pour expliquer aux résidents les décisions prises. Une évolution qui « *est appréciée de tout le monde* ». Les résidents ont commencé également à être sollicités par petits groupes pour recueillir leurs avis sur des décisions les concernant (ex. l'évolution des conditions de visite).

Mono p. 70 / Marie José Lalanne :

Nouvelle animation chaque vendredi par la directrice, d'un « conseil des résidents », ouvert à tous, où en plus des informations données régulièrement par l'animatrice, la directrice y répond à toutes les questions des résidents.

Mono p. 39 / Vallée du Roy :

Un questionnaire a été diffusé aux résidents pour recueillir leurs attentes et besoins à l'égard de la situation. Dans ce cadre, la fermeture de l'établissement le matin a été perçue comme très bénéfique pour les résidents car elle permet de « *prendre le temps, ne pas gêner l'accompagnement* ». Il s'avère que l'absence de visites le matin, évitant ainsi les allers et retours dans le bâtiment, offre un climat beaucoup plus calme.

Ces expériences ont en effet, incité certains établissements à ne plus ouvrir ou à ne plus prendre les appels téléphoniques le matin, afin de permettre aux résidents, pour ceux qui le souhaitent, de prendre le temps d'être « *comme chez eux* », « *d'avoir avec la possibilité de « trainer » un peu s'ils le souhaitent, sans se presse* », **ce qui donne aussi aux équipes professionnelles davantage de temps pour réaliser une prise en soins de qualité.**

Cependant, pour les directions interrogées, cette meilleure prise en compte des besoins et ce respect des droits des résidents ne pourra se faire sans une réflexion en profondeur sur les ressources et outils nécessaires pour assurer un accompagnement de qualité et **permettre ainsi, aux EHPAD de demain de devenir pour elles, des lieux :**

- sans rupture (hors les murs, intervenant/lien avec le domicile),
- ouverts sur l'extérieur (inclusion, dans la cité, changer le regard),
- de vie (animation, projet, petite unité),
- de soin (culture et renfort sanitaire¹¹),
- de polyvalence (public mixte, équipe pluridisciplinaire),
- de formation,
- d'usage du numérique

¹¹ Cf. Rapport des professeurs de gériatrie Claude Jeandel et Olivier Guérin remis le 5 juillet 2021 au ministère des solidarités et de la santé sur l'évolution des soins en Ehpad et en USLD impliquant "le renforcement de la dimension médico-soignante et l'adaptation des Ehpad".

3. Les constats relatifs aux documents produits pour faire face à la crise sanitaire...

Une analyse documentaire avait été proposée aux directeurs et directrices lors de la réunion de lancement de l'étude, le 26 mai 2020. Il s'agissait de recueillir en particulier :

- Les plans bleus ;
- Les plans de continuité de l'activité (PCA) ;
- Les plannings avant, pendant et après le confinement ;
- Les plans de reprise d'activité (PRA) ;
- Les documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUER) ;
- Tous documents permettant de contribuer à la reconstitution des impacts de la crise sanitaire sur l'organisation du travail au sein des établissements.

Malgré la validation de la pertinence de cette analyse documentaire lors de la réunion de lancement de l'étude, il a fallu plusieurs relances pour parvenir à collecter les documents en raison (et comme déjà évoqué) de la forte mobilisation de nos interlocuteurs et de leur accaparement cognitif par les préoccupations quotidiennes liées à la gestion de la crise sanitaire.

Nous avons ainsi reçu la majorité des documents entre le 3 juin et le 2 juillet, et en septembre pour le dernier établissement. Les documents reçus sont présentés dans le tableau récapitulatif ci-dessous :

Tableau 1 : Nature et date de réception des documents reçus des établissements

Type de documents	EHPAD La vallée du Roy	EHPAD La Roche Chalais	EHPAD La Meynardie - CHIC RDD	EHPAD Tiers-temps Résidence Saint-Jean	EHPAD Les Baccharis	EHPAD Saint-Rome	EHPAD Vendays-Montalivet	Foyer Notre-Dame de Puyraveau
Courriers aux familles	4							
Notes de service	1		28					
Protocoles - Procédures	16	30	53					
Plan bleu							01/06/2020 Version 3	
Plan de continuité d'activité	PCA non daté	30/03/2020		10/03/2020		PCA daté de 2020	01/04/2020	
Plannings							Avril et mai 2020	
Plan de reprise progressive d'activités		04/06/2020	04/06/2020	20.05.2020/ Doctrine Plan de retour à l'Activité-	17/05/2020 Version 3	21 juillet 2020	12 juin 2020 (MàJ)	PRA présenté en CVS et en CSSCT, non transmis
Organisation en amont de la canicule dans le contexte d'épidémie COVID-19		03/06/2020	08/06/2020		Version 3 du PRA 18/06/2020			
Actualisation du DUER				PRA transmis au MT pour actualisation DUER	Evoquée lors de l'entretien avec Directrice - Non transmis			
Carnet de bord...								Entre le 24 /01 et le 26/03/2020

Nous avons reçu des plannings d'un seul établissement. Lors des entretiens avec les responsables d'établissements, nous avons compris **que les impacts sur les plannings en tant que tels avaient été mineurs** et avons décidé de ne pas faire de relances concernant ces documents.

Comme évoqué précédemment, sans que l'on puisse prétendre avoir collecté l'ensemble des documents produits au sein de chaque établissement, cet aperçu du recueil des documents illustre la diversité des options prises au sein des différents établissements : certains d'entre eux ont produit de nombreux protocoles et notes de services, d'autres ont privilégié (voir notamment la monographie Les Baccharis, p.77) des « points quotidiens » entre l'équipe de Direction et l'ensemble du personnel présent, produisant en contrepartie peu de documents.

3.1. Constats transversaux

Plusieurs constats majeurs se dégagent de cette analyse documentaire, à savoir :

- Les établissements n'étaient pas préparés à faire face à une telle pandémie ;
- Les adaptations documentaires et organisationnelles se sont faites dans l'urgence ;
- A une seule exception près, les PCA ont été établis après le début de la crise, voire n'étaient toujours pas formalisés un an après le début de la crise (1 établissement) ;
- Plusieurs des PCA étant d'une grande « conformité » au modèle ARS, et peu empreints des spécificités de l'établissement, il semble que ces documents aient davantage été élaborés pour répondre à l'obligation administrative que pour servir d'outil de référence pour tous les acteurs concernés, internes et externes ;
- Pour faciliter l'opérationnalité :
 - o De nombreux autres documents ont été produits,
 - o Ces documents sont ciblés en fonction des publics destinataires : personnel, résidents, familles et visiteurs, professionnels libéraux intervenant au sein des établissements...
- Les PRA ont été élaborés dans le cours de la mobilisation, à la suite de l'annonce des premières mesures de déconfinement.

Comme nous l'avons déjà évoqué dans la partie 2 de ce rapport, nous soulignons à nouveau le fait que ces adaptations documentaires et organisationnelles se sont faites au prix d'une très forte mobilisation des équipes de Direction et des personnels, voire de leur épuisement.

Certains établissements ont ainsi surtout privilégié les échanges directs (réunion quotidienne d'information et d'échanges, de courte durée mais ouverte à tous).

Pour l'un des établissements, ces adaptations organisationnelles ont été moins coûteuses grâce à la mise à disposition de trames de documents (ressources partagées au sein du groupe), élaborés en s'appuyant sur les retours d'expérience des EHPAD du Grand-Est, premiers touchés par la pandémie...

3.2. En termes d'enseignements pour l'avenir...

Trois types de documents utiles se dégagent pour aider les équipes à mieux faire face à ce type de crise sanitaire.

3.2.1. Pour faciliter le basculement vers une organisation « en situation de crise »

Un premier type de document serait de nature à faciliter le basculement vers une organisation « en situation de crise », précisant le « Qui doit faire quoi pour que la mobilisation soit efficiente ? ».

Au regard des documents reçus et analysés, et en nous inspirant du support élaboré par l'EHPAD Tiers temps - Résidence Saint Jean (Monographie p.47), nous proposons qu'un tel document « de référence » se présente sous la forme suivante :

- Un document comportant plusieurs onglets ;
- Un onglet par « acteur-clé » (à moduler selon l'organisation de chaque EHPAD) :
 - o Directrice/Directeur,
 - o Cellule de crise,
 - o Médecin-Coordonnateur,
 - o IDEC,
 - o RHVS (en lien avec Chef de cuisine),
 - o Responsable qualité/Hygiéniste,
 - o Responsable technique,
 - o ...
- Des onglets rassemblant des check-lists des actions à réaliser par chaque acteur, avec des dates d'échéance, l'indication des ressources documentaires, la date et l'acteur de la validation.

**Tableau 2 : Trame d’outil de facilitation du basculement vers une organisation
« en situation de crise »**

Documents à élaborer Action à réaliser	Date d’échéance	Documents de référence ou « ressource »	Date et acteur de la validation
Désignation d’un référent crise...			
Composition de la cellule de crise			
Organisation réunion de la cellule de crise			
...			

3.2.2. Pour faciliter la réalisation des documents opérationnels utiles

Sur la base de l’analyse des nombreux documents reçus des EHPAD participant à cette étude, qui illustrent la diversité des sujets sur lesquels les établissements ont dû se mobiliser, nous proposons ici un second type de document, judicieux pour faciliter la réalisation des documents opérationnels utiles à l’attention des différentes cibles. Nous suggérons à cette fin de constituer un « kit d’aide à la réalisation des documents opérationnels ».

Ce kit pourrait être constitué de trames et d’exemples de documents élaborés à l’attention :

- Des membres de la cellule de crise :
 - o Pense-bête pour référent « épidémie virale » ;
 - o Mise en place d’un accueil filtrant – sas d’entrée (accueil dans l’établissement et « ange gardien » garant des bonnes pratiques, matérialisation d’un espace dédié d’accueil filtrant avec appui extérieur type Service civique, mesures spécifiques d’entrée et de sortie du personnel, registre de prise de température du personnel, procédure de tests de dépistage, procédure de dépistage de structures collectives...);
 - o Circuits : ambulances, DASRI, HAD, linge, matelas, pompes funèbres ;
 - o Mise en place du Plan de continuité de l’activité ;
 - o Anticiper l’organisation en amont d’une canicule en cas de pandémie ;
 - o Aération des ascenseurs (règles, traçabilité, circuits, repérage...);
 - o Des exemples de courriers aux familles ;
 - o Des exemples de notes de service : aménagements spécifiques pour le confinement, approvisionnement en masques hors cas avéré, arrêt de travail grade d’enfants, arrêt fonctionnement SELF pour personnel, circuit ambulance et funéraire, confinement total des résidents, cas positif sur le site, distribution des masques, gestion des solutions hydroalcooliques, définition des cas, limitation de l’accès au public, linge des résidents traités par les familles, mesures stagiaires, mise à disposition des documents officiels, mise en place d’un SAS d’habillage/déshabillage, personnes à risque, prise en charge des personnes défuntées du COVID-19, adaptation des menus en cas de difficultés d’approvisionnement...
- Du personnel :
 - o Mesures spécifiques d’entrée & de sortie du personnel ;
 - o Éthique & confinement ;
 - o Précautions complémentaires d’hygiène renforcée ;
 - o Questionnaire « Cas possible / Confirmé » ;
 - o Prise en charge d’un nouveau résident/patient (phases 1, 2 et 3) ;
 - o Accueil inopiné pour des soins médicaux non programmés ;
 - o Consultations dépistage de fragilités et registre de prise de température ;
 - o Consultations externes ;

- Phase pandémique avec absence de cas ;
- Conduite à tenir en cas de suspicion ou cas avéré de COVID 19 ;
- KIT du COVID 19, borne « contenu spécifique Coronavirus » ;
- Habillage-Déshabillage avec risque épidémiologique/ bactériologique ;
- Consigne Masque chirurgical - Bien ajuster mon masque pour protéger les autres ;
- Consigne Masque FFP2 - Bien ajuster mon masque pour me protéger ;
- Nettoyage des lunettes ou visières de protection ;
- Traçabilité de l'entretien d'une chambre en précautions d'hygiène renforcées ;
- Conduite à tenir pour le linge en décontamination ;
- Prise en charge du corps d'un patient décédé, dans le cadre d'une infection COVID 19, qu'elle soit avérée ou suspectée ;
- Réception du courrier et des colis par le bureau des admissions ;
- Protocole accueil des fournisseurs en cas de crise épidémique ;
- Protocole de réception des marchandises en cas de crise épidémique ;
- Réalisation du décartonnage des livraisons ;
- Gestion des visites par les agents des services...
- Des nouveaux résidents et des familles :
 - Conditions d'accueil de nouveaux résidents pendant la crise...
- Des visiteurs :
 - Courrier aux familles programmation visites ;
 - Attestation de visite des familles ;
 - Affiche visites entrée principale ;
 - Check-list pour visites programmées ;
 - Registre de prise de rendez-vous des visites des proches ;
 - Registre de prise de température des visiteurs ;
 - Charte de bonne conduite pour les visites aux résidents ;
 - Questionnaire avant visite (auto-questionnaire de santé) ;
 - Habillage-déshabillage Personnes extérieures ;
 - Protocoles à suivre pour une visite en chambre ;
 - Protocoles à suivre pour une visite dans un lieu dédié, intérieur ou extérieur ;
 - Gestion des visites par l'agent de l'accueil ;
 - Gestion des visites par les agents des services ;
 - Mode opératoire désinfection de l'environnement des lieux de visite ;
 - Mode opératoire pour la gestion des visites des familles les week-end et jours fériés...
- Des intervenants extérieurs :
 - Affiche visites SAS Ambulances ;
 - Mesures spécifiques d'entrée & de sortie pour toutes personnes extérieures ;
 - Charte de bonne conduite pour les intervenants extérieurs...

3.2.3. Pour un pilotage de la mobilisation de tous les acteurs

Il nous semble par ailleurs utile de disposer, comme pour tout plan d'action, d'un support facilitant le traçage et le suivi des actions réalisées et « à réaliser » dans le cadre du PRA. A cette fin, nous proposons, en nous inspirant à nouveau du support élaboré par l'EHPAD Tiers temps - Résidence Saint Jean :

- Un document qui comporterait plusieurs onglets ;
- Un onglet par nature d'activité (à moduler selon l'organisation de chaque EHPAD) :
 - Direction/Administration
 - Gestion RH
 - Visites acteurs extérieurs (familles, fournisseurs, commerciaux...)
 - Admissions

- Prise en soins
- Restauration
- Linge et ménage
- Animation...
- Des onglets proposant des check-lists d'actions à mettre en place, avec des dates d'échéance, l'indication des ressources documentaires, la date d'évaluation de la mise en œuvre, la/le responsable de l'action et les moyens mobilisables.

Tableau 3 : Trame d'outil de pilotage de la mobilisation de tous les acteurs

Mesures à mettre en place	Date d'échéance	Documents de référence	Date d'évaluation de la mise en œuvre	Responsable / Moyens mobilisables
Constitution d'un COFIL				
Présentation du PRA aux IRP				
Présentation du PRA au CVS				
Présentation du PRA aux salariés				
Communication du PRA à l'ARS				
Actualisation du DUERP				
Information des familles sur PRA				
...				

3.3. Recommandations en vue de faciliter les adaptations organisationnelles futures

Pour faciliter les adaptations organisationnelles futures en cas de nouvelles situations pandémiques, ainsi que pour limiter le travail dans l'urgence et éviter l'épuisement des personnels, il paraît judicieux d'inciter fortement les établissements à capitaliser l'expérience acquise pendant la crise sanitaire liée au Covid, à l'intégrer dans les documents encadrant leur « vie quotidienne » et à les actualiser régulièrement.

Nous formulons à cette fin plusieurs propositions relatives aux aspects documentaires :

- Actualiser les DUER de chaque établissement en y intégrant/consolidant le risque d'atteinte à la santé en cas de pandémie type COVID-19 ;
 - Après en avoir analysé a posteriori le contenu, au regard de ce qu'a effectivement été la crise, annexer au DUER :
 - Un document de pilotage récapitulatif le « Qui doit faire quoi ? » pour que la mobilisation soit efficiente (= managers ?) ;
 - Le PCA enrichi des enseignements de la crise, avec tous les documents « ressources » qui en ont facilité l'opérationnalité ;
 - Une trame de document de pilotage/suivi du PRA pour suivre le « Qui est en charge de faire quoi ? » au quotidien (= agents ?).
 - Faire chaque année, ou en cas d'événement nouveau significatif dans ce champ, une mise à jour de tous ces documents ;
- Organiser périodiquement des exercices « à blanc » pour permettre à l'ensemble du personnel, y compris la Direction, de faire l'expérience des conditions d'intervention auprès d'un résident en cas de pandémie virale (...et équivalent) ;
- Saisir les « opportunités » d'évolution de l'organisation des espaces pour faciliter à terme la « marche en avant » et la création de secteurs facilitant « l'isolement ».

4. Conclusion et perspectives

Un des enseignements majeurs de cette étude a été, comme pour tout citoyen confronté à la crise Covid-19, de constater que nous en avons sous-estimé la durée et les multiples évolutions. C'est pourquoi, comme nous avons pu l'envisager en démarrant cette étude et comme nous le constatons au moment des derniers entretiens (novembre 2020), **nous ne sommes pas en mesure de réaliser un retour d'expérience ex-post.**

Cette étude se focalise donc sur un peu plus d'une demi-année de crise sanitaire (7 mois). Elle témoigne du défaut de préparation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (comme de l'ensemble du champ sanitaire et médico-social et de la société civile en général) à une crise d'une telle ampleur, qui a nécessité d'adapter dans l'urgence des structures collectives regroupant un nombre important de personnes adultes, dont la moitié particulièrement vulnérable, afin d'éviter la propagation d'un virus extrêmement contagieux et mortifère. Cependant, cette étude témoigne aussi **de la créativité et de l'adaptabilité dont ont su faire preuve les équipes et leur encadrement pour inventer des solutions adaptées à un contexte inédit.** Elle témoigne également de la ténacité, de l'implication et du courage de ces mêmes équipes pour continuer d'assurer un accompagnement de qualité et maintenir ainsi le mieux possible la qualité de vie des résidents, malgré un contexte anxigène et une perte de leurs repères et habitudes de travail.

Au cours de la période consacrée au recueil des données (mai à novembre 2020), aucun établissement de notre échantillon n'a été touché par la Covid-19 ; deux ont fait l'objet d'un cluster ultérieurement, entre la fin d'année 2020 et le début 2021.¹²

Dans un premier cas, des entretiens réguliers avec la directrice, lors de ce cluster ont permis de mettre en évidence l'impact démultiplié que cette situation sanitaire préoccupante a pu avoir sur les résidents et professionnels de sa structure, sur fond de crise de management préexistante, avec des publications dans les médias qui ont complexifié les relations. Face à ces événements, un appui individuel a été proposé à l'ensemble des professionnels et la Direction a évoqué le souhait d'engager une démarche de retour d'expérience qui permette aux professionnels de « retrouver de la sérénité », et de « pouvoir faire leur métier correctement ».

Dans un deuxième témoignage, la directrice souligne que : « cette période a été compliquée, mais révélatrice » ; elle salue le « super boulot » du personnel, qui a fait preuve d'une grande solidarité et d'une très bonne réactivité et conclu « on s'en est sortis pas trop mal ». Suite à ce cluster, dans cette structure, deux actions de soutien ont été proposées aux professionnels : un numéro vert d'écoute psychologique et une action en concertation avec un cabinet de psychologues pour un entretien individuel avec chaque salarié, puis des groupes de parole (cette action a démarré en avril 2021).

Une analyse comparative entre des établissements plus ou moins impactés par cette crise sanitaire (tel que cela avait été envisagé dans un premier temps, en partenariat avec le CREAI Grand-Est¹³) aurait permis d'aller plus loin dans la compréhension des adaptations et innovations réalisées durant cette période en fonction de la gravité de la crise (cluster ou non).

¹² En 2020, les trois quarts des Ehpad ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10% de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38% de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5% sont décédés, soit 29300 décès. Parmi les régions les moins touchées lors de la première vague figurent l'Occitanie (30 %), la Nouvelle-Aquitaine (31 %) et la Bretagne (35 %) [une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#) (Drees) Juillet 2021.

¹³ mais qui n'a pu se faire car l'ARS Grand-Est a mobilisé le CREAI sur une étude quantitative plus large auprès de l'ensemble des ESMS » Cf. Les impacts de la crise Covid-19 sur le champ médico-social »

Une restitution de cette étude a eu lieu par visioconférence le 8 avril 2021 avec 5 des directeurs de l'échantillon. Les directeurs-trices présents ce jour ont fait part de leur satisfaction à la lecture de leur monographie, qui les a « *bousculés* » et leur a permis de se remémorer des aspects déjà oubliés. Les participants ont pu échanger des bonnes pratiques élaborées et testées lors de la crise, qui sont encore en vigueur dans les établissements : comment ils s'appuient sur les protocoles et la formation continue des professionnels, leurs expériences et conseils pour recruter et fidéliser des professionnels dans un contexte de forte tension sur les emplois, l'attention recentrée sur les résidents et leur bien-être...

Cette étude a ainsi permis aux structures impliquées dans l'échantillon **de faire une relecture et de transformer l'épreuve subie en une expérience commune, qui met en valeur les compétences et les capacités d'adaptation de l'équipe et donne du sens à leur travail.**

Bien que nous manquions encore de recul suffisant et de visibilité pour mesurer l'impact réel qu'aura cette crise sur l'ensemble des acteurs concernés, elle apparaît déjà comme un accélérateur d'innovations organisationnelles :

- De nouvelles modalités de communication avec les familles ;
- De nouvelles modalités de communication avec les résidents ;
- De nouvelles modalités de prise en compte de leurs besoins ;
- De nouvelles modalités d'animation ;
- De nouvelles modalités de fonctionnement avec les professionnels du sanitaire ;
- De nouvelles adaptations des postes et outils de travail (matériels et TIC) ;
- De nouveaux aménagements des espaces ;
- De nouveaux modes d'(e) (co-)élaboration et de management ;
- De nouvelles modalités de formation et de recrutement...

Il convient maintenant de savoir comment poursuivre l'accompagnement de ce travail engagé sur le terrain et riche de savoirs.

Tout d'abord, en trouvant **de quelle manière nous pouvons restituer ces résultats auprès du plus grand nombre**, ESMS mais aussi hors champ médico-social, afin de mettre en perspective ces adaptations de l'organisation en temps de crise, et l'importance de certains facteurs-clés, notamment ceux en lien avec des critères QVT, qui peuvent être négligés dans la routine du quotidien ?

- Une équipe de direction solidaire ;
- Un engagement des équipes soutenues par des valeurs partagées et la direction ;
- L'importance cruciale de soigner la communication, en interne (auprès des équipes, auprès des usagers) et en externe (auprès des proches, des pouvoirs publics, des médias).

Ensuite, **en accompagnant de manière personnalisée les ESMS dans le déploiement des innovations initiées au cours de l'étude**, à travers notamment les différents outils existants (AAP, CPOM, évaluation interne, Projet d'établissement, CVS, etc.) ? Par exemple, sur les innovations visant :

- Le rôle et la place des familles ;
- La participation effective des résidents ;
- L'attractivité et de fidélisation des équipes ;

La poursuite de l'accompagnement aux EHPAD de l'échantillon sous forme d'une démarche "retour d'expérience" pourrait être envisagée pour appuyer ce travail ainsi qu'une reprise du projet initial, qui visait à agir sur la QVT pour développer l'attractivité des postes en EHPAD et le maintien dans l'emploi des professionnels¹⁴.

¹⁴ Un projet s'inscrivant dans la ligne de la mission confiée par Brigitte Bourguignon à Michel Laforcade en février 2021 sur le plan d'action pour les métiers du grand âge, qui fait suite aux rapports Libault de mars 2019 et El Khomri d'octobre 2019.

Annexes

Les monographies

Cette partie offre une restitution de l'ensemble des matériaux recueillis dans chaque établissement, lors des entretiens avec les directions et des focus groups avec les professionnels.

Chaque monographie est présentée de façon chronologique, afin de retracer les modifications dans l'organisation au cours de trois phases de la crise que nous avons arbitrairement précisées ainsi :

- Mi-mars à mi-mai 2020 : confinement
- Mi-juin à mi-octobre 2020 : déconfinement progressif
- Mi-octobre 2020 à fin novembre 2020 : reprise de la propagation du virus

Nous y détaillons les ajustements opérés et les leviers QVT activés au sein de chaque structure dans l'organisation, tant sur le plan matériel qu'humain, afin de répondre à la situation sanitaire et aux injonction gouvernementales, en illustrant par des verbatim. Puis nous précisons l'impact de ces modifications dans l'accompagnement sur les différents acteurs concernés : les résidents, leurs familles, les professionnels, les partenaires et les autorités de tutelle ainsi que sur les relations interpersonnelles. Les monographies se terminent par les projets envisagés et évoqués succinctement par les établissements à la suite de cette crise sanitaire.

Monographie EHPAD Vallée du Roy	39
Monographie EHPAD Saint Rome	45
Monographie Tiers temps Agen - Résidence Saint Jean	50
Monographie Centre médicalisé de Lolme	57
Monographie Foyer Notre Dame de Puyraveau	63
Monographie Résidence Pierre-Marc et Marie-José Lalanne	70
Monographie Les Baccharis.....	75
Monographie La Roche Chalais	83

Monographie

EHPAD Vallée du Roy

Caractéristiques de l'EHPAD

La Vallée du Roy est un EHPAD de 28 lits. Cet établissement, créé en 1998, est situé en milieu rural, en Dordogne (24). De statut privé non lucratif, il est géré par l'association Vallée du Roy. Il emploie 24 salariés soit 19 ETP.

Petit EHPAD et petite équipe très investie. La Directrice est là depuis 3 années et avant la crise avait initié plusieurs projets dont l'évaluation interne. Il y a dans cet établissement un défaut d'historique et d'écrits, beaucoup de documents institutionnels sont obsolètes, voire inexistantes.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

L'établissement a été en difficulté pour rédiger les premiers documents de référence face à l'absence de ressources disponibles sur lesquelles s'appuyer.

Le document de référence a été le plan bleu, qui a été mis à jour dans l'urgence car très obsolète. La mise à jour de ce document a été réalisée en équipe pluridisciplinaire (ASH, cuisinier, agent technique, IDE, direction) pour que cela puisse répondre à la situation. Pour faire ce travail, l'équipe s'est également appuyée sur le document unique, qui avait été récemment retravaillé et qui avait intégré les risques épidémiologiques, la prévention et les protections, sans toutefois faire l'hypothèse d'une pandémie. Un travail pas tout à fait satisfaisant pour la Direction en l'absence d'un modèle et de références réglementaires sur lesquels s'appuyer à ce moment-là. Le PCA a été validé en avril avec l'aide de la mission d'appui des médecins de l'ARS comme les protocoles et dispositifs (par exemple, le SAS ou les activités collectives).

L'établissement a suivi les directives et fermé ses portes le 12/03.

Beaucoup de temps passé à prendre connaissance de la masse importante de documents reçus pendant cette période et pour en extraire les points essentiels à transmettre aux équipes ou pour réajuster les protocoles. *“Les documents sont clairs mais il est difficile de tout lire par exemple, un jour j'ai reçu un mail avec 13 pièces jointes !”*.

La sensation d'avoir agi dans l'urgence avec l'impression *“de courir après le temps”*.

1.2. La situation sanitaire de l'établissement (suspicion ou malades et stocks EPI)

Au cours du premier confinement, la résidence a été épargnée par la crise sanitaire : seuls 2 cas de suspicion (résident et professionnel) ont été constatés, aucun malade, aucun décès.

Système D et dons, beaucoup de temps a été mobilisé pour constituer des stocks d'EPI suffisants

Un début difficile avec un manque important d'informations et de consignes claires concernant les masques *“les autorités ont mis du temps à réagir”*.

Le stock d'EPI a été difficile à constituer (certains stocks comme le gel hydroalcoolique avaient été mal gérés auparavant) et a entraîné beaucoup de tensions. La direction a passé beaucoup de temps pour constituer (à prix raisonnable) et suivre les stocks. L'établissement a dû faire face à des délais importants pour l'approvisionnement des surblouses notamment. Il a ainsi fallu récupérer des blouses en tissu auxquelles ils ont fait ajouter des manches *“on fait comme on peut”*.

Réception d'un don (ex. Mairie et entreprise de caviar) ou partenariats avec d'autres EHPAD/CH pour récupérer des visières, de gants, du gel hydroalcoolique pour combler les difficultés d'approvisionnement.

La direction a dès le début souhaité ne pas *“mettre de freins aux EPI”* pour les équipes.

1.3. Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

1.3.1. Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

Une petite équipe de professionnels très soudés qui a préféré augmenter leur nombre d'heures et faire glisser leurs tâches pour éviter trop de nouveaux entrants et un risque de contamination dans l'établissement.

Très rapidement, l'EHPAD a dû gérer une baisse dans ses effectifs (en lien avec des salariés à risque) avec le souci dès le début de ne pas faire entrer trop de personnes extérieures à l'établissement (une suspicion au début avec une intérimaire a paniqué tout le monde). La directrice était en télétravail mais en restant très disponible et réactive aux demandes de ses équipes. Peu de soutien trouvé pour les problématiques R.H rencontrées au début face au remplacement nécessaire des employés "vulnérables".

Une petite équipe, où « *tout le monde a su se mobiliser* ». L'implication et la réactivité du médecin coordonnateur a fait défaut, obligeant les autres professionnels à s'impliquer davantage pour la rédaction des protocoles. Des « anges gardiens » ont été désignés pour veiller aux respects des consignes, mais ce rôle a été difficile à maintenir sur la durée.

- Les équipes étaient présentes, malgré un taux d'absentéisme plus élevé qu'avant la crise (24% au lieu de 10% ; des salariés en arrêt car considérés comme « vulnérables »), et seules 4 semaines de congés ont dû être annulées.
- Les infirmières ont effectué des remplacements sur les postes AS pour éviter de faire entrer des personnes extérieures à la structure
- Les AS ont aidé les ASH notamment au moment des repas (en gagnant du temps sur l'arrêt des transferts chambre/salle à manger)
- La lingère a eu durant cette période un surcroît de travail important (lavage du linge du personnel et des résidents)
- Augmentation du nombre d'heures pour tous
- Une demi-journée supplémentaire a été mise en place pour la psychologue (total 1 jour/semaine) au début par visio.
- Temps d'animatrice utilisé pour l'organisation des visites des familles.
- Remplacement en cuisine par une ASH en interne qui intervenait sur 2 jours et qui est passée pendant cette période à temps plein.
- Beaucoup de temps passé à gérer les plannings, peu de visibilité : au maximum sur 10 jours, car beaucoup de changements à gérer (inconfortable pour tous).

1.3.2. Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Des prises de décisions collectives et co-élaborés, testées et réajustées : réactivité et réflexion continue sur les pratiques.

- Les prises de décision se sont faites collectivement (implication de tous dans les décisions). Des réunions de cellule de crise ont eu lieu tous les jours en visio pour la directrice en télétravail.
- Sentiment de sécurité lorsque le stock de masques a été suffisant.
- Prime, dons et reconnaissance de l'extérieur « *des associations nous ont offert des surblouses ; il y avait plein de petits cœurs en papier dans le paquet ! C'était énorme pour nous, ces pensées des gens* »
- Questionnaire sur les attentes et besoins des professionnels sur la situation.
- Beaucoup de questionnement en interne sur les pratiques : « *On fait bien ? on peut faire différent ? Mieux ?* »
- Tout le monde s'y est mis, l'investissement a été « sans faille », avec des professionnels qui se sont révélés être (encore plus) des appuis solides pendant cette période (ex. Agent technique, secrétariat)
- L'implication dans la démarche RIEQ (réfèrent Covid) proposée par l'ARS NA a été un levier intéressant pour gérer la situation mais malheureusement n'a pu être poursuivi par l'IDE impliquée sur cette action faute de temps.

1.4. Les impacts du confinement sur l'accompagnement

Des ajustements réguliers nécessaires notamment pour ce qui concerne l'animation et l'accompagnement psychologique (rôle et place) :

- *Hygiène* : un sas a été installé, validé par les experts ARS. Les locaux ne permettent pas une zone COVID. Mais encore à ce moment-là « *plein de choses qui ne vont pas" nos tenues, les vêtements civils, les casiers trop petits, le vestiaire pas adapté.* » Les gestes barrières sont difficiles à maintenir.
- *Gestion des stocks et distribution* : Très grande vigilance des équipes et de la direction « surprotection » pour ne pas avoir à gérer des absents dans une équipe déjà petite. Dès le début, aucune restriction d'utilisation au contraire.
- *Repas des résidents* : en chambre sauf pour 4 résidents maintenus en salle (problème de déambulation/agitation). La gestion des plateaux repas en chambre a nécessité beaucoup d'ajustements. Approvisionnement alimentaire en tension sur certaines références. Il a fallu réajuster les menus durant cette période.
- *Soins aux résidents* : arrêt des soins par les intervenants extérieurs et réticences des professionnels de santé à utiliser la Télémédecine pourtant installée dans l'établissement.
- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : Confinement en chambre mais avec la possibilité de sortir un peu individuellement. Pour les gens avec troubles cognitifs, liberté maintenue de pouvoir "déambuler". Les visites ont été maintenues pour les personnes en détresse psychologique liée au confinement. « *L'isolement a été terrible, a généré une perte de poids, dépression, détresse psychologique, des troubles du comportements se sont aggravés.* »
- *Admissions* : suspendues. Le nombre de lits vacants était élevé durant cette période avec un lit inoccupé sur toute la période, ce qui n'était jamais arrivé jusque-là (96,43 % de taux d'occupation).
- *Animation (place et fonctionnement)* : temps d'adaptation difficile au début (pour faire des activités individuelles). Dans un premier temps, arrêt de l'animation et de l'accompagnement psychologique puis reprise face à la dégradation observée chez les résidents : entretiens individuels, groupes de parole, gym douce et atelier musique en petits groupes (validé par l'ARS). Pas d'adhésion de la part des familles aux outils de visio (Skype, etc.). Une demi-journée supplémentaire pour accompagner les personnes a été ajoutée au temps de psychologue.
- *Expression des usagers /maintien du CVS* : le CVS ne marche pas bien donc pas possible de le solliciter durant cette période. Le CVS n'a pas fonctionné lors du premier confinement mais ensuite, il a été réuni régulièrement à chaque fois que des modifications étaient apportées au fonctionnement. Toutefois, les élections sont à refaire, il n'y a pas de représentants des familles dans le CVS.
- Un questionnaire a été diffusé aux résidents pour recueillir leurs attentes et besoins à l'égard de la situation.
- *Fin de vie/décès* : Maintien des visites pour les résidents en fin de vie.
- *Dans les unités spécialisées* : pas d'unité dédiée mais plusieurs résidents avec des troubles de comportement (notamment de déambulation) importants, très perturbés, qui ont été difficiles à gérer pendant cette période.

1.5 Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1. Les relations avec les familles

Une communication plus active qu'avant la crise

- Globalement beaucoup de compréhension concernant les premières décisions qui ont été prises de fermer l'établissement à l'extérieur et de confiner en chambre.
- Mise en place d'une communication importante à l'égard des familles via des courriers pour les informer.

- Un questionnaire de recueil des attentes et des besoins a été diffusé aux familles pendant cette période par exemple concernant les visites.
- Une vraie souffrance observée chez les familles de ne pas pouvoir voir leur proche « *des familles se mettaient dans la rue en face pour discuter avec leur proche* »
- 1 à 2 familles seulement ont été difficiles à gérer car ne comprenaient pas et ne voulaient pas respecter les règles.

Lors de l'ouverture de l'établissement en mai, les visites se sont déroulées au rez-de-chaussée avec des plexiglass.

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

Des partenariats initiés avant la crise, renforcés et à formaliser

Partenariat renforcé avec deux autres EHPAD de la région (déjà amorcé avant la crise sur des projets comme la télémédecine ou astreinte de nuit infirmières) : échanges de pratiques, écoute et soutien, documents de référence, mutualisation des ressources, etc. *“des liens importants ont été tissés”* avec pas forcément les mêmes situations mais les mêmes problématiques.

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

Malgré un soutien et une validation par la cellule d'appui des médecins de l'ARS, la direction souligne l'absence de réponses claires à des problématiques soulevées, ainsi que l'abondance des directives reçues durant cette période : remplacement du personnel à risques, approvisionnement en masques, etc.

Premier bilan

Des liens créés ou renforcés avec de nouveaux partenaires à maintenir et à formaliser : *“la situation a permis de mettre un coup d'accélérateur à cette collaboration et de consolider les partenariats.”*

Continuer le travail de communication engagé avec les familles pendant la crise *“plus que nécessaire”*.

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

Il a été difficile de travailler sur ces documents tout en continuant l'activité et en ouvrant l'établissement.

2.1. Contexte

- **Le Plan de Reprise d'Activité (PRA) :** *“on fait ça comment ? On se débrouille”* utilisation d'un document de référence de la fédération pour élaborer le PRA mais cela n'est pas suffisant. Ce document a été travaillé avec l'IDE et l'AS en s'appuyant sur les protocoles élaborés et le PCA (« en miroir »). Une démarche également partagée avec un autre EHPAD car il est difficile de faire tout, tout seul, pour vérifier, valider la cohérence et la pertinence des contenus. Des documents de références qui tracent bien les grandes lignes mais qui ne retranscrivent pas tous les tâtonnements réalisés avant de trouver le bon format.
- Les dotations hebdomadaires de masques suffisent et le système d'approvisionnement par le GHT mis en place fonctionne bien (commande groupée).
- Pas de cas COVID durant cette période favorisant la prise de congés d'été et un rattrapage partiel des vacances de printemps, taux d'absentéisme plus bas que lors du début de la crise (13%). Le taux d'occupation des lits est de 100%.

L'établissement a organisé un apéro de déconfinement ! *“à partir de là, la vie a repris comme avant.”*

2.2. Ce qui a changé

- Mise en quatorzaine des nouveaux arrivants
- Barnum pour les visites : répétitions (jeux de rôles) avant de démarrer les visites des familles et valider ensemble son bon fonctionnement.
- Difficile d'expliquer les limites du déconfinement aux résidents avec la possibilité de sortir des chambres mais pas forcément d'aller à l'extérieur (faire des courses, etc.). Vigilance à avoir auprès de certains pour le port du masque.
- Poursuite de la diffusion d'un questionnaire aux familles, résidents et professionnels sur le fonctionnement et l'organisation au sein de l'établissement (ex. Sur la réouverture de l'établissement).
- La fonction "d'ange-gardien" mise en place au début de la crise s'est arrêtée toute seule car trop lourde à gérer sur la durée pour les personnes désignées.

2.3. Ce qui a repris

- Reprise des visites très encadrées (avec la participation de l'animatrice) et reprise des repas en salle le midi (avec un fonctionnement adapté : par étage)
- Reprise des admissions avec un nouveau protocole (isolement, test, etc.)
- Retour progressif des intervenants (pédicure, coiffeuse, etc.) et retour à la normale pour le temps de psychologue.
- Reprise des repas en collectif (le midi seulement au début).
- Réflexion en cours pour savoir comment reprendre certaines animations (ex. accordéoniste)
- Pas de changement au niveau des plannings et reprise des tâches sans glissement.

2.4. Questions restées en suspens

Début juin, la question s'est posée d'ouvrir l'établissement aux familles *"avant de laisser les résidents se réapproprier l'espace tout en maintenant un niveau de vigilance important."*

Deuxième bilan

- Il est nécessaire de faire un rappel continu des consignes aux professionnels et aux résidents.
- Un travail doit être mené sur les plannings qui ne sont pas encore stabilisés et acceptés par tous (des difficultés à évoluer pour certains postes comme les ASH).
- Renforcer les outils de communication auprès des familles (Cf. Ressources et financements possibles).
- Les liens ont été renforcés entre la direction et les soignants mais aussi entre eux et avec d'autres postes.
- Un impact important de la crise sur la vie personnelle et beaucoup de temps passé sur les aspects administratifs.
- La fermeture de l'établissement le matin a été perçue comme très bénéfique pour les résidents "prendre le temps, ne pas gêner l'accompagnement". Il s'avère que l'absence de visites le matin, évitant ainsi les allers et retours dans le bâtiment, offre un climat beaucoup plus calme.

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

La mobilisation et la cohésion restent fortes *"respect mutuel et soutien"* et ce, malgré la fatigue qui revient après un repos estival utilisé à bon escient. Beaucoup de projets à reprendre et à mener de front, sans oublier de prendre en compte le rythme des équipes *"pour ne pas les perdre en chemin"*.

3.1. Contexte

L'été a été propice au repos et a été bénéfique pour beaucoup face à la fatigue accumulée. La reprise a cependant été vite très dense *"effaçant rapidement les bénéfices des vacances"*. La direction a dû gérer le remplacement, le recrutement d'ASH. Peu de changements opérés au

quotidien sur les plannings. La cellule de crise est toujours active mais surtout pour discuter des aspects logistiques. Le stock d'EPI est très (trop) important (problème de double commande) mais cela rassure les équipes face à un secteur en tension. Au quotidien, l'inquiétude demeure cependant et reste forte, *"une épée de Damoclès"*.

3.2. Une organisation particulière qui tient compte des risques qui perdurent :

- La Direction a procédé à plusieurs piqûres de rappel sur les protocoles et a renforcé quelques pratiques.
- Travail très "chronophage" pour le secrétariat de l'organisation autour de l'accueil des familles sur des plages de visites avec suivi de la procédure. Instauration de la prise de rendez-vous pour permettre de mieux réguler, fluidifier les visites et le travail de désinfection des ASH. Cela permet également aux résidents de circuler librement dans l'établissement.
- Les professionnels sont très vigilants sur les gestes barrières au contraire des familles qui ne sont pas toujours respectueuses des consignes et qu'il faut "rappeler à l'ordre" régulièrement.

3.3. Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées :

- Besoin en kinésithérapeutes. Réflexion en cours pour outiller les équipes dans ce domaine et pallier les difficultés de recrutement sur le territoire.
- Planning des visites pour les familles / fermeture le matin aux visiteurs.
- Validation des dispositifs et procédures par un groupe de résidents, en difficulté pour faire fonctionner le CVS tel que décrit dans le cahier des charges.
- Des contraintes architecturales importantes (peu de possibilités pour aménager les espaces, faciliter les déplacements tout en respectant les protocoles).
- Attention à ne pas mener trop de projets en même temps "pour ne pas perdre les équipes".

3.4. Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Des difficultés pour trouver des remplaçants pour les congés d'été ou pour de nouveaux recrutements (secteur en tension sur le secteur).
- Demande de financement pour une formation "débrief COVID, analyse des pratiques et gestion du stress" (Cf. AMI ARS)

3.5. Les projets à venir

- Formation "soft skills" (compétences comportementales) pour la direction et l'IDE.
- Projet avec un autre établissement de développer une offre de formation sur le territoire en partenariat avec Pôle emploi et la Région (prêt de salle, stage, co-animation, etc.) et ainsi faciliter le recrutement.
- Maintien de la fermeture aux visites le matin.
- Formaliser la communication auprès des familles
- Projet de relancer le CVS, de faire des élections et d'impliquer les résidents sous la forme de petits groupes et pas forcément avec les familles.
- Reprise des projets en cours : évaluation interne, CPOM, clôture des budgets, plannings, projet d'établissement, investissement au plan pluriannuel d'investissement (PPI).
- Travail (déjà démarré au printemps) sur le Document Unique (DUERP) à reprendre d'ici la fin de l'année.

Monographie

EHPAD Saint Rome

Caractéristiques de l'EHPAD

L'EHPAD Saint Rome est un EHPAD autonome de la Fonction Publique Hospitalière de 106 lits, dont 45 en unité protégée maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés aux troubles du comportement modérément sévères à sévères, mais sans agrément spécifique. Cet établissement, créé en 1988 avec un déménagement pour des nouveaux locaux en 2014, est situé en milieu rural, à Carsac-Aillac en Dordogne et dispose de bâtiments de plain-pied déployés sur 7 ailes, 16 chambres chacune. L'équipe est constituée de 69.14 ETP au 1/4/2020.

Au début de notre étude, l'EHPAD était dirigé par une directrice, qui a quitté ses fonctions fin 2020¹⁵. La crise sanitaire s'est déroulée sur fond de tensions entre encadrement et professionnels, qui préexistaient et se sont accrues avec la crise sanitaire, mais aussi entre familles et professionnels / directrice.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

Une politique qualité bien structurée a permis la mise en place rapide de protocoles contenant pour les professionnels afin d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement.

L'EHPAD a une politique qualité bien en place, avec une référente qualité et gestion des risques et la mise en œuvre récente de l'évaluation interne en vue de l'élaboration du CPOM. Cependant, l'EHPAD n'avait pas de plan bleu, juste un plan canicule. A l'annonce du confinement, la directrice a pris contact avec une collègue de Corrèze pour s'inspirer des protocoles pour servir de base au PCA : les premières décisions (gestes barrière et SAS) ont ainsi pu être prises avant la fermeture. Au cours des différentes étapes de la crise, les consignes ARS parvenaient avant les protocoles de mise en œuvre, ce qui a obligé la directrice, référente COVID 19 en l'absence de médecin coordinateur, à prendre les décisions dans l'établissement, qui étaient souvent ensuite validées par l'ARS (par l'équipe mobile mise en place). "Seule à gérer, sans savoir si les choses mises en place étaient bien ou pas bien". Le PRA a été adapté à partir du PCA et du modèle existant dans l'EHPAD.

1.2. La situation sanitaire de l'établissement (suspicion ou malades et stocks)

La crise a débuté dans l'inquiétude, en raison du manque d'EPI, puis la situation sanitaire maîtrisée a permis aux équipes de faire face à la situation.

En début de crise, les masques (et blouses) manquaient, ce qui a généré peurs et des tensions avec les syndicats, et s'est avéré chronophage, pour expliquer aux professionnels et apaiser les craintes puis pour gérer les EPI et faire les dotations. Quand les dotations ARS sont arrivées, la tension est retombée et en milieu de crise, les équipements sanitaires (masques, lunettes, blouses, gants) étaient suffisants, ainsi que l'accès aux tests.

L'établissement a été très peu impacté par le Covid 19 lors de ce premier confinement, avec seulement 4 suspicions de contamination, moitié pour des professionnels, moitié pour les résidents. « *On a eu une chance énorme* » (les professionnels) ; alliée, selon la directrice, à une gestion soutenue de la crise dont la bonne application des consignes par le personnel.

1.3 Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

La vacance de certains postes clés, des absences en début de crise, et une équipe de direction restreinte et récente pour animer des équipes hétérogènes (remplaçants).

¹⁵ Cette monographie a été validée par l'ancienne directrice et non par l'équipe actuelle

1.3.1. Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

Des postes étaient vacants pendant ce confinement : les IDE et le médecin coordinateur. Par ailleurs, la cadre de santé venait d'arriver, et la directrice s'est trouvée seule pour faire face à la crise. *« Pris dans le feu avec une équipe nouvelle/fragile. »*

L'EHPAD a dû faire face à un absentéisme important, plus élevé qu'avant la crise. Certains se sont arrêtés en mars par peur, la psychologue était absente en début de confinement pour garde d'enfant, puis retour sur site progressif et consultation par téléphone ; l'EHPAD n'a cependant, procédé qu'à une annulation partielle des congés et RTT. Demande de renfort auprès de la protection civile pour aider à la mise en œuvre des visites des familles. Mobilisation des administratifs pour assurer la gestion des entrées et les visites des familles. *« Effectif tendu à Carsac pendant cette période. »*

Un protocole prévoyait d'ajuster les missions des agents en cas de baisse importante des effectifs de personnels (cas Covid), organisation en mode dégradée puis d'augmenter les amplitudes horaires, puis de faire appel à des renforts, mais il n'a pas été activé. Beaucoup de travail quotidien sur les plannings par la cadre de santé afin de gérer les nombreux remplacements (sans budget supplémentaire) ; aménagements en secteur ouvert pour des arrivées à midi (au lieu de 9h30-10h) afin de ramener les résidents en chambre.

« Pas de glissement de tâches même s'il y avait plus de travail, plus de contraintes. »

1.3.2. Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Une situation tendue avant la crise, une équipe de direction trop restreinte n'ont pas permis une participation importante des professionnels dans l'organisation de la gestion de crise.

Une équipe de direction nouvelle qui ne connaît pas bien l'établissement. Des rencontres et discussions avec les équipes ont eu lieu pour expliquer les décisions, mais moins fréquemment que nécessaire, en raison de la surcharge de travail qui pesait sur la directrice (qui devait cumuler plusieurs rôles).

*« On n'a pas été consultés (...) administration dans le flou ; gros cafouillage au départ » (Puis)
« on a été bien informés, on nous a expliqué la marche à suivre, c'était rassurant ; on nous a donné les protocoles »*

Des problèmes de communication sont survenus entre les professionnels, et notamment les remplaçants, en l'absence de transmissions ou de lecture des protocoles. Ces difficultés ont nécessité une importante communication par la cadre de santé et la directrice auprès des nouveaux salariés pour les sensibiliser et les responsabiliser.

Beaucoup de tensions entre les professionnels et la direction mais aussi de l'entraide et de l'engagement pour les résidents

Du point de vue de la directrice : des tensions préexistaient à la crise avec pas toujours beaucoup de cohésion au sein des équipes. Les professionnels ont cependant fait preuve de conscience professionnelle, ils étaient présents et efficaces (Cf. épisode récent d'épidémie de gastro).

Point de vue des professionnels qui ont témoigné sur ce qui les a motivés à tenir :

« L'entraide entre collègues : on pouvait compter les unes sur les autres, on n'était pas seules, "c'est ce qui nous a sauvées de tout", on s'est remontés le moral ; cette entraide existait avant, on est une petite maison de retraite, une famille : ça a renforcé les liens, heureusement »

Autre facteur de motivation cité : *« Les résidents. Ils n'allaient pas à l'extérieur, nous on avait cette chance là (de voir notre famille, nos enfants) : on voulait leur rapporter quelque chose, leur donner du temps ».*

Les personnels et les résidents ont reçu durant cette période des cadeaux alimentaires offerts par les commerçants.

1.4 Les impacts du confinement sur l'accompagnement

Une décision courageuse d'éviter aux résidents le confinement en chambre afin de limiter les conséquences physiques et psychiques de l'isolement

- *Hygiène* : protection des professionnels : utilisation de chaussures et manchons dédiés à l'EHPAD en l'absence de surblouses ; surcharge de travail pour désinfecter les locaux ; application des mesures barrière et utilisation des EPI (détaillés dans le PCA) :
« *Au début, on ne savait comment s'y prendre pour les gestes barrières* »
- *Soins aux résidents* : les visites des kinés et infirmières libérales ont été maintenues car considérées comme essentielles ; les médecins ont continué à venir, avec description des symptômes et visites du médecin si urgence ; certains résidents sont partis à l'hôpital ; des protocoles de soins ont été mis en place, dans les classeurs.
- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : pas de confinement systématique en chambre, une prise de risque assumée pour éviter un impact trop fort de l'isolement. « *On ne voulait pas qu'ils restent 4 mois confinés en chambre* ». Le confinement en chambre n'a été effectif que dans 2 cas : 14 jours après retour d'hôpital et en cas de symptômes ou de suspicion de Covid (« *très compliqué à gérer* »). Les professionnels ont signalé les impacts du confinement sur la santé des résidents, que ce soit sur le plan physique (manque d'exercice, suivi médical a minima, qui engendrent perte d'équilibre et difficultés à marcher) que moral en raison de l'isolement, « *Sans leur famille, c'est "la mort à petit feu* ». Des constats de régression (glissement, difficulté d'expression, courbe de poids en baisse...);
- *Repas* : maintien des repas en salle avec distanciation sociale ; le possible confinement en chambre de l'ensemble des résidents et ses modalités étaient cependant inscrits dans le PCA.
- *Animations* : Arrêt des intervenants venus de l'extérieur (mal vécu par les résidents) ; mise en place de Skype tous les jours ou de quelques animations en petit groupe ; après le repas, les résidents du bas retournaient dans leur unité de vie, alors que ceux du 1er étage restaient dans la salle commune. Les animatrices étaient mobilisées par les visites des familles (et donc moins disponibles) ;
- *Unité spécialisée* : plus d'apathie / d'agressivité en raison du manque de contacts physiques avec leur famille ; les professionnels ont apporté du soutien moral et affectif
« *On était leur famille, leur pilier* » (les professionnels)
- *Participation des usagers, CVS* : pas d'instances CVS avant juin mais communication par mail avec les familles
- *Fins de vie* : difficiles car les familles ne pouvaient venir dans l'établissement à plus d'une personne à la fois.

1.5 Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1. Les relations avec les familles

Des familles très engagées pour lesquelles il a été difficile d'accepter les directives nationales.

Les visites ont été priorisées en fonction de l'état des résidents.

Historiquement dans cet établissement rural, les familles sont très présentes. Avec la crise et la fermeture de l'établissement, elles étaient très inquiètes, et perturbaient le travail des soignants et les soins aux résidents

« *Elles appelaient tout le temps, on ne pouvait plus faire notre travail car on laissait notre téléphone au résident et donc nous n'avions plus la sonnette (sur laquelle les autres résidents nous appellent).* »

Deux familles notamment se sont montrées agressives, envers les animatrices, la directrice (dépôt d'une main courante et vigile lors des visites en mai). Un non-respect des consignes à déplorer également. « *Certaines familles se croient au-dessus des lois !* ». Les représentants des résidents ont été informés de cette situation et ont approuvé les mesures prises par la Direction.

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

Amplification des collaborations entre acteurs de l'accompagnement, du soin, des établissements sanitaires et médico sociaux.

Des pratiques remarquables suscitées par la crise :

- Prêts de casiers pour le vestiaire du personnel par l'ESAT partenaire
- Soutien important des commerçants (cadeaux/dons importants : chocolat, foie gras)

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

L'ARS était présente : informations, réponses aux questions, appels pour suivre la situation et soutien lors des tensions avec les familles. Mais trop de documents à lire, avec informations contradictoires ou à contre-temps.

Le soutien de l'équipe mobile d'experts de l'ARS a été apprécié

Premier bilan

Des tensions importantes avec les professionnels et les familles qui préexistaient, qui auraient nécessitées davantage de communication ("un exercice chronophage"). « *Beaucoup d'informations ont été envoyées aux représentants de familles mais qui n'ont pas été transmises à l'ensemble des familles. "Beaucoup d'énergie et de temps pour expliquer et répéter les choses. Beaucoup de fatigue, car c'est une crise qui dure dans le temps sans savoir quand cela va s'arrêter."* »

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

2.1. Contexte

Un dépistage massif en septembre dans l'établissement ("*organisé la veille pour le lendemain*"). Il y a beaucoup de tensions psychologiques chez les professionnels : ils se demandent comment ils vont réagir en situation concrète car le Covid est partout « *si Covid, on ne pourra pas gérer* » « *si ça nous tombe dessus* ».

Chez les autres directeurs d'EHPAD du territoire, repli sur soi pour « *maintenir cet équilibre fragile* ».

2.2. La vie dans l'EHPAD a repris un cours (presque) normal

- Pas de personne supplémentaire en RH
- Les animations ont repris en partie ; les animatrices restent très mobilisées sur l'organisation des visites des familles
- Absentéisme habituel (moins élevé qu'en mars-avril) ; tout le monde a pu prendre ses congés et a eu la prime ; conscience professionnelle élevée
- CVS sollicité en juin pour valider avec eux un protocole gradué (1 à 5 = fermeture de l'EHPAD)
- Une surveillance des résidents très forte pour éviter l'effet de glissement
- Soutien du DDARS 24, d'un autre EHPAD : prêt d'expert ARS/ médecin coordinateur pour ajustement des protocoles

2.3. Ce qui a changé

Beaucoup de temps et d'énergie à expliquer et répéter les choses pour l'équipe de direction. Le lien avec les familles par mails et vidéo conférence perdue et Skype est à pérenniser

2.4. Ce qui a repris

Les visites des familles !

- Elles ont lieu dans un local dédié (avec masques + surblouses), sur rendez-vous avec signature d'une charte de bonne conduite pour une bonne gestion des entrées, ou dehors.
- Les résidents et leurs familles sont impatients que l'accès soit totalement libre
- « C'est long pour (les résidents) : ils ont une grosse attente de revoir leur famille alors qu'ils entendaient à la TV et radio les mesures d'assouplissement »

- Soulagement des professionnels, mêlé d'inquiétude relative au possible non-respect des gestes barrières :
« *Les enfants, ça reste des enfants, face à des personnes très vulnérables* »
"*C'était plus facile (de gérer les familles) quand on était en confinement (total)*".

Reprise des animations et retour progressif des intervenants : Gym douce, coiffeur, messe, bal avec orchestre (maintenu par Skype pendant la fermeture de l'EHPAD), les visiteurs bénévoles

2.5. Questions restées en suspens

Important de résister aux familles de « *ne pas se laisser happer* » mais en intégrant aussi de la souplesse. Le niveau d'hygiène à maintenir "entrer dans une logique comme dans les hôpitaux ?".

Les tensions préexistantes avec les salariés : Syndicats reçus le 12/05 pour essayer d'apaiser les tensions (liées à une pénurie d'infirmières).

Deuxième bilan

Les résidents n'ont jamais été confinés en chambre donc pas trop d'effet de glissement : « Nous sommes fiers d'avoir géré la crise ! »

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

Le territoire a jusqu'ici été peu touché par le Covid... Mais la menace plane.

3.1. Contexte

- Les protocoles sont en place, ce qui permet de les faire évoluer rapidement si besoin : l'EHPAD a une vision plus anticipative
- Approvisionnement en EPI assuré par l'ARS est suffisant, "*mais risque de baisse rapide des stocks si le Covid entre !*"

3.2. Une organisation particulière tient compte des risques qui perdurent

- L'utilisation des EPI est devenue un réflexe (=logique des hôpitaux)
- Nécessité de faire des piqûres de rappel régulières aux professionnels sur les protocoles, notamment qu'ils veillent à rappeler à l'ordre les visiteurs
- Le secteur COVID a été remplacé par un secteur non-Covid, pour isoler les non contaminés (les contaminés resteraient dans leur chambre)
- Communication massive par affichage mais pas de relais par les représentants du personnel, ce qui a nécessité de recadrages réguliers par l'encadrement, et entraîne fatigue nerveuse et perte de temps
- Les visites sont limitées, sur RDV
« *C'est une bêtise de maintenir les visites car les familles ne respectent pas les gestes barrières* »

3.3. Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées :

- Aux Difficultés relationnelles avec le maire, s'ajoute à une tension triple pour gérer la crise Covid, le quotidien de l'établissement et les relations avec les familles

3.4. Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Une aide au recrutement

3.5. Les projets à venir

- Pas de plan de formation prévu, besoin d'un peu de recul
- Dans le PE futur, il y aura un volet « gestion de crise », couplé avec le plan bleu
- Mieux qualifier les publics (pathologie neuro, psy, « cas sociaux ») pour adapter le plateau technique (IDE PSY, gériatre, éduc spé pour renforcer l'animation)

Monographie

Tiers temps Agen - Résidence Saint Jean

Caractéristiques de l'EHPAD

La résidence Saint Jean est un EHPAD privé lucratif de 76 lits, avec une Unité de Vie Protégée non financée, appartenant au groupe DomusVi. Elle dispose également d'un PASA. Cet établissement, ouvert depuis 2001, est situé en milieu urbain, au cœur du centre-ville d'Agen. Un déménagement dans de nouveaux locaux est prévu en juillet 2021. L'équipe est constituée de 44 ETP.

La résidence est dirigée depuis X années par Madame Malbec.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

L'EHPAD faisant partie du groupe DomusVi, il bénéficie des outils et services du siège, de la centrale d'achats mise à disposition par le groupe ainsi que des retours d'expérience du réseau.

« (Sans parler de) l'expertise de nos collègues très touchés en Ile-de-France et dans le Grand-Est (qui) a bénéficié aux autres, touchés un peu plus tard. »

Dès fin février, les établissements du groupe ont reçu du siège des informations et des recommandations. Les Directions métiers et régionales du siège étaient mobilisées, en contact direct avec le terrain, afin de capitaliser sur les expériences et théoriser pour une diffusion au réseau.

26/02/2020 : 1^{ers} protocoles « gestes barrières, etc. » dans une visée d'abord préventive

L'EHPAD a pu s'appuyer sur la documentation, les informations et les outils diffusés par la cellule sanitaire du siège. Le groupe a notamment réalisé un travail de synthèse des documents envoyés par le ministère et les ARS, dégageant ainsi du temps aux personnels de terrain et facilitant l'appropriation des nouvelles consignes. Une chargée de qualité au siège a rédigé des protocoles types, à adapter aux spécificités de chaque établissement, pour une mise en application stricte des protocoles et consignes.

09/03/2020 : 1^{ère} décision prise de fermer l'établissement à l'extérieur, renforcement des gestes barrières et nouvelle organisation.

27/03/2020 : confinement en chambre mais « sans mode d'emploi, contrairement aux repas ou à la prise de température par exemple ».

Un travail important de concertation et de co-élaboration a été mené dès le début avec le médecin coordinateur pour l'élaboration des protocoles. Il a été le référent pour toutes les décisions prises « *organe essentiel, indispensable* ».

Le médecin coordinateur était nouveau, il a dû tout de suite faire face à la situation et prendre connaissance des résidents et de l'organisation habituelle. « *Il est devenu (du jour au lendemain) prescripteur de 76 résidents* ».

L'établissement n'a pas formalisé de PCA (Plan de continuité de l'activité), mais il s'est appuyé sur plusieurs outils compilés par le siège (protocoles, etc.).

1.2. La situation sanitaire de l'établissement (suspicion/malades et stocks)

L'établissement a été peu impacté lors de ce premier confinement, avec seulement 4 suspicions de Covid, dont 3 pour des résidents et une pour un professionnel. L'établissement a été très vigilant à l'apparition de symptômes et a testé systématiquement dès le début.

Selon la directrice, les équipements sanitaires (masques, lunettes, gels, gants) étaient suffisants, excepté pour les blouses.

L'établissement a pu être très rapidement approvisionné par la centrale du groupe et ensuite par l'ARS, sans risque de rupture de stocks. « *Nous n'avons jamais bataillé pour avoir des masques* ». Ce fonctionnement a été d'un grand confort, et a permis d'éviter l'inquiétude et les tensions.

1.3 Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

Une mobilisation forte des équipes où la solidarité a permis de faire face au surcroît de travail et d'intégrer rapidement les changements sans faire appel à des renforts supplémentaires, doublée d'un accompagnement nécessaire et important pour les faire monter en compétence sur les questions d'hygiène.

1.3.1. Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

En mars, toutes les fiches de tâches ont été réorganisées ainsi qu'une « *révolution* » des plannings en 2 jours « *dans l'urgence* ». La prise de décision a été très rapide et sans pouvoir toujours s'appuyer sur des directives existantes.

Le contexte a amené les équipes à travailler sous d'autres modalités, avec d'autres rythmes. Les équipes ont été en capacité de s'adapter rapidement « *Pas facile de changer les pratiques comme ça. C'est une rupture totale dans les habitudes de travail* ». Par exemple, chacun était assigné à un secteur et les pauses ont été supprimées. Peu d'absentéisme constaté, excepté quelques cas isolés, qui ont repris très vite le travail. L'établissement a tout fait à moyens constants, ce qui a été rendu possible parce que les équipes ont accepté de sortir un peu de leurs tâches habituelles.

Chacun a continué à faire son métier. Les plus grosses modifications ont concerné les fiches de poste des ASH, surtout pour la partie restauration et les temps de désinfection plus importants « *3 fois par jour en plus du ménage !* ». Il a fallu adapter le service en salle, en chambre (250 couverts), cela a beaucoup bousculé les pratiques. Pour les soignants, chacun dans un secteur, la matinée était réservée aux soins et l'après-midi avec davantage d'animations (changement dans les habitudes) « *pas forts pour ça mais ils ont pu s'appuyer sur l'animatrice* ». Il y a eu également un partage des tâches, chaque chambre était désinfectée le midi par les soignants pour aider les ASH. « *De la solidarité, alors qu'avant pas possible, (la crise) ça a fait bouger les lignes* ». Ce temps pour les soignants a été récupéré grâce à l'absence des transferts au moment des repas.

1.3.2. Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Cette crise a permis de mettre en avant certains professionnels « *cela a révélé les personnalités, des gens qu'on n'aurait pas pensé aller chercher pour gérer une crise* ». Des professionnels, au sein de cet EHPAD, n'ont pas hésité « *à aligner* » les heures de travail, à être sur tous les fronts, à proposer d'en faire plus et d'annuler (spontanément) leurs vacances. Cette crise a mobilisé les équipes, selon la directrice, comme jamais auparavant, même lors d'autres pandémies comme celle récente de gastro.

« *Les collaborateurs ont demandé eux-mêmes le report de leurs CP* »

L'amplitude de travail n'a pas été modifiée afin de ne « *pas trop les user* » ; au contraire, les plannings ont été adaptés afin de ne pas les faire commencer trop tôt ou finir trop tard « *leur offrir ce confort* ».

Le plus difficile à gérer a été le niveau d'impréparation du personnel de soins à la question de l'hygiène. Cela a mobilisé beaucoup de temps du côté de la direction pour expliquer, répéter, surveiller voire « *batailler* » avec eux sur le respect des gestes barrières et des protocoles.

La direction affichait une position assez stricte sur ce point, considérant que le respect de l'hygiène devrait/aurait dû faire partie des compétences « *de base* » des soignants. Contre

toute attente, il est apparu que d'autres professionnels comme par exemple les administratifs, ont pu être davantage vigilants et respectueux de ces règles que le personnel soignant.

La direction ne pensait pas devoir passer autant de temps pour expliquer les risques de cluster et apaiser les sources d'inquiétudes. Cette période a été source de tensions entre la direction et le personnel, qui s'est régulée à travers une information sur les chiffres épidémiologiques pour assoir la communication et obtenir l'adhésion de tous.

Le groupe a offert le repas du midi aux salariés, cette mesure a été bien perçue.

La tension a été très forte les 15 jours qui ont suivi le confinement, pendant la période de quatorzaine, avec une observation accrue de l'apparition de symptômes. Après cela et le constat qu'aucun des résidents n'était contaminé, une vigilance importante des professionnels au respect des gestes barrières et des protocoles d'hygiène a été maintenue.

Des rencontres régulières ont été programmées avec les équipes en fonction des annonces ou changements pour les informer mais aussi les remercier.

La direction avait initié avant la crise un travail important de dialogue social sur un schéma particulier : 2 fois par mois « café des salariés » (temps d'échanges animés par le psychologue ou l'ergothérapeute sur les conditions de travail). Ce dispositif se veut très simple et très ouvert, il a été arrêté en mars et a repris en avril.

1.4. Les impacts du confinement sur l'accompagnement

Un trio, directrice, adjoint et médecin coordinateur s'est constitué pour prendre des décisions collectives et concertées.

- o *Hygiène* : 3 désinfections par jour dont celle du midi, réalisée par les soignants en chambre (Afin de limiter le nombre d'intervenants auprès de chaque résident)
- o *Soins aux résidents* : interventions du psychomotricien et de l'ergothérapeute maintenues. Pas de télémedecine et relations avec les médecins généralistes compliquées (« *Ils se sont auto confinés* ») : peu ont pris des nouvelles des résidents. Aide très importante reçue des équipes mobiles de soins gériatriques.
- o *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : mise en place de Skype alors que pas du tout utilisé avant. Les résidents s'y sont mis spontanément et certains ont adoré. L'unité spécialisée n'a pas confiné en chambre les personnes avec troubles cognitifs. Les professionnels de ce secteur « *ont été très sérieux et très respectueux des protocoles et gestes barrières.* ». La psychologue (nouvellement arrivée) a assuré le lien avec les résidents et avec les familles.
- o *Admission des nouveaux résidents* : beaucoup d'entrées pendant cette période car toutes les situations étaient potentiellement à risque (perte d'autonomie, épuisement de l'aidant, sortie d'hôpital, etc.) avec période de quatorzaine et test.
- o *Repas* : « *cuisine totalement à l'aveugle* ». Pour les résidents pour lesquels il y avait un risque important de dénutrition, mise en place de repas thérapeutiques.
- o *Animations* : des animations ont été maintenues et proposées en petits groupes et par secteurs. L'animatrice s'est partagée sur les différents secteurs le matin et l'après-midi avec en relais les soignants, qui ont également proposé des temps d'animation (book avec des idées d'activité mis à disposition par l'animatrice) pour pallier son absence sur certains créneaux. Pendant cette période, l'activité gym a été maintenue et beaucoup d'activités individuelles ont été proposées.
- o *Participation des usagers* : fin mars, la Direction a organisé un grand apéritif au déjeuner pour annoncer aux résidents le confinement en chambre. « *L'objectif était de ne pas leur faire peur mais qu'ils prennent conscience qu'il n'y avait pas d'autre solution.* » Les équipes et la Direction sont restées ensuite très présentes et disponibles pour répondre à leurs questions.
- o *Maintien du CVS* : suspension totale du CVS jusqu'en juin.

- o *Décès* : cela a été très compliqué à gérer, « *douloureux* » pour les familles mais aussi pour les professionnels, de ne pas pouvoir accompagner correctement les résidents en fin de vie jusqu'au bout.

En réponse à une forte inquiétude concernant l'impact de cette situation sur les résidents et pour éviter « *des pertes de repères* », un rituel nouveau a été mis en place dès le début du confinement sous la forme d'un « *éphéméride* ». Cet outil de repérage simple s'est avéré constituer un bon support d'échanges pour les équipes qui souhaitent le conserver ultérieurement au quotidien.

1.5. Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1. Les relations avec les familles

Historiquement, les familles ont toujours été très présentes au sein de l'établissement : la directrice a donc souhaité maintenir ce lien, tout en restant « *très très vigilante pour ne pas faire entrer le virus* ». La Direction en mars a appelé toutes les familles pour « *garder la confiance et le lien* ».

Les familles au début étaient très respectueuses des consignes, elles ont bien compris et « *joué le jeu* ». Il a surtout fallu les rassurer et réguler leur souhait d'apporter des objets aux résidents (chocolats, vêtements, etc.).

Pour informer les familles, l'établissement a publié tous les jours des actualités sur son site internet avec des photos des activités et des résidents. « *Cela leur permet de voir que même à distance, il se passe des choses* ». L'utilisation d'outils comme Skype a aussi été très utile pour les familles (« *presque plus que pour les résidents* »).

L'annonce ministérielle du 19 avril a mis en difficulté l'établissement face aux attentes générées auprès des familles avec la mise en place rapide d'un protocole adapté. Les professionnels ont eu le sentiment que les annonces entraient en contradiction avec leur devoir de protection face au risque de circulation du virus.

La Direction a ouvert l'établissement mais sous certaines conditions assumées, en appliquant un protocole sanitaire strict adapté à l'organisation.

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

La solidarité locale a facilité la mise en œuvre des repas en chambre lors du 1^{er} confinement grâce au prêt de plateaux et de chariots par l'école voisine. L'établissement a également reçu des aides « *spontanées et inattendues* » : masques en tissu, des chocolats, des mots. Ces nouveaux liens créés sont à maintenir.

« *(c'est) un peu anecdotique mais dans un contexte où nous sommes à flux tendu, à fleur de peau, ce sont des gestes très importants, qui ont une résonance forte.* »

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

La résidence a bénéficié de relations très positives avec la délégation départementale du 47 de l'ARS, avec la réception dès mars d'une « *to do list* » qui « *paraissait sans fin* » mais qui s'est avérée finalement très opérationnelle. Cet outil a permis de vérifier et de valider les décisions prises et s'est avéré rassurant. Par contre, la directrice a déploré une absence de relations avec le conseil départemental.

Premier bilan

La crise a permis le développement d'une « vie de voisinage », inexistante auparavant. Des liens ont été créés ou renforcés avec de nouveaux partenaires du sanitaire (équipe mobile gériatrique) ou avec du soutien trouvé au sein de la société civile (mairie).

La résidence a constaté une évolution très positive des relations Résidents-Soignants : « *On a appris à mieux les connaître... ils se sont davantage confiés à nous...* ».

Plusieurs outils et dispositifs mis en place pendant cette période seront maintenus ou développés par la suite :

- L'éphéméride
- Skype
- L'animation par les soignants

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

Une gestion des visites des familles et une relation avec elles beaucoup plus problématique et tendue qu'en début de crise.

2.1. Contexte

- Un résident asymptomatique de retour d'hospitalisation mis à l'isolement.
- Prise de congés d'été pour tous les professionnels et rattrapage des congés du printemps (faible absentéisme).
- Gestion centrale avec grosse anticipation / sensibilisation dès juin sur les stocks (en lien avec le plan bleu), stock porté à 3 semaines

« Paradoxalement, cela a été plus difficile de déconfiner (que de confiner) ».

Lors du confinement, il y a eu beaucoup de contraintes organisationnelles mais l'établissement s'estimait très en sécurité car fermé à l'extérieur. A cette époque, le seul point de vigilance était que les professionnels ne fassent pas entrer le virus dans l'établissement. L'ouverture de l'établissement aux visites des familles a été source de tensions importantes, davantage que celles générées lors du confinement en mars.

En effet, le risque de circulation du virus a augmenté car les familles pouvaient entrer et sortir. La Direction a mobilisé beaucoup de temps pour organiser ces visites et réguler les tensions avec certaines familles peu respectueuses des protocoles. Les tensions n'ont concerné que certaines familles, mais leur régulation a pris beaucoup de temps et cela « *use nerveusement* ».

2.2. Ce qui a changé

- Retour des kinésithérapeutes mais sous certaines conditions, en s'appuyant plus fermement sur la convention signée (peu respectée auparavant), avec pour conséquence un réel bénéfice pour les résidents grâce à une augmentation de la qualité des interventions.
- Des liens étroits se sont créés avec l'équipe mobile de soins en gériatrie et l'Hospitalisation à Domicile (HAD), avec plus de contacts et d'échanges « *ils sont d'une grande aide* » ainsi qu'avec les élus de la ville d'Agen.
- Maintien de l'éphéméride, de Skype et des liens de proximité (mise en place d'un nouveau plan de table tenant compte des nouveaux liens de voisinage créés)
- Mise en place d'une équipe Covid en interne prête à intervenir sur les « cas covid » (liste de professionnels dédiés), pas de zone covid dans l'établissement.

2.3. Ce qui a repris

- Les repas en salle avec aménagement de l'espace et respect des gestes barrières (1 jour par secteur)
- Les activités maintenues et adaptées pendant la période de chaleur estivale ; arrivée d'une nouvelle animatrice.
- Chacun a repris son périmètre de tâches « *malheureusement peut-être* » (Cf. l'animation par les soignants) mais tous doivent en faire un petit peu « *il reste une bonne collaboration* »
- Ouverture de l'unité spécialisée.
- Le café des salariés et les temps de réunion « *retour à la normale* ». Fin du point quotidien COVID, le CODIR ne se réunissant plus qu'une fois par semaine.

2.4. Questions restées en suspens

Le niveau de responsabilité a été questionné ainsi que la marge de manœuvre entre un ordre/une injonction, qui nécessite une application immédiate et une recommandation, qui nécessite une adaptation à l'organisation de la structure.

Un soutien par PsyFrance a été proposé mais la directrice n'a pas d'information sur le nombre de sollicitations par des professionnels de l'établissement.

Deuxième bilan

Un travail important a été mené pour l'élaboration du PRA (Plan de Reprise de l'Activité), qui contrairement au PCA (peu formalisé) est beaucoup plus complet. Sur demande du groupe, il y a eu avant le déconfinement, un dépistage massif au sein de l'établissement « une photo sanitaire ».

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

Des équipes encore fortement mobilisées avec un niveau de vigilance élevé engendrant beaucoup de fatigue.

3.1. Contexte

« *Nous ne sommes pas apaisés du tout* ». Les professionnels ne sont pas sereins, même si le niveau d'angoisse est moindre qu'en mars. Ils ont le souhait d'avancer et de tourner la page. Le niveau d'engagement est le même mais avec le sentiment qu'il y a une forme de fatigue et de lassitude « *nous ne sommes pas face à des marathoniens de la crise sanitaire* ».

3.2. Une organisation particulière qui tient compte des risques qui perdurent :

- La Direction a maintenu le principe de communication avec les familles mais pas au même rythme (dorénavant 1 courrier institutionnel par semaine en fonction des modifications ou annonces gouvernementales)
- Pas de problèmes avec les résidents, qui restent très compréhensifs. Maintien de toutes les activités à l'intérieur avec respect des protocoles et gestes barrières (groupe un peu plus élargi)
- Importante surveillance clinique qui ne permet pas actuellement de dégager du temps aux professionnels pour travailler sur d'autres projets (ex. animation et soin).
- Reprise des réunions avec le CVS. La première (avec beaucoup « d'appréhension ») sous format numérique en raison des consignes sanitaires donc uniquement avec les familles, la deuxième en présentiel avec résidents et familles ainsi que reprise des commissions.
- Maintien du niveau de vigilance concernant la désinfection « *rappels réguliers pour ne pas relâcher l'attention* »

3.3. Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées :

- Situations de tension avec les familles et les soignants (certaines familles refusent d'appliquer les règles de distanciation sociale, ou se plaignent de la qualité de l'accompagnement) ; certaines familles sont systématiquement en opposition avec les directives

gouvernementales que l'établissement doit appliquer « *nous somme un déversoir* ». D'autres au contraire sont très reconnaissantes. Des tensions très fatigantes à gérer.

- Difficulté à travailler avec les médecins généralistes. Mise en place difficile de la télémedecine surtout du côté du secteur médical qui n'est pas prêt, sur le territoire, alors que des besoins sont identifiés notamment pour des consultations éloignées géographiquement.
- La mise en œuvre du CVS avec des résidents reste très problématique et le cahier des charges difficile à appliquer. Pour pallier le manque de représentants, la Direction convie tout le monde aux réunions en essayant de favoriser les échanges et la liberté de parole.
- L'image de l'EHPAD a encore été abimée par cette crise sanitaire et entraîne des réticences de la part des familles à installer leur proche en EHPAD.

3.4. Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Formation des professionnels à l'hygiène, même pour les soignants (Cf. Semaine de l'hygiène en octobre organisée par le groupe)
- Besoin d'outiller les professionnels : plusieurs formations prévues (Cf. AMI ARS) sur "le toucher et l'automassage", "les transferts et la manutention"...
- Relecture tous les 6 mois du Document Unique pour mise à jour.
- Depuis le début du déconfinement, *beaucoup de fatigue... et on voit un peu de "décohésion"* (l'après COVID...) pas de fortes tensions, mais « moins de cohésion ».

3.5. Les projets à venir

- Réfléchir à la place de l'animation dans le soin
- Réfléchir à la composition et au fonctionnement du CVS
- Mise en place de nouvelles activités réfléchies pendant le confinement à destination notamment des résidents avec troubles cognitifs (médiation équine, club de marche, piscine)
- Réflexion en cours pour maintenir des heures de visite afin de laisser les résidents circuler librement, (« *dans la tenue qu'ils souhaitent* »).

Monographie

Centre médicalisé de Lolme

Caractéristiques de l'EHPAD

Le centre de Lolme fonctionne depuis juin 2010 sous la forme d'un ensemble EHPAD-SSR de 90 lits, comprenant un SSR de 30 lits d'une part et un EHPAD de 60 lits d'autre part. L'EHPAD de Lolme est un EHPAD privé associatif de 43 lits, 5 lits en hébergement temporaire et 12 lits en unité sécurisée pour des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Il dispose également d'un accueil de jour Alzheimer de 5 places. Cet établissement est situé en milieu rural dans le Sud-est de la Dordogne, sur une propriété d'environ 9 hectares. Il dispose de plusieurs bâtiments, avec des pavillons disposés en étoile autour d'une partie centrale, qui regroupe l'entrée et les espaces de vie commune. L'équipe est constituée de 57,47 ETP.

La résidence est dirigée depuis 11 années par Madame Verdon.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

En difficulté au début de la crise pour harmoniser les décisions et trouver une bonne articulation entre le sanitaire et le médico-social, l'EHPAD a pu s'appuyer sur les compétences d'hygiéniste de la cadre de santé, qui se sont avérées un atout majeur pour gérer la crise.

Une cellule de crise a été constituée, regroupant la Directrice et les deux cadres de santé de l'EHPAD et du SSR. Le PCA a été formalisé début mars, intégrant les comptes-rendus de réunion de la cellule de crise, les protocoles rédigés et le plan bleu complété.

04/03/2020 : 1^{ère} cellule de crise ;

06/03/2020 : restriction des visites ;

12/03/2020 : fermeture aux visiteurs ;

Beaucoup de textes ont été reçus, jugés « *éloignés du terrain* », qu'il a fallu lire, « *traduire* » et synthétiser pour que les équipes puissent se les approprier. Des recommandations parvenaient tous les jours, parfois contradictoires entre elles, ce qui pouvait mettre la direction en porte-à-faux face à ses équipes.

Au début, le discours était injonctif, et a donné lieu à une mise en application stricte des consignes ; puis les directives ont pris la forme de recommandations, laissant plus de latitude à la direction pour prendre des décisions et les adapter à l'organisation.

L'EHPAD a pu également s'appuyer sur le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins de Nouvelle Aquitaine (CPIAS), estimé « *réactif et de bon conseil* ».

1.2. La situation sanitaire de l'établissement (suspicion ou malades et stocks)

L'établissement a été peu impacté lors de ce premier confinement, avec seulement 2 suspicions chez les résidents de l'EHPAD (3 cas au même moment au sein du SSR : 2 patients et 1 professionnel) mais dès fin mars. Plusieurs suspicions depuis, mais toutes négatives.

Selon la directrice, les équipements sanitaires étaient insuffisants, au début notamment pour les masques et les surblouses « *alors que plus de besoins à ce moment-là* ». Elle a dû faire preuve de « *débrouille* » pour récupérer le matériel : dons des entreprises, de la Croix-Rouge puis distribution par l'ARS.

1.3. Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

Une mutualisation des moyens entre les deux structures a permis de pallier à la baisse des effectifs au sein de l'EHPAD et aux besoins supplémentaires d'accompagnement.

1.3.1. Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

La fiche de poste de la cadre de santé de l'EHPAD a été adaptée pour intégrer ses compétences d'hygiéniste et la désignant comme « référente risques infectieux », validant les décisions.

Le personnel à risque a été « écarté » (femme enceinte, etc.). Pour remplacer ces salariés, l'EHPAD a pu s'appuyer sur les ressources du SSR qui, à cause de la situation sanitaire, se trouvait confronté à une baisse d'activité : « *redéploiement du personnel sanitaire qui profite aux deux structures* » (psychologue, kinésithérapeute, aide-soignante, infirmière).

A ce moment-là, la posture des professionnels des deux structures (sanitaire/SSR et médico-social/EHPAD) par rapport aux risques infectieux n'était pas la même, un « *problème de maturité et de moyens* » mais avec un taux d'encadrement par lit plus élevé pour le SSR que pour l'EHPAD « *il n'est donc pas possible de faire le même travail, encore plus face à la crise sanitaire* ».

L'établissement n'a pas été confronté à un absentéisme important sur cette période grâce aux écoles ouvertes, qui ont permis aux professionnels de venir travailler. L'établissement avait pris la décision d'organiser un système de garde si besoin « *ça les a rassurés qu'on propose des solutions.* »

Le personnel administratif n'a pas été mis en télétravail (secrétaires et comptable) à cause de problèmes techniques (zone rurale/blanche). Ils ont de plus été « réquisitionnés » pour organiser les visites des familles, engendrant pour eux une charge de travail supplémentaire importante.

1.3.2. Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Cet EHPAD est une petite structure « soudée », ce qui a permis aux professionnels d'être très réactifs et de prendre rapidement des décisions collectivement.

La charge de travail a augmenté, surtout au début de la crise (avec les premières suspicions), mais toutes les décisions ont été validées collectivement facilitant leur acceptation et déclinaison sur le terrain.

Les équipes ont été au début « *très en panique* ». Elles devaient gérer la peur pour les résidents mais aussi, contrairement à d'habitude, la peur pour eux. Un important travail d'accompagnement a été mené auprès des équipes pour répondre à leurs questions, gérer les angoisses « *au début, on leur téléphonait pour les préparer, en plus des réunions de transmissions ou par la suite les réunions collectives.* »

L'équipe de direction a également fait une lettre aux familles des professionnels pour leur expliquer la situation, les mesures prises et ainsi les rassurer.

Toutes les instances ont été sollicitées pour diffuser l'information : réunions de transmission, Comité Social et Economique, etc. Il y a eu un rappel quotidien des mesures prises, gestes barrières et des protocoles actualisés « *peut-être que c'est plus facile, car on est une petite équipe.* ». Le plus difficile pour la direction était de répondre aux questions techniques (ex. durée de la contagion, etc.). Des outils comme la revue de presse du site Hospimédia ont été très utiles pour cela.

1.4 Les impacts du confinement sur l'accompagnement

Une situation quasi-ordinaire « vécue comme d'habitude » mais des effets délétères liés au confinement en chambre constatés à la suite de l'arrêt des activités collectives, dans un EHPAD où « le collectif, la vie sociale et l'image de soi » tiennent une place fondamentale dans le projet d'établissement.

L'établissement a pu de manière générale anticiper les décisions gouvernementales. « *C'est allé très vite, il fallait réagir mais nous n'avons jamais été sous l'eau.* »

Peu de changements ont eu lieu dans l'organisation de l'EHPAD (seul un résident est retourné à domicile dans sa famille et un décès (hors Covid) pendant cette période) « *on a gardé beaucoup de choses* » contrairement au SSR, qui a dû modifier ses plannings (baisse d'activité) et créer un espace dédié COVID (en prévision de l'arrivée possible de cas COVID de l'EHPAD).

- *Hygiène* : la cadre de santé hygiéniste a été une ressource très précieuse.
- *Soins aux résidents* : présence des kinésithérapeutes du SSR redéployés sur l'EHPAD donc « *deux fois plus de séances de kiné* ». Les médecins généralistes ont poursuivi leurs visites normalement. L'atelier de socio-esthétisme était proposé par une AS en interne, donc il a pu être maintenu.
- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : « *confinement en chambres dès le début* » l'EHPAD a récupéré sur cette période le mi-temps psychologue du SSR pour accompagner les résidents en souffrance. L'annuaire a été distribué aux résidents pour qu'ils puissent s'appeler entre eux et ils pouvaient avoir des contacts dans le jardin « en respectant les gestes barrières ». Les résidents ont été informés de la situation et ont bénéficié d'échanges avec au cas par cas (Cf. troubles cognitifs ou pas). Ils se sont montrés plutôt « *disciplinés et fatalistes* ».
- *Admission des nouveaux résidents* : il n'a pas été possible d'accueillir de nouveaux résidents « interdiction », sauf si la filière de soins avait été saturée et en cas de situation à risque.
- *Repas* : beaucoup d'ajustements nécessaires pour les repas en chambre, notamment pour les personnes avec une perte d'autonomie importante et des troubles de l'alimentation « *compliqué et chronophage, beaucoup de procédures différentes, d'ajustements avant de trouver la solution* ». Il a fallu gérer l'équipement (chariots), le renfort en personnel (service en chambre) et rester vigilants sur le niveau de nutrition des résidents.
- *Animations* : l'activité de l'animatrice a été redéployée pour proposer des animations individuelles en chambres. Très tôt elle a proposé aux résidents l'utilisation de la tablette avec Skype et WhatsApp pour communiquer avec l'extérieur « *pour ne pas souffrir de claustration* ».
- *Unité Alzheimer* : pas de confinement en chambre mais dans l'unité (jardin thérapeutique fermé). Pour les résidents avec des troubles cognitifs, la décision de laisser déambuler a été prise au cas par cas.
- *Participation des usagers, maintien du CVS* : les instances représentatives ont été mobilisées pour valider les protocoles et procédures ou leurs évolutions. Historiquement, le CVS a toujours été très sollicité et très impliqué dans les projets de la structure.

1.5. Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1. Les relations avec les familles

Une permanence téléphonique a été mise en place au début du confinement pour répondre aux besoins des familles, week-end compris. L'établissement a également très vite, dès fin mars, organisé des visites « sécurisées » avec les familles sous forme de « parloir » : 30 minutes, une fois par semaine (protocole validé par l'ARS).

La réaction des familles a évolué en fonction de la période : d'abord affolées (au début), puis rassurées (après) par les mesures drastiques et faisant preuve de reconnaissance, remerciements et dons « *l'animatrice a réalisé un book de tout ça pour garder une trace* », ensuite des tensions sont apparues avec les annonces gouvernementales de réouverture.

Les familles ont reçu toutes les semaines une lettre leur donnant « *en toute transparence* » une information à jour de la situation (modifications de l'organisation prévues, suspicion, etc.).

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

La directrice a constaté « *beaucoup d'échanges et de compréhension* » avec l'entreprise sous-traitante pour respecter les protocoles. Les autres partenariats ont été maintenus. Seules les maintenances prévues par des entreprises extérieures ont été différées pour éviter trop d'allers et venues dans l'établissement.

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

Des aides extérieures étaient attendues (plateforme ARS, matériels, HAD, cellule de crise DD ARS) mais l'EHPAD a reçu peu de soutien concret. Par exemple, « *Ils demandent de se référer à la médecine du travail mais la médecine du travail a fermé le 01/03 !* ».

Premier bilan

Une nouvelle communication, plus transparente et plus régulière, a été mise en place avec les familles. Cette expérience a fait monter en compétence les professionnels du médico-social sur les questions sanitaires « *avant ça, ils ne savaient pas et même ça leur faisait peur* ». Ils ont cependant eu beaucoup de mal à faire face aux changements mais une équipe finalement « *très chaleureuse donc tout se passe avec beaucoup de convivialité* ».

La prise en compte dans la dotation de la baisse d'activité par les pouvoirs publics a beaucoup rassuré. Malgré la mise en place d'activités individuelles, beaucoup de dégradation observée chez les résidents et notamment chez les personnes avec des troubles cognitifs, « *des effets délétères de la crise très visibles à cause du manque de contacts* ».

Les outils de communication Skype / WhatsApp mis en place pendant cette période seront maintenus ou à développer par la suite et d'autres projets doivent être (re)activés comme la télé-médecine malgré des freins techniques (équipement, zone blanche).

Un book sur cette période a été réalisé et une étudiante en master 2, présente durant cette période, réalise son mémoire sur ce sujet.

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

Une hausse des tensions avec les familles, « plus d'agressivité de leur part qu'au début ».

2.1. Contexte

Le PRA a été élaboré dès le 13/05 et révisé le 23/05 puis mis à jour pour intégrer les dernières annonces gouvernementales liées à l'accueil des familles « *il est très structuré, par étape et pédagogique* ».

Les professionnels ont dû pallier le manque de personnel et les difficultés de recrutement rencontrées sur certains postes cet été, engendrant beaucoup de fatigue. Les missions de la référente « *risque infectieux* » ont été pérennisées.

- Durant cette période, aucun malade ni aucune suspicion, des tests réguliers sont effectués (peu de circulation du virus en Dordogne). Le taux d'occupation des lits est de 100%.
- Prise de congés d'été pour tous les professionnels sauf pour une infirmière (problème de recrutement). Il n'y a pas eu d'impact particulier du COVID sur les congés. Cependant, davantage de cas contacts à gérer liés aux retours de congés « *hausse de l'inquiétude au moment du retour des vacances* ».
- Stocks pour l'instant suffisants mais des inquiétudes sur leur capacité à faire face en cas de cluster dans l'établissement « *un secteur toujours en tension et pas encore très fluide pour les commandes* ».

2.2. Ce qui a changé

Des difficultés importantes pour recruter dans certains secteurs (infirmiers, aides-soignantes) qui « se sont aggravées depuis juillet » avec le COVID

Utilisation des outils Skype/WhatsApp mais pas au même rythme (car reprise des visites). Ils sont maintenant surtout utilisés par les familles éloignées géographiquement ou pour les obsèques.

Mise en place d'un registre pour les familles.

Validation par le comité éthique en accord avec le CVS et le CDU (très actifs) des décisions prises pour les visites, le déconfinement, etc. ainsi que de la constitution d'une commission conciliation, pouvant être sollicitée en tant que médiateur en cas de conflit/tensions trop fortes avec des familles.

2.3. Ce qui a repris

Ouverture de l'établissement lors de la fête des mères et rencontre sans les « parloirs ».

Les repas en collectif ont repris "pour le plus grand plaisir des résidents", qui commençaient à beaucoup souffrir de la solitude et de l'isolement en chambre.

Réouverture de l'unité Alzheimer aux familles.

Pas de sorties, ni de fêtes avec les familles mais reprise des apéritifs avec les résidents le vendredi soir.

Les prestations des psychologues et des kinésithérapeutes de nouveau, à mi-temps sur chacune des deux structures (EHPAD/SSR). Retour des podologues, coiffeurs, art-thérapeute et du bénévole pour la chorale.

2.4. Questions restées en suspens

La gestion du personnel et le droit du travail dans le cadre de cette crise (horaires, remplacement, etc.).

Le cadre d'utilisation des nouvelles technologies.

Comment maintenir le respect des gestes barrières hors crise pour réduire les risques de transmission de virus ? Comment concilier l'hygiène et la liberté ?

Deuxième bilan

Les difficultés pour faire respecter les gestes barrières aux familles ont nécessité un encadrement rigoureux et des rappels à l'ordre fréquents.

L'atmosphère, jusqu'alors très familiale avec des rapports habituellement très cordiaux, s'est dégradée lors du déconfinement, avec une hausse des tensions et de l'hostilité de la part de certaines familles.

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

Des équipes encore fortement mobilisées avec un niveau de vigilance élevé engendrant beaucoup de fatigue.

3.1. Contexte

Il est important de maintenir la vigilance « *il faut vivre avec* ». Il est nécessaire de retravailler les pratiques, repréciser des points, faire des piqûres de rappel régulièrement auprès des équipes tout en tenant compte de la fatigue accumulée.

3.2. Une organisation particulière qui tient compte des risques qui perdurent

- Pas de relâchement possible, besoin d'un encadrement quotidien des équipes pour vérifier le respect des gestes barrières et des protocoles. Beaucoup de suivi de la part de l'équipe de direction.
- L'animation s'implique énormément pour essayer de compenser les effets délétères du confinement observés chez les résidents et faire face à une « *mise en retrait des résidents malgré le retour des activités, un désengagement, une perte de rythme et de motivation, d'énergie.* »
- Des points qui ont émergé pendant la crise seront à intégrer au projet d'établissement : la commission médiation, le comité éthique, les repas en chambre, etc.

3.3. Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées

- Pas assez de temps de soutien psychologique en EHPAD « pas assez doté » ; davantage d'ETP souhaité et aussi le besoin de former/sensibiliser les équipes sur ces aspects-là.
- Problématique du recrutement (pas de soutien identifié pour l'instant).

3.4. Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Des ressources humaines spécialisées dans l'hygiène pour pouvoir étayer au quotidien les pratiques, surtout dans ce contexte.
- Une réflexion dans le cadre du comité éthique (en cours) sur la privation des libertés.
- Réponse à l'AMI QVT en cours pour une demande de matériel afin de réduire la fatigue des équipes (accentuée par la crise) dans les tâches du quotidien.

3.5. Les projets à venir

- Formation : de l'IDE et du médecin coordonnateur aux prélèvements, en interne sur la gestion de la crise
- Retour d'expérience de l'étudiante en Master 2 sur la gestion de la crise par l'établissement
- Continuer à développer le réseau.

« Beaucoup de sollicitations pour une démarche REX mais pour l'instant ce n'est pas fini, on a du mal à trouver le temps et on essaye de garder l'énergie pour les événements possibles à venir. »

Monographie

Foyer Notre Dame de Puyraveau

Caractéristiques de l'EHPAD

Le Foyer Notre Dame du Puy est un EHPAD de 90 lits et ne possède pas d'unité Alzheimer. Cet établissement, créé en 2013, est situé en milieu rural, à Champdeniers Saint Denis dans les Deux-Sèvres et dispose de somptueux bâtiments anciens déployés sur 2 ailes « en U » sur plusieurs niveaux. De statut privé non lucratif, l'équipe est constituée de 62 ETP.

La résidence est dirigée depuis 20 années par Monsieur Favrelière, qui a notamment développé des pratiques novatrices et reconnues pour lutter contre la dénutrition des résidents¹⁶.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

Une politique qualité rigoureuse et des investissements humains récents ont permis d'apporter une réponse rapide et structurée face à la situation de crise.

Démarche qualité

L'EHPAD a maintenant acquis une culture de la formalisation avec les procédures du plan bleu et possède la rigueur nécessaire pour mettre en œuvre de nouvelles procédures. D'autre part, les travaux effectués dans l'établissement par une hygiéniste financée par l'ARS en 2019 ont été un atout majeur pour l'adaptation de l'EHPAD à la crise. De plus, un manager opérationnel a été recruté récemment, pour accompagner les nouveaux professionnels, et accompagner et former les équipes au plus près du terrain. Enfin, les relations avec le CVS se sont largement développées ces derniers temps : ses membres portent des projets, sont informés régulièrement par la Direction, et ils font le lien avec les résidents et les familles.

Le confinement a pu être anticipé dès le 5 mars, avec un ensemble de mesures décidées par la cellule de crise, sous la responsabilité partagée du directeur et du médecin Co et sur la base des recommandations faites par le gouvernement ou l'ARS : inventaire et protection des stocks d'EPI, procédures sur mesures barrières pour salariés et résidents, renforcement hygiène, nomination d'un référent COVID (= IDEC).

Dans le même temps, le directeur a beaucoup communiqué pour informer de façon claire sur les évolutions de la situation et rassurer équipes (réunions, IRP), résidents et familles (CVS), et partenaires.

Le plan de continuité de l'activité a été présenté au conseil d'administration et au CVS le 9 mars. Un document de pilotage, intitulé « confinement-déconfinement » retrace les différentes étapes, au jour le jour, de la gestion de crise puis présente une série de réflexions et de mesures prises pour adapter l'établissement à la situation ; ce document a probablement servi de base pour la rédaction du PCA et du PRA.

Le médecin coordonnateur s'est avéré très impliqué, en binôme avec le directeur, pour discuter et valider les échanges avec les équipes.

¹⁶ L'EHPAD conçoit quotidiennement des bouchées alimentaires enrichies pour personnes ayant des difficultés de déglutition. Complément alimentaire pour certains, méthode exclusive d'alimentation pour d'autres, l'initiative a permis de faire tomber à 15% le nombre de résidents dénutris, contre 50 % dans les EHPAD en général.

1.2 La situation sanitaire de l'établissement

Une prévention de la contamination des résidents et professionnels facilitée par une gestion efficace des stocks d'EPI

L'établissement a été peu impacté par le Covid 19 lors de ce premier confinement, avec seulement 4 suspicions de contamination, 3 pour des professionnels, une pour un résident. Globalement, le taux de contamination dans les EHPAD des Deux-Sèvres a été très faible, comparé à d'autres départements.

L'état initial des stocks en EPI : selon le directeur, les équipements sanitaires (masques, lunettes, blouses) étaient insuffisants, ainsi que les thermomètres et l'accès aux tests.

Les professionnels ont cependant estimé avoir toujours eu les moyens de travailler en sécurité et expriment leur reconnaissance à l'égard de la direction qui s'est mobilisée fortement pour qu'ils ne manquent pas d'EPI (masques, gel, visières).

En fin de confinement (fin avril), l'établissement recensait les possibles risques de contamination pour les résidents de l'EHPAD :

- Risque de contamination lors des visites autorisées : risque quasi nul au regard des protocoles stricts en place ;
- Risque de contamination lors de consultations ou d'examen complémentaires : risque faible en raison de la limitation du nombre de ces consultations et des protocoles sanitaires observés par les partenaires ;
- Risque de contamination par les professionnels : risque majeur, malgré les formations et rappels quotidiens sur les mesures d'hygiène sur site et conseils sur les « conduites à tenir » hors de l'EHPAD.

Les professionnels ont signalé également les impacts du confinement sur la santé des résidents, que ce soit sur le plan physique (manque d'exercice, suivi médical *a minima*) que moral en raison de l'isolement, avec des constats de régression.

1.3. Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

Ajustements du personnel et adaptations du management pour sécuriser l'établissement et les pratiques tout en assurant la continuité du service auprès des résidents

1.3.1 Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

Le recrutement d'un manager opérationnel juste avant la crise, s'est avéré un atout important. Son rôle est d'accueillir et intégrer les nouveaux salariés, développer les compétences des professionnels, en proposant des formations continues ou diplômantes alors que l'IDR et la RHVS, accaparés par des tâches administratives, ont une présence réduite sur le terrain.

Le Foyer a dû faire face à un absentéisme important, ce qui est structurel dans cet établissement, et a dû annuler congés et RTT ; les 30 bénévoles n'ont pas pu intervenir du fait du confinement ; **5 personnes ont été recrutées** en CDD dès le début de la crise (avec l'accord du conseil d'administration) pour mettre en place le Sas, assurer une hygiène des locaux en continu et pour répondre aux aménagements logistiques spécifiques. Les plannings ont été modifiés.

1.3.2 Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Un encadrement très présent, attentif et réactif aux situations individuelles des professionnels, suscitant leur participation aux prises de décision tout au long de la crise.

L'encadrement a favorisé le dialogue avec les professionnels : réunions d'information, de discussions pour adapter l'organisation du travail, de transmissions, de formation à distance/ou pas, 4 réunions du CSSCT, échanges réguliers avec els IRP ; **cellules de crise**

(participation de 8 professionnels chaque matin à 9h30 pour adapter en continu l'accompagnement des résidents).

(Directeur) « Comme on ne savait pas, on a plus écouté les salariés »

Soutien au personnel : garde des enfants du personnel (3 salariés, 8 enfants), aménagement d'horaires et entretiens individuels avec salariés en stress (22).

« Un temps très fort dans le champ professionnel.....mais un temps très fort aussi à la maison avec l'école à la maison après la journée à l'EHPAD »

L'EHPAD a été en lien constant avec le médecin du travail, une fois par semaine, et il est resté en contact visio avec les salariés sur demande.

Les cadres étaient là dès 6h30 du matin pour repérer les professionnels en difficulté, rassurer, reprendre les défaillances. La présence des cadres est soutenante et mobilisatrice pour les salariés.

« Le directeur et tout l'encadrement étaient présent tous les matins : un témoignage de soutien... » « On avait conscience de faire bloc autour du directeur »

Les professionnels ont fait part d'une période de stress intense en début de confinement, inquiets de transmettre le virus aux résidents, ou à leurs proches.

« Des collègues " qui ont une peur bleue de ce Virus... essayer de les aider à garder la tête hors de l'eau... »

Par ailleurs, ils ont dû être beaucoup plus attentifs aux résidents, privés de leurs liens familiaux et affectifs.

« Des échanges très très forts avec des résidents en difficulté du fait de la privation des contacts avec les membres de leur famille, beaucoup d'émotions, souvent partagées avec le personnel »

Les professionnels ont témoigné d'une bonne entente entre les professionnels, de beaucoup d'entraide, et de bienveillance, tous services confondus...

« On sentait qu'on se battait pour la même chose »

« Parce qu'on aime notre travail, parce qu'on aime cette institution, parce qu'il y a une bonne ambiance, familiale... parce que la hiérarchie est très à l'écoute et très bienveillante...et les résidents sont exceptionnels...On ne s'est jamais senties seules... »

« On l'a fait parce qu'on devait le faire... »

La crise a mis en évidence les capacités des professionnels à s'impliquer et à innover dans l'intérêt des résidents.

« Des gens dans les équipes se sont révélés au travers de ces difficultés : ils ont émis des propositions, se sont adaptés, ont été en appui de leurs collègues. D'autres qui semblaient solides « se sont effrités très vite ».

1.4 Les impacts du confinement sur l'accompagnement des résidents :

Les protocoles d'adaptation des pratiques à la situation de crise sont réfléchis en cellule de crise et mis en œuvre très tôt dans cet établissement.

- *Hygiène : nettoyage des locaux en continu (barres de maintien, sols) avec des produits désinfectants plus puissants, circuit du linge circuit spécifique pour le linge du personnel ;*
- *« Gros tuyau comme sur les chantiers pour évacuer le linge sale » ;*
- *Sas d'entrée ; espace dédié COVID (salles kiné + coiffure)*
- *Gestion des stocks et distribution : état des lieux gel et masques, puis recherche auprès des fournisseurs « On a toujours eu les EPI pour se protéger, la direction s'est battue pour ça »*
- *Soins aux résidents : Réduction des interventions médicales et paramédicales ; recours à la télémédecine (ex : consultation d'un psychiatre pour un patient avec troubles neurocognitifs : c'est efficace) ; prévention de la dégradation de la santé des résidents : la cellule de crise est une vraie ressource : 8 professionnels y participent chaque matin à 9h30. Repérage des résidents qui*

ne vont pas bien, proposition de mesures à mettre en place / adapter, la psychologue concentre son attention sur ces personnes pour apporter des réponses et les soutenir.

- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres : la contrainte architecturale des 2 ailes de bâtiment et plusieurs étages transformée en opportunité : mesure d'isolement en chambre de tout l'étage si suspicion, en lien avec méd co-méd traitant et avec un AS volontaire dédié (protocole visé par l'hygiéniste) ; limite des sorties des résidents et des regroupement (repas, activités)*
- *Repas : Charge importante en cuisine car l'équipe a été divisée en deux ; peu d'aménagements nécessaires pour la distribution des repas car l'organisation du Foyer pour lutter contre la dénutrition permet déjà une grande souplesse (chariots, frigos, fours)*
- *Animations : activités suspendues sauf promenades dans le parc et remplacées par des visio en Skype avec les familles (quelques tablettes + celles fournies par la fondation Boulanger / le département) ; les résidents se sont bien adaptés à cet outil.*
- *Participation des usagers : constat des capacités d'implication des résidents (ceux sans troubles cognitifs) dans une démarche collective de prévention des risques (gel hydroalcoolique, distanciation sociale). Les résidents semblaient rassurés et confiants envers le personnel. Certains expriment leurs choix :
"Si on n'a le droit de voir qu'une personne, c'est untel que je veux"
Les mesures prise en interne ont fait l'objet d'une communication adaptée vers les résidents, au même rythme que celle effectuée à destination des familles :
 - Documents écrits remis à chaque résident
 - Information individualisée en direct, effectuée en fonction des personnes : par l'AS ou l'AMP de quartier, par l'animatrice ou par la Psychologue
 - « Les résidents ont été (sur) exposés à des messages anxiogènes à la télé »
 - « Les résidents ont plutôt bien résisté psychologiquement » ;
 - « On a connu d'autres périodes difficiles »*
- *Maintien du CVS : PCA et PRA visés par le CVS ; le CVS fait le lien avec les familles « communication positive »*
- Mise en évidence de la pertinence de certaines orientations préconisées préalablement par les autorités / à pérenniser :
 - ✓ Utilisation des outils numériques dans les pratiques
 - ✓ Prévention des risques
 - ✓ Formalisation des plans bleu et plans qualité.
 - ✓ Formalisation des PCA.
 - ✓ Mutualisation de moyens.

1.5 Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1 Les relations avec les familles

WE du 7 et 8/3/2020, il y a eu des débordements : les familles sont entrées en surnombre, parfois avec des mineurs, parfois par la fenêtre ; il y a eu des vols de masques et gel, des sorties par effraction des portes sécurisées, puis interdiction des visites et le confinement a démarré plus tôt qu'ailleurs.

Pendant le confinement, maintien d'un dialogue constant avec les familles : par courrier, avec le CVS.

A partir de fin avril, les visites sont encadrées, ce qui prend beaucoup de temps (1 h de travail pour 30 minutes de face à face), et nécessite un second animateur pour aider à l'organisation. Des visites exceptionnelles ont été autorisées pendant le confinement (fin de vie, décès).

Les familles ont proposé des ateliers et sont force de proposition.

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

Amplification des collaborations entre acteurs de l'accompagnement, du soin, des établissements sanitaires et médico sociaux

Des pratiques remarquables suscitées par la crise :

- Les initiatives citoyennes : des couturières ont fabriqué 700 masques pour les 2 EHPAD du territoire.
- Les ressources humaines locales : bonne écoute de l'hôpital pendant la crise, avec notamment les conseils de leur cellule Covid.
- La plupart des fournisseurs ont été très consciencieux pour respecter les protocoles sanitaires (sauf 2).
- Les contacts fréquents avec les autres directeurs d'EHPAD proches ont permis d'échanger sur les pratiques et de se « dépanner » en EPI.
- Re-santé vous a apporté son expertise.

Le contexte de crise a mis en exergue la nécessité d'entretenir le dialogue entre toutes les parties prenantes en raison de l'interdépendance de tous les acteurs (y compris CVS, IRP, ARS, Département, Mairies, acteurs associatifs, bénévoles etc...)

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

Dans un contexte d'incertitudes relatives au virus, repositionnement de l'ARS dans son rôle « d'aidant » et de facilitateur avec soutien et appui aux établissements médico-sociaux vs contrôle. « *L'ARS a fait appel à notre sens des responsabilités* »

Réflexion du directeur : perception de la fragilité de nos systèmes de protection sanitaire et d'un sentiment de dépendance et de vulnérabilité vis-à-vis d'autres pays :

- Manque d'EPI en début de crise en secteur sanitaire et médico-social.
- Incertitude sur la capacité de notre système de santé à faire face à une nouvelle crise sanitaire.

Attentes fortes de changement de la part des professionnels du secteur sanitaire et médicosocial.

Alors que l'ARS apporte aide et conseils, que le préfet et les maires ont conscience que l'EHPAD contribue à faire vivre les territoires ruraux (emplois, commerces, services), le département n'a pas été présent lors de la crise, et les relations avec lui semblent se limiter aux négociations budgétaires.

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

2.1 Ce qui est resté en place, « jusqu'à disparition du virus sur le territoire, sauf dispositions contraires prises par nos autorités »¹⁷.

- L'entretien des locaux et l'application des gestes barrières
- Circulation des personnels et circuit du linge du personnel
- Sas et personnel en CDD pour en assurer le fonctionnement
- Un seul intervenant auprès des résidents en isolement
- Rdv médicaux soumis à la décision du médecin traitant ou médecin coordonnateur

2.2. Ce qui a repris

- Reprise progressive des repas et activités collectives sous certaines conditions (port du masque, petits groupes stables dans le quartier d'habitation, présence de 2 animateurs, activités en extérieur privilégiées)
- Entrées de nouveaux résidents limitées aux situations d'urgence (hôpital, domicile, partenaires)

¹⁷ Extrait du document « confinement-déconfinement », qui exprime les prémices du PRA

- Interventions du kiné, puis coiffeuse et pédicure
- Les visites pour tous les résidents

2.3 Questions restées en suspens

Inquiétudes de la direction au regard du risque d'épuisement des professionnels en sortie de crise
→ anticipation sur les congés d'été pour que les pro (et les cadres) puissent reprendre leur souffle.

Inquiétudes également chez les professionnels sur le « déconfinement » à venir et les nouveaux risques qui surviennent :

« Combien de temps ça va durer ? »

« Y a tellement eu de tension pendant 2 mois... qu'on se rend compte qu'il y a du relâchement, y compris nous-mêmes... »

Bilans de la crise

Une réunion générale des salariés a été programmée le 11 juin pour faire un premier bilan de la crise et préparer l'été.

Puis l'équipe de direction a présenté un bilan de la crise en septembre avec et pour les professionnels et résidents, qui a été financé par une subvention (fondation Legrand). Il est constitué à partir des photos qui ont été prises au cours du confinement pour garder des traces, du journal de bord qui retraçait les différentes étapes et des témoignages de salariés, familles et résidents. Il a permis une relecture de cette crise avec les salariés, et doit se poursuivre par un bilan de fin de crise avec l'ARS.

« Les gens ne se rendent pas compte de tout ce qu'on a fait ! »

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

3.1 Contexte

- Un (seul) cas de Covid a eu lieu au Foyer, qui a ranimé la peur chez soignants et résidents
- Et la menace plane... 29 EHPAD touchés par le Covid dans le département ;

3.2 Une organisation particulière tient compte des risques qui perdurent

- L'animatrice privilégie les animations dans les quartiers plutôt que dans la salle d'activité centrale, avec deux gains supplémentaires : cette nouvelle organisation incite les résidents à marcher et certains acceptent de participer à ces temps en petit groupe alors qu'ils refusaient le grand groupe
- Télémédecine (psychiatrie, dermatologie) : 30 résidents sur 90 y sont favorables, et même les plus réticents se laissent convaincre après une expérience réussie.
- Rappels réguliers (mini formations) de bonnes pratiques lors des transferts, et mises en situation (ex : mercredi, rappel sur l'habillement)
- Gestes barrières et pédagogie : parmi les résidents, beaucoup portent le masque, même des personnes avec troubles cognitifs et ils participent à la pédagogie envers les familles.
- Des bénévoles (dont des membres du CVS) aident à l'organisation des visites, permettant ainsi aux professionnels de faire leur travail

3.3. Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées :

- Les difficultés de recrutement sont accrues dans le département, certains établissements ou services à domicile proches fonctionnent en mode dégradé ou se voient contraints de diminuer leurs interventions.
- Situations de tension entre les familles et les soignants (certaines familles refusent d'appliquer les règles de distanciation sociale, ou se plaignent de la qualité de l'accompagnement) ; c'est le directeur ou l'encadrement qui se chargent des relations avec les familles pour préserver les salariés, le CVS est également mobilisé pour la régulation.

3.4. Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Remotiver les professionnels alors que la situation se complique et qu'ils se démotivent, « *on du mal à refaire bloc* », « *la consommation de gel hydro a baissé* ». 3 semaines plus tard, le message du directeur est passé car les professionnels sont à nouveau vigilants car ils n'ont « *pas envie de passer des vacances de Noël de merde* ».
- Renforcer le personnel « *On n'a pas pu maintenir le poste d'AS de proximité alors que c'est un poste important qui nous a aidés lors de la crise* », manque de moyens RH au regard du GMP (il manque 12 postes) et rémunérations trop basses entraînent des démissions et un manque de candidats lors des recrutements
- Impact financier de la crise : surcoût de personnel entre mars et août = 103 000 euros alors que l'EHPAD n'a aucune visibilité sur la participation de l'Etat à ces surcoûts et que les taux d'occupation des lits ont été très bas (90 % pendant le 1^{er} confinement).

3.5 Les projets à venir

- Pour faciliter le lien informatique avec les familles, le Foyer souhaite mutualiser un conseiller numérique payé par l'Etat sur la commune
- Réactiver les groupes de parole et l'accueil des nouvelles familles par un binôme entre une "ancienne" famille et une nouvelle ; de même avec les résidents.
- Reprise des formations annulées en 2020, dont 4 ASH qui vont partir en apprentissage
- Mettre à jour le DUERP en intégrant de nouveaux risques (nouveaux produits d'entretien, gel hydro, 1 cas de tuberculose début 2020)
- Développer les liens sur le territoire (avec structures, entreprises) en menant des projets partagés. Un EHPAD vit bien s'il est en lien avec le monde.

Monographie

Résidence Pierre-Marc et Marie-José Lalanne

Caractéristiques de l'EHPAD

La résidence Pierre-Marc et Marie- José Lalanne est un EHPAD de 70 lits, plus 2 en accueil temporaire, et 6 places d'accueil de jour, une UPAD accueille 23 personnes avec pathologie Alzheimer et apparentées, et bénéficie d'un espace clos avec un jardin donnant sur l'extérieur. Cet établissement, créé en 2013, est situé en milieu rural, dans le Médoc (33) et dispose de bâtiments neufs et spacieux de plain-pied, de chambres de 21 m², situé dans un parc de 2 hectares à proximité du centre-ville de Vendays. De statut privé non lucratif, il est géré par l'association PM-JM Lalanne, dans le cadre d'une convention de gestion par l'AFA, association du Foyer des Aînés, depuis le 19 juin 2014. Il emploie 45 salariés soit 42.9 ETP.

L'établissement a été en difficultés financières depuis sa création, ce qui a entraîné sa reprise par l'AFA. Nous avons perçu que la situation juridique particulière de l'établissement, ainsi que son éloignement du siège génèrent certaines inquiétudes chez les salariés. Par ailleurs, ils évoquent des relations conflictuelles avec certaines familles. Il est difficile de recruter du personnel soignant diplômé (et plus encore pour les infirmières) en raison notamment de l'isolement du territoire.

La résidence est dirigée depuis 3 ans par Madame Le Goff, qui a su au cours de ces années stabiliser et rassurer l'équipe, et ainsi mettre en œuvre de nombreux projets. Elle a pu ainsi recruter une AS supplémentaire, et sécuriser l'unité Alzheimer avec l'appui du siège social¹⁸. La créativité et la dynamique dans les animations sont appréciées tant par les résidents que par les équipes (carnaval, repas partagés, défilé de mode, "place du village"...).

1- Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

1.1 L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

Des protocoles antérieurs à la crise et des équipes engagées et créatives, ont permis de faire face à la crise, malgré des directives des autorités de tarification et de contrôle changeant fréquemment

Plan bleu : présente le protocole en cas de crise sanitaire ; il a été revu en mai 2019 par l'IDER et le médecin coordonnateur à partir du modèle fourni par l'ARS, et une version 3 est actualisée en juin 2020. On y trouve : des définitions (crise, les différents risques), les modalités d'alerte, la composition de la cellule de crise et les rôles de chacun, qui sont ensuite détaillés (directeur, standard, médecin coordonnateur, IDER, secrétariat, responsable sécurité, agent d'entretien, cuisine, lingère, responsable CCAS) ; deux risques spécifiques font l'objet de consignes particulières : canicule et grippe ; en annexe figurent des informations pratiques et des procédures.

PCA : élaboré par le CODIR en 2020 pendant le premier confinement à partir du modèle ARS, en concertation avec les autres EHPAD de l'association AFA ; il anticipe sur les risques d'absentéisme du personnel, sur les délégations de responsabilités, réaffectation de tâches ; détaille les mesures de protection et les protocoles pour les cas suspects / avérés ainsi que les modalités de communication.

PRA élaboré par le CODIR à partir du modèle ARS après la première vague de Covid19 ; il présente les différents protocoles liés à la reprise de l'activité suite au déconfinement partiel : admissions, visites encadrées, calendrier (11 mai au 15 juin) précisant l'ordre d'accueil des professionnels venant de l'extérieur et la reprise des temps collectifs (animation, repas).

En début de crise, et face à cette situation inédite, la directrice, les équipes ont fait preuve de créativité pour changer d'organisation, et s'adapter, avec la collaboration du siège social¹⁸ et le soutien de l'extérieur. L'EHPAD a souvent dû s'adapter dans l'urgence, avec de nouvelles instructions toutes les semaines--> la directrice a travaillé avec les équipes, afin d'anticiper avant chaque nouvelle directive.

¹⁸ Modification apportée à la lecture du rapport final par la direction générale

Les postes clés ont été : directrice, médecin coordonnateur (réfèrent Covid), RHVS et psychologue ; la solidarité dans l'équipe de direction a été un atout important pour traverser la crise.

1.2 La situation sanitaire de l'établissement

Au cours du premier confinement, la résidence a été épargnée par la crise sanitaire : seuls 3 cas de suspicion ont été constatés, aucun malade, aucun décès. A cette date, l'état initial des stocks en EPI était insuffisant, avec un manque de gants et blouses, ainsi que de tests. Mais la direction générale a rapidement livré des EPI¹⁹.

« Il y avait un stress sur les EPI à utiliser massivement pour les résidents isolés 14 jours, il y a eu des vols de masques constatés ! »

1.3 Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

1.3.1 Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

Des professionnels présents, mais certains postes clé non pourvus, compensés par un engagement fort de l'équipe de direction et soutien des collègues du siège social¹⁹.

Les équipes étaient présentes avec un taux d'absentéisme faible (6.66 %), et seuls 29 jours de congés ont dû être annulés. Absence de l'IDR (fragile) qui n'a pas proposé de travailler à distance + absence de l'animatrice et d'une ASH pour garde d'enfants.

Des renforts ponctuels ont été affectés ASH/AS/IDE pour la réorganisation des services (nettoyage, portage des plateaux repas, soins).

Surcroît de travail important pour la lingère (linge du personnel et des résidents)

Plus de temps affecté au service des repas en chambre (et déplacements pour les professionnels), au détriment des transferts (impact sur la perte d'autonomie des résidents).

L'équipe de direction a pallié les absences :

- Le médecin Co = réfèrent COVID + a pris le relais en l'absence des médecins traitants (consultations, ordonnances) : surcroît d'activité ++ car sollicité par les équipes, les IDE
- En l'absence de l'IDR, c'est la directrice qui a pris le relais pour la gestion des stocks, les protocoles, l'animation des transmissions ;
- Le poste d'animatrice a été suppléé par la RHVS (agent de maîtrise des ASH), l'AS de l'accueil de jour et 2 services civiques, ainsi que la psychologue

Les adaptations organisationnelles à pérenniser : le nettoyage du linge pro a été externalisé suite au confinement, en accord avec la direction générale¹⁹.

1.3.2 Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

La directrice a dû

- Désamorcer les rumeurs
 - « On va laisser les résidents souffrir »,
- Apaiser ou recadrer pour éviter les mouvements de panique et communiquer face au stress des soignants, au travail mais aussi à l'égard de leur propre famille :
 - « si nous donnons les masques aux familles, il n'y en aura plus pour nous », « on avait tout le temps peur de « le » faire rentrer /de le faire sortir », « On s'attendait à ce que cela nous tombe dessus à tout moment », « Maman si tu vas au travail tu vas mourir »

Le CODIR se réunissait à chaque nouveau protocole ARS et l'équipe de direction se répartissait les tâches ; la force de cet établissement a été une équipe de direction présente et impliquée.

La réunion mensuelle a été remplacée par une réunion COVID ; des transmissions ont eu lieu tous les jours, animées par méd co, psycho ou directrice avec beaucoup d'informations autres que le soin. Présence du président de l'APMMJL, le Docteur Philippe DELIAC et la direction générale¹⁹.

¹⁹ Modification apportée à la lecture du rapport final par la direction générale

Les déterminants de la motivation du personnel :

Les professionnels ont été satisfaits de réfléchir à l'organisation la plus pertinente, et de constater leur capacité à changer d'organisation, à se mobiliser, à s'entraider tous postes confondus. L'EHPAD a bénéficié du soutien de l'extérieur et de l'APMMJL¹⁹.

1.4 Les impacts du confinement sur l'accompagnement des résidents

L'adaptation de l'accompagnement s'est appuyée sur les possibilités offertes par l'agencement des lieux.

- *Hygiène* : salle de réunion transformée en salle COVID avec paravents ; nouveaux vestiaires installés pour séparer vêtements propres et sales ; produits nouveaux utilisés (formation) ; sas de décontamination pour objets arrivant de l'extérieur
- *Gestion des stocks et distribution* : utilisation de moins d'EPI que dans d'autres EHPAD car les visites se sont passées en extérieur sauf pour les fins de vie ; un kit visiteurs était distribué aux familles, intervenants et résidents
- *Repas des résidents* : difficulté pour servir tous les repas en chambre ; création d'une "annexe" pour dresser les plateaux repas et achat d'un chariot de maintien en température
- *Soins aux résidents* : le suivi médical a été quasiment suspendu : quatorzaine obligatoire du résident en cas de rdv extérieur et interventions avec soignants venant de l'extérieur annulées ; démarrage télémédecine avec une formation Skype en avril ; fiche de suivi dans les chambres ;
- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : discussions sur Skype, appels téléphoniques ; parloir avec porte à roulettes en extérieur et visites avec EPI pour les résidents en détresse
- *Animation* : l'AS de l'accueil de jour a rempli la fonction d'animateur ; la psychologue a été très mobilisée : repérage des résidents apathiques/agressifs et visites familles si besoin
- *Admissions* : Le nombre de lits vacants a été élevé (88,24 % de taux d'occupation).
- *Expression des usagers/maintien du CVS* : les résidents ont eu du mal à accepter le confinement en chambre ; réunion CVS de mars annulée ; le représentant des familles était informé chaque semaine et relayait les informations aux familles (mail, site) et à la mairie
- *Fin de vie/décès* : agacement des équipes alors que c'est le médecin traitant qui doit poser le diagnostic « fin de vie » pour pouvoir appeler l'équipe de SP (préexistait à la crise)
- *Dans les unités spécialisées* : Fermeture de l'accueil de jour. Dans l'Unité Protégée, fin des activités où on se passe des objets ; pas d'isolement possible pendant 14 jours ; les visites sans se toucher n'ont pas de sens pour les personnes avec MAMA, mais elles apprécient davantage les visio par Skype.

Les adaptations organisationnelles à pérenniser : partenariat avec l'équipe mobile de SP + mieux travailler avec les médecins traitants

Les éventuelles « frustrations » : aggravation des troubles et de la perte d'autonomie : alourdissement de la dépendance en l'absence du kiné ; agressivité des résidents qui ne voient que les soignants ; fiche de suivi individuelle n'a pas fonctionné.

1.5 Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1 Les relations avec les familles

(Une minorité de) familles critiques : mise en cause de l'observation stricte des consignes sanitaires, réclamations liées à l'interdiction des visites,

Confusions entre « visites encadrées » et « visites autorisées » (19/4/2020) puis entre « fin du confinement dans la société civile » et « réouverture des EHPAD sans restriction » (11/05/2020)

Pas beaucoup de remerciements des familles...

1.5.2 Les relations avec les partenaires et fournisseurs

Soutien et outils CPIAS, SYNERPOA, URIOPS, FNADERPA ; confiance du siège pour adapter l'organisation ; soutien mairie pour installer la « salle COVID », entraide entre EHPAD pour interpréter les textes, adapter les procédures, rédiger le PRA.

Les adaptations organisationnelles à pérenniser : la dématérialisation des devis et factures

Remerciements du conseil d'administration de l'APMMJL²⁰

Regrets : pas de soutien du siège sous forme de procédures qualité

1.5.3 Les relations avec les autorités de tutelles

Le plus compliqué : de nouvelles instructions toutes les semaines (ou plus souvent) auxquelles il faut s'adapter.

Les évolutions bénéfiques : les mails d'information réguliers et les protocoles de l'ARS.

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

2.1 Contexte

La résidence a eu à faire à 5 suspicions, et un seul cas de Covid confirmé dans le personnel. Les congés ont pu être pris et les effectifs sont à nouveau tendus. Les EPI sont en nombre suffisant, mais l'accès aux tests est difficile avec des délais trop longs. Le nombre de lits vacants est élevé avec un taux d'occupation de 85 %.

2.2 Ce qui est resté en place

Le matériel reste disponible (vestiaires, sas de décontamination, salle COVID)

2.3 Ce qui a repris / va reprendre

Repas en groupe reprennent progressivement, les intervenants reviennent (médecins traitants, orthophoniste, podologue, coiffeur) avec un risque de sur sollicitation de l'IDR, méd co, IDE, mais aussi kiné, coiffeur ; les animations reprennent en petit groupe.

Les résidents se sont tellement habitués à rester en chambre qu'ils refusaient de sortir lors du confinement, puis sont revenus progressivement dans les espaces communs

Souhait d'une reprise des admissions en UP et d'une réouverture de l'accueil de jour.

Deuxième bilan

Au mois de juin,

- Les résidents ont bien survécu à la crise ; elle a rapproché les résidents des soignants, mais les a éloignés les uns des autres ; ils ont appris à investir d'autres lieux (ex : la terrasse extérieure)
- Inquiétudes de la directrice sur la (possible) réaction des familles à la vue de leur proche après 3 mois de confinement car certains résidents ont vu leur état physique se dégrader :

« Ils vont "nous tomber dessus" »

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre mi-novembre 2020)

3.1 Contexte

(Toujours) pas de cas Covid à gérer :

« La gestion des cas suspects devient une habitude, c'est moins inquiétant que la première vague ; le fait qu'on n'ait pas de cas, ça change la donne »

Mais la menace plane...

« Avoir un (plusieurs) cas Covid, c'est l'inconnu, c'est angoissant pour tout le monde »

La vie dans l'EHPAD a repris un cours (presque) normal

- Animations en salle à manger, retour de tous les intervenants et consultations en externe ont repris ; arrêt de la télémedecine
- La lingère a repris son rythme normal

²⁰ Modification apportée à la lecture du rapport final par la direction générale

- Arrêt des 2 postes supplémentaires d'ASH

3.2 Une organisation particulière tient compte des risques qui perdurent

- Tout est en place pour faire face au virus : le matériel, les protocoles, les bons réflexes
- Communication
 - Avec les familles par Families, mail, téléphone et affichage ; peu de mobilisation du CVS
 - Avec les résidents chaque vendredi par la directrice « conseil des résidents », ils posent des questions + informations régulières par l'animatrice
- Les résidents peuvent sortir de l'EHPAD (uniquement) pour funérailles et rdv médicaux.
- Reprise partielle de l'accueil de jour ; bientôt le transport des personnes devrait reprendre ;
- Reprise des admissions mais sans rencontre du résident avant son arrivée → taux d'occupation reste bas
- Soutien des professionnels qui sont à bout : écoute, entretiens, reprise des réunions mensuelles : 1 pour ASH, 1 pour soignants ; un ergonome étudie chaque poste de travail dans le cadre d'une démarche RPS ; un ASH en contrat aidé est recruté
- Les familles se montrent moins compréhensives que lors de la première vague ; certaines sont agressives, transgressent les règles et se montrent exigeantes
- L'ARS, demande une « vigilance rouge renforcée », mais n'impose (quasiment) aucune restriction et n'apporte pas d'aide ; elle envoie à nouveau des mails d'information
- Le méd co a formé l'IDE aux tests qui sont faits sur site (résidents et personnel), puis le labo récupère les prélèvements

3.3 De nouveaux risques entraînent des ajustements

- Contaminations importantes dans la clinique proche à nouveaux protocoles pour les retours d'hospitalisation (quand les résidents ont passé une nuit à la clinique, donc avec des risques d'avoir été infectés)
- Reprise des visites sur rdv, organisées par animatrice, RHVS et AS ; arrêt des visites le WE, car les proches ne respectent pas les gestes barrière et c'est un temps où il n'y a pas assez de personnel pour encadrer les visites ;
- Certains professionnels refusent d'entrer dans les chambres des cas suspects : un test auprès de tous les salariés a permis d'évaluer précisément qui accepte de le faire

3.4 Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées

- Les AS et les IDE n'en peuvent plus, la crise a soulevé la question de la (non) considération du poste soignant.
- Gros soucis de recrutement (AS diplômées, IDE ++)
- Attentes à l'égard du siège : amélioration des conditions de travail et des salaires (AS, IDE), aide pour les procédures qualité / DUERP

3.5 Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

- Des bénévoles, des services civiques ; plus d'aide de la mairie
- Des temps de rencontre avec les autres EHPAD du territoire
- Relance des partenariats mis en place et en suspens
- En cas de positifs, c'est l'inconnu : comment vont réagir les personnes ? Faudra-t-il tester tout le monde ? Est-ce qu'il y aura de l'absentéisme ?
- Actualiser les PP et les plans de soins

3.6 Les projets à venir

- Développer les directives anticipées
- Que l'EHPAD devienne un pôle ressources de proximité, ouvert sur l'extérieur ; faire rentrer les personnes extérieures dans l'EHPAD
- Développer la télémédecine, moderniser, diminuer l'administratif (partager un logiciel de soins)
- Former en interne des personnes motivées, pas forcément diplômées pour répondre à la pénurie des soignants

Monographie

Les Baccharis

Caractéristiques de l'EHPAD

L'EHPAD Les Baccharis a été ouvert en octobre 2011, créé dans le cadre d'un partenariat entre la Mairie de Lanton et l'Association Foyers des Aînés, gestionnaire d'établissements sociaux et médico-sociaux. Il compte 65 places d'hébergement complet, 6 places d'accueil de jour et 2 d'accueil temporaire, ainsi qu'une unité Alzheimer comptant 12 places en hébergement complet et 2 pour des accueils temporaires.

L'établissement est dirigé depuis août 2019 par Mme GABET-DAYCARD.

1- Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

L'établissement a anticipé la fermeture aux visites dès le 7 mars, soit une semaine avant la décision gouvernementale. Il a alors fallu répondre à de nombreuses questions des familles. Elles se sont plutôt montrées compréhensives. Il a aussi fallu répondre aux interrogations du personnel et argumenter cette décision à plusieurs reprises auprès du Conseil départemental.

1.1 L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

Une **cellule de crise** a immédiatement été mise en place, constituée d'une partie des membres du CODIR : la directrice, le médecin-Co, l'infirmière référente (l'organisation des soins et les procédures afférentes) et la RHVS (la restauration, l'entretien des chambres et les protocoles afférents...). C'est cette cellule qui a pris la plupart des décisions. Le CODIR en tant que tel se réunissait par ailleurs au moins une fois par semaine, voire deux, avec en plus l'ergothérapeute et la psychologue, voire, en fonction des thèmes traités, l'animatrice et le chef de cuisine.

L'établissement ne disposait **ni de plan bleu, ni de PCA** au début de la crise. Les décisions prises par la cellule ont été mises en œuvre (protocoles...) mais elles n'ont pas été rassemblées dans un PCA (« C'était tellement intense au départ... on a tellement travaillé... tellement fait de choses... la priorité, c'était de faire face, d'être dans l'action... pas de faire pour faire... mais aucune décision n'a été prise à la va-vite... face aux urgences, on s'est quand même posées... on a pris le temps de la réflexion... et les nombreuses questions du personnel lors des ¼ d'heure quotidiens ont guidé nos réflexions... »).

Le **PRA** n'a été finalisé qu'à l'occasion de la phase de déconfinement (rédigé le 17/05/2020, modifié le 18/06/2020). Il s'appuie sur le protocole national du 20 avril, actualisé le 5 juin 2020 et précise que la Direction de l'établissement se réserve le droit, en cas de nouveau cas positif dans la structure, de mettre en place des mesures renforcées.

Le **DUER** était à jour et intégrait déjà le risque infectieux. Un groupe de travail (GT) a cependant été mis en place fin mai, à l'initiative de la Directrice, pour le réactualiser au regard de l'actualité de cette crise sanitaire sans précédent.

1.2 La situation sanitaire de l'établissement (suspicion ou malades et stock)

Entre mi-mars et mi-mai :

- Le taux d'occupation des lits a été de 83% (anormalement élevé) ;
- L'absentéisme a été « normal » ;
- L'établissement a dénombré 3 fausses alertes au niveau des résidents et 3 cas de COVID-19 parmi le personnel de nuit ; début juin, il n'y avait plus aucune suspicion ;
- Le nombre de postes vacants a été « normal », l'établissement a accueilli un « renfort » pendant deux semaines (une IDE détachée) ; malgré les recherches sur la plateforme dédiée, la direction n'a pu « dénicher » aucun autre renfort bénévole ;

- 3 professionnels ont spontanément repoussé leurs congés (une AS de nuit, le Médecin-Co et la psychologue... soit 24 jours), les autres congés ont été maintenus grâce aux remplacements anticipés.
- L'effectif était « suffisant » ;
- L'établissement a toujours disposé de masques, de gants, de blouses, de lunettes et de Gel hydroalcoolique en quantités suffisantes (grâce à des réseaux personnels) ;
- L'accès aux tests a été « insuffisant » (première demande de tests généralisés de dépistage pour tous a été refusée...) et les délais d'accès aux résultats « trop longs ».

L'état initial des stocks en EPI

Dès sa prise de fonction, la directrice avait donné pour consigne de constituer un stock de masques pour au moins 15 jours de fonctionnement (faire face à une grippe saisonnière). Ce stock a permis d'en doter les professionnels dès le début de la crise, sans restriction particulière, et les approvisionnements ARS ont pris le relai.

Par contre, l'établissement a rencontré des difficultés pour se procurer des surblouses et du gel hydroalcoolique en quantité suffisante, la directrice a dû mobiliser son réseau personnel. Par ailleurs, des « bonnes volontés » se sont mobilisées pour leur fournir des visières (son savoir-faire).

Le personnel exprime cependant « *qu'à un moment, il a fallu travailler en étant conscient de ne pas avoir suffisamment les moyens de se protéger...* ».

1.3 Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

1.3.1 Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

Trois aménagements ont été déterminants pour rassurer tant le personnel que les autorités sanitaires :

- La mise en place d'une zone d'isolement de 5 lits, avec déplacement de résidents, et l'identification de 2 AS et d'1 ASH par équipe pour s'occuper de cette zone si l'établissement devait y isoler des résidents... dispositif qu'il n'a pas été nécessaire d'activer... :
 - « *Avoir la chance d'être dans des bâtiments dont la conception offre cette possibilité...* »
 - « *Une organisation qu'on a actée et qu'on va garder en interne...* » ;
 - « *L'intérêt d'avoir pu tester/simuler à blanc des interventions en chambres, dans le strict respect des procédures...* »
 - Tests ayant permis aux équipes de faire l'expérience par eux-mêmes de ces conditions spécifiques d'intervention et d'en anticiper les impacts « au cas où ! »*
- Avec l'appui de la protection civile, la mise en place d'un SAS sanitaire à l'entrée de l'établissement, opérationnel dès le 16 mars :
 - Prêt de tentes par la mairie de Lanton ;
 - 48 heures pour tout mettre en place ;
 - Tout intervenant extérieur se présentant à l'accueil a ainsi été contrôlé par des interlocuteurs externes : respect des procédures, lavage des mains, signature des registres...
- La mise en place d'un circuit de circulation à sens unique.

Par ailleurs, il y a eu un renforcement de l'affichage des règles d'hygiène aux emplacements habituels et dans les couloirs. Des formations internes pratico-pratiques sur « l'habillage-déshabillage pour rentrer/sortir d'une chambre » ont été dispensées au personnel...

Aucune modification n'a été apportée par ailleurs, ni aux plannings ni aux horaires...

1.3.2 Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Des « quarts d'heure » quotidiens **ont été mis en place avec tout le personnel** (« *y compris les anges gardiens* ») (les 2 représentants de la protection civile), pour répondre à leurs interrogations légitimes (idée issue d'une journée collective organisée par le CREAI) :

- Tous les matins entre 9h15 et 9h30 ;
- Prise de parole de la directrice pour diffuser des informations ;
- Prise de parole des chefs d'équipe pour faire des points et des retours d'expériences ;
- Réponse aux questions par l'équipe d'encadrement dans son ensemble.

Cette initiative est fondée sur une double conviction :

- Tout le personnel est confronté au même danger, direction comprise ;
- Pour s'en sortir, il était nécessaire de :
 - Communiquer toutes les informations disponibles, les mettre en débat et recueillir les avis et suggestions (« Qu'est-ce que vous en pensez ? ») ;
 - Faire en sorte que le personnel « ne passe pas à côté d'une information importante » ;
 - Mobiliser chacun : Respect des procédures, vigilance collective, solidarité, entraide...

Ces échanges quotidiens ont permis d'une part à la direction de diffuser les informations dont elle disposait, d'autre part au personnel de partager ses inquiétudes, de poser ses questions et d'obtenir des réponses, le jour même ou « au plus vite ». Cette initiative a permis de souder le collectif. Elle a très vite débouché sur une forte mobilisation des équipes. Il n'y a guère eu d'absentéisme et l'établissement a maintenu les remplacements extérieurs (ce qui a amené « *...certaines professionnelles à s'investir chez nous plutôt qu'ailleurs...* ». Seules deux soignantes, en contact avec le collègue de nuit touché par le COVID « *ont pris peur* ». Elles ont été arrêtées, ont fait le test et sont revenues après des résultats négatifs.

Pour le personnel, ces ¼ d'heure ont été « rassurants » (« *Voir **tout le monde** tous les jours, y compris la directrice, se dire bonjour, partager les dernières informations disponibles, pouvoir s'exprimer, poser des questions, faire part de ses inquiétudes... c'est très positif !* »).

Des rencontres avec une psychologue du travail ont été proposées au personnel. Dès obtention des résultats des tests, attestant la qualité du travail collectif réalisé (« *On a maîtrisé... il n'y a aucun cas...* »), cette initiative est restée sans suite (« *le lendemain des résultats des tests, on était toutes 'à plat'... ce qui signifiait bien qu'on appréhendait toutes...* »).

Le personnel a exprimé de la « frustration » de ne pas avoir été au début en capacité de répondre aux questions des résidents (« *pas facile d'expliquer la fermeture de l'établissement... ou encore les précautions à prendre tant qu'on n'en savait très peu sur les modes de transmission... des heures au téléphone pour expliquer...* ») et leur inquiétude permanente de « *ramener le virus à la maison et de contaminer toute la famille* ».

Deux dispositifs ont été sécurisants pour le personnel : l'accès à Familizz (être informé en toute transparence de la communication faite aux familles...) et les ¼ d'heure quotidiens d'information.

Il a exprimé un sentiment de fierté d'avoir su s'adapter, être solidaire et faire preuve de cohésion. Il a apprécié les initiatives lui permettant de « décompresser » : heure hebdomadaire de détente avec un coach sportif, heure de détente musicale...

1.4 Les impacts du confinement sur l'accompagnement des résidents

Durant le premier confinement, 11 résidents sont décédés, sans que l'établissement puisse intégrer de nouveaux résidents. La charge globale de travail s'est donc plutôt allégée, ce qui a permis au personnel d'être d'autant plus attentif aux résidents, modulo quelques ajustements entre collègues pour équilibrer les charges respectives.

- o *Communication spécifique* : Plusieurs initiatives spécifiques ont été prises pour informer les résidents et leur expliquer les évolutions de la situation : Des réunions d'information, des

échanges individuels chambre par chambre et des affichages abondants dans les couloirs. Certains résidents ont eu du mal avec ces mesures « extraordinaires » mais « d'une certaine manière, ils se sont résignés... ils ont été très forts... ».

- *Hygiène* : Pas de problèmes particuliers d'hygiène à déplorer au cours de cette période.
- *Repas des résidents* : Suite à la décision officielle de confinement, le 11 mars, les repas ont été distribués « en chambre » dès le 16, décision globalement acceptée par les résidents (une seule acceptation difficile).
- *Soins aux résidents* : Les soins ont continué à être dispensés dans des conditions très similaires. Sur la vingtaine de médecins intervenant au sein de l'établissement, un seul a continué à venir régulièrement en respectant les gestes barrière, un 2^{ème} est venu « quand il ne pouvait pas faire autrement... » et les autres ne sont plus intervenus... Par contre, aucun rendez-vous médical important pour les résidents n'a été reporté (cardiologues...). L'établissement n'était pas encore équipé pour la télémédecine.
- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : Pas de difficultés particulières pour gérer le confinement, sauf pour les résidents atteints de troubles cognitifs (« hors de question de les enfermer »). Il a été décidé « de les laisser déambuler... ».
- Durant tout le confinement, trois résidentes ont ainsi passé l'essentiel de leur temps à l'accueil (« ... pas d'entrées, pas de risque... »).
- *Animation* : Durant cette période, l'animation a été « revalorisée ». En temps normal, chaque résident décide de s'inscrire ou pas aux activités proposées (« Vient qui veut... »). Durant le confinement, l'animation est venue aux résidents (« ça nous a permis de découvrir des résidents... »). Diverses initiatives ont été prises : *chants dans les couloirs, des repas aux portes... puis, au bout d'un mois, on est revenu à des petites animations (déroger à la règle... mais en toute responsabilité car pas de cas de COVID-19 et tous testés... »*. A cette période, l'animatrice estimait que « le moral des résidents était atteint et qu'il était difficile de faire en sorte qu'ils gardent le moral dès lors qu'ils ne pouvaient plus voir leurs proches... ».
- *Admission* : Une seule admission pendant le confinement, d'un résident antérieurement en accueil de jour, admis et accueilli dans la zone d'isolement (« y est resté 3 semaines ») suite à un « appel au secours » de son épouse.
- *Fin de vie/décès* : Aucun des 11 décès survenus au sein de l'établissement (« des résidents en fin de vie ») durant cette période n'est lié au COVID-19.
- *Spécificités propres aux unités spécialisées (UHR, UVP, USLD) et/ou solution de répit/d'accueil temporaire d'urgence...* : Aucune disposition spécifique n'a été prise au sein de l'unité Alzheimer durant cette période de confinement : « Il n'était pas question de confiner ces résidents en chambre... Le personnel était malgré tout « d'autant plus en alerte... », en sachant très bien que « si l'un des résidents contractait le COVID-19, tout le monde l'aurait probablement... ».
- *Expression des usagers /maintien du CVS* : Pas de possibilité de s'appuyer sur le CVS (vacance de présidence). Il aurait été difficile à mobiliser du fait du fonctionnement en mode « cellule de crise » pour faire face aux urgences.

1.5 Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1 Les relations avec les familles et les proches

Toutes les décisions prises par la cellule de crise ont été justifiées par écrit aux familles via Familizz (messagerie interne sécurisée/beaucoup de réponses des familles) et argumentées sur les documents officiels. Les défaillances du réseau Wifi n'ont pas permis autant de Visio avec les familles que souhaité. Les tablettes reçues (ARS et dons) n'ont pu fonctionner que grâce à l'utilisation de son forfait personnel par l'animatrice. Via Familizz, l'établissement a reçu beaucoup de remerciements, d'encouragements et de soutien des familles. Cette reconnaissance a été fort appréciée par le personnel...

A la reprise des visites, les familles se sont montrées reconnaissantes (« *Merci pour ce que vous avez fait... merci d'avoir pris les bonnes décisions au bon moment...* ») et généreuses (...*petits cadeaux...*)

1.5.2 Les relations avec les partenaires et fournisseurs

Aucune difficulté particulière pour les interlocuteurs 'logistique cuisine' et les fournisseurs de matériels médicaux (« *respect des consignes et présentation de leurs PCA...* »).

1.5.3 Les relations avec les autorités de tutelles

Si l'équipe de direction s'est sentie « *un peu seule* » les deux premières semaines, voire 3 ... pour faire face « *...à cette crise inconnue, pour « gérer les ordres et contrordres...* ». Au-delà, elle estime avoir été bien accompagnée après par l'ARS, qui a notamment réalisé *un gros travail de rédaction fort utile*. En complément de l'ARS, la mobilisation des syndicats professionnels a permis d'être bien informés. Elle regrette « *l'absence* » de ses interlocuteurs du Conseil départemental.

Le principal regret exprimé : avoir appris à la télé que les EHPAD ré-ouvriraient le lendemain un soir d'allocation gouvernementale télévisée (« *C'est maladroit d'apprendre ça par la télé... alors qu'il faut du temps pour se préparer* ») :

- « Dès lors que les informations sont diffusées sur les antennes, tout le monde se précipite, sollicite, demande à pouvoir rendre visite à ses parents... »
- « Ça a été le branle-bas de combat... On a repoussé de 24 heures... C'était le minimum qu'il nous fallait pour nous préparer... même si tout le monde était sur le pont... ».

Premier bilan

Les aménagements essentiels

Trois éléments majeurs ressortent comme déterminants de la mobilisation des équipes pour en surmonter les difficultés :

- La mise en place de quarts d'heure d'information quotidien avec l'ensemble du personnel ;
- La conception des locaux, qui a permis la création d'une zone d'isolement ;
- La mise en place d'un SAS sanitaire à l'entrée de l'établissement, géré par la protection civile, ayant permis de soulager le personnel de l'établissement de cette mission de contrôle susceptible de générer beaucoup de tensions.

Les interlocuteurs-clés

Quatre interlocuteurs ont joué un rôle essentiel :

- Les 3 membres de la cellule de crise présents : l'IDER, la RHVS et la directrice ;
- L'animatrice, grâce à l'inflexion donnée à son action : « aller à la rencontre » des résidents pour solliciter leurs attentes et y répondre au mieux...

Lui-même « *personne vulnérable* », le Médecin-Co, dont la fonction est pourtant essentielle, a été très en retrait... Ce soutien a manqué et a dû être pallier par les autres « *acteurs-clés* ».

Les difficultés majeures

Le personnel souligne les difficultés liées aux multiples changements, voire aux directives contradictoires (face à la décision de fermeture prématurée de l'établissement, sur les durées d'isolement...) tout au long de cette période (« *...se demander tous les matins ce qui va nous tomber dessus...* »), tant pour l'équipe (*prendre connaissance des dernières directives, tester des solutions, les mettre en œuvre... devoir changer le lendemain*) que pour les résidents et les familles (*leur expliquer sans cesse les nouvelles règles, gérer les incompréhensions, voire les mécontentements...*).

Apprendre par les médias un dimanche à la télé que les établissements devaient réouvrir le lendemain, alors que rien n'a été anticipé..., a été très mal vécu.

Le personnel exprime enfin de l'épuisement (« *...rentrer chez soi épuisée ; s'endormir dès qu'on se pose ; ne plus avoir de vie personnelle ; travailler au quotidien avec la peur de ramener le COVID chez soi et de contaminer sa famille* »).

Par ailleurs, des retards ont été accumulés sur toutes les tâches jugées « *non prioritaires* ».

2- Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

2.1 Le contexte

Le 8 juin, la situation était considérée comme « presque revenue à la normale » : les soins étaient à nouveau réalisés selon l'organisation antérieure, mais avec masque, et les repas se prenaient au restaurant, modulo un plan de table modifié, dans une salle réorganisée et décorée pendant le confinement pour la rendre plus « cosy ».

Entre juin et octobre :

- Le taux d'occupation des lits a été de 98% (normal) ;
- L'établissement n'a comptabilisé aucun malade et aucune suspicion ;
- Les salariés ont pu prendre leurs congés d'été, sans restriction particulière ;
- L'absentéisme a été moins élevé qu'avant la crise ;
- L'établissement a toujours disposé de masques, de gants, de blouses, de lunettes et de Gel hydroalcoolique en quantités suffisantes ;
- L'accès aux tests est estimé insuffisant et les délais d'obtention des résultats trop longs ;
- Aucune disposition spécifique n'a été prise (au 22/10/2020) pour adapter les congés de Toussaint aux évolutions de la situation.

2.1.1 Ce qui a changé

Le 8 juin, la seule restriction maintenue concernait les visites en chambre (« attendre encore 15 jours »). Les visites se faisaient dans un espace dédié offrant la possibilité d'accueillir jusqu'à 40 personnes dans le respect de la distanciation physique et des gestes barrière.

L'organisation des repas « par petits groupes » étant « trop compliquée au niveau logistique », une nouvelle salle, plus spacieuse, a été aménagée pour accueillir simultanément tous les résidents. Les repas n'ont été pris en salle à nouveau qu'à partir du 8 juin. La demande des résidents se faisait de plus en plus pressante depuis 2 semaines. Cette séquence leur est apparue « très longue ».

2.1.2 Ce qui a repris

Élaboré entre mi-mai et mi-juin, le PRA précise la stratégie de pilotage du déconfinement phase 3, les conditions de la reprise progressive de l'activité (reprise des admissions et fin des confinements en chambre, reprise de l'activité d'accueil de jour, visites encadrées des familles, retours des professionnels extérieurs, reprise des temps collectifs (repas et activités) et reprise de la vie sociale, reprise des opérations de maintenance du bâtiment), les modalités d'accompagnement post-crise aigüe des résidents (dispositions prises pour veiller au bon suivi médical de tous les résidents, organisation de la continuité des soins) et les mesures d'anticipation de l'épisode caniculaire.

Deuxième bilan

Le personnel aurait souhaité le maintien du SAS et des « anges gardiens » (« ...prématuré d'y mettre fin dès le 29 mai ») et a souligné :

- Les difficultés de remplissage des registres et de respect des gestes barrière (refus de visiteurs ; ...à peine le dos tourné » ; ...comme s'il ne s'était rien passé... ») ;
- La non-acceptation des gestes barrière par certains résidents ;
- Des décisions des autorités sanitaires jugées prématurées ;
- Mi-juin, de fortes inquiétudes face aux risques de relâchements estivaux...

Il exprimait un double sentiment :

- D'injustice, leurs efforts risquant d'être anéantis par ces décisions et comportements ;
- De culpabilité, au regard des privations de liberté imposées aux résidents.

L'animatrice soulignait les difficultés rencontrées pour « réhabituer » les résidents aux activités collectives » après plusieurs mois d'activités d'animations individuelles « en chambre ».

3- Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

3.1 Le contexte

Ce qui domine à ce stade dans les échanges, c'est un sentiment d'épuisement lié à la persistance du contexte d'incertitudes : « *Le climat est lourd et pesant... ; Il ne se passe pas une journée sans que l'on y pense... ; C'est comme si j'avais une épée de Damoclès au-dessus de la tête... ; Notre fonctionnement actuel semble adapté... mais nous n'avons pas réellement côtoyé le danger... sera-t-il efficace pour faire face à d'éventuels cas positifs ? ; Nous sommes en sur-vigilance permanente depuis plus de 7 mois, sans avoir été réellement en crise... ; On maîtrise... mais jusqu'à quand ? ; Nous ne sommes pas sereins... ».*

3.2 Une organisation particulière qui tient compte des risques qui perdurent...

3.2.1 Ce qui a changé

- La remise en place début octobre du SAS avec la tente, le registre et le lavage des mains à l'entrée de l'établissement « *en prévision d'un coup dur* » ;
- Le maintien d'une chambre COVID, avec une entrée directe (« *ça nous rassure... !* ») ;
- Une formation portant sur la fin de vie, suivie par 9 salariées, a permis de libérer la parole et d'imaginer une diversité d'actions à mettre en place pour « rendre hommage aux résidents décédés... » ;
- Concernant l'accompagnement des résidents :
 - o Hygiène : utilisation exclusive et systématique de produits détergents ET désinfectants ;
 - o Nouveau CVS très actif, réunions fréquentes et communication via Familizz ;
 - o Place et rôle des résidents : meilleure communication via des prises de parole régulières de la directrice en début ou en fin de repas pour leur expliquer les décisions prises, appréciées de tout le monde...

3.2.2 Ce qui a repris

- Les « $\frac{1}{4}$ d'heure » quotidiens (« *Un droit, pas une obligation...* ») ;
- Un retour à une organisation normale mais les fiches de poste et l'organisation spécifiques restées facilement « mobilisables » en cas de crise et 2 référents sont restés mobilisés sur les 2 postes COVID :
- Le maintien du recours au pool de remplaçantes « habituelles », malgré la nécessaire vigilance (des professionnelles qui gravitent sur plusieurs établissements...) ;
- La forte mobilisation de l'IDER et un rôle croissant de l'animatrice, devant désormais proposer ses animations par petits groupes (d'où le souhait d'affecter l'AMP de jour en renfort) ;
- Une mobilisation des encadrants orientée « *préservation des équipes...* » ;
- Un mode de management devenu plus « alertant », permettant de mobiliser davantage le « siège », notamment autour de la préoccupation centrale de la fidélisation du personnel en place... ;
- Concernant l'accompagnement des résidents : Animation en petits groupes, au maximum de 10 résidents... avec des conséquences importantes sur la gestion des agendas + maintien des animations externes.

3.3 Troisième bilan : Des mesures qui persisteront...

- La diversification des outils utilisés pour communiquer avec les familles : recours à Familizz pour communiquer avec les familles, les mails, l'affichage... ;
- Les prises de parole régulières au moment des repas pour communiquer avec les résidents ;
- La sollicitation des résidents en petits groupes pour recueillir leurs avis sur des décisions à prendre les concernant (par exemple : l'évolution des conditions de visite) ;
- La constitution de stocks permanents d'EPI/matériel permettant de faire face à une telle crise ;

- Les « ¼ d'heure de communication quotidienne avec le personnel ;
- L'évolution de la « posture » du management : « à l'écoute des équipes » (...elles côtoient le risque au quotidien... elles doivent protéger leurs familles, leurs enfants... elles sont fatiguées... »), en capacité de remonter les difficultés rencontrées... et pas seulement de faire redescendre et d'expliquer les décisions.

3.4 Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées

L'une des difficultés majeures concerne les recrutements, très difficiles du fait de la localisation géographique « non attractive » de l'établissement : recherche (vaine) d'un Service civique, recrutement d'une AS, difficile à pourvoir, interrogation sur le recours plus systématiquement à la formation continue pour promouvoir et fidéliser les professionnels ?

3.5 Les besoins de l'EHPAD dans ce contexte de reprise de la crise

Lors de cet entretien du 22/10/2020, les préoccupations majeures de l'équipe de direction concernaient :

- Les difficultés de gestion des relations avec certaines familles (minoritaires), certaines ne respectant pas les gestes barrières ;
 - o Réflexions en cours avec le CVS sur les moyens d'action à mobiliser face à ces quelques familles « récalcitrantes » : Signalement à l'ARS ? Encadrement des visites par des membres du CVS ? Interdiction de visite pendant 15 j. ? Nouvelle autorisation conditionnée à la présentation de tests ?
- Les réorganisations en préparation :
 - o Limiter à nouveau le nombre de visites et sur zone dédiée (l'établissement ne dénombre alors aucun cas... mais un MAS voisin vient de fermer pour cause de cluster) ? Quelles dispositions prendre ? Comment expliquer une **disposition préventive** aux résidents/familles ?
 - o Trouver d'autres solutions qu'un 2°confinement en chambre (« *Ne nous privez pas de nos familles... de toutes façons, on va partir... alors, de ça ou d'autre chose !* ») ;
 - o Fermer l'accueil de jour et redéployer le poste d'AMP pour renforcer l'animation (Visio pour pallier la limitation des visites) ?
 - o Dédier une petite salle, à rendre « conviviale », pour les visites des résidents de l'unité spécialisée ?
- L'anticipation des tensions à venir en fin d'année :
 - o Face aux difficultés du moment pour trouver des remplaçantes, la directrice anticipe de futures tensions car elle ne pourra pas autoriser toutes les demandes de congés ;
- La mise en place des tests périodiques : systématiser le recours périodique à des tests pour rassurer les équipes ? S'interroger sur la bonne périodicité (à la semaine ? à la quinzaine ? Quels tests ?).

3.6 Les projets à venir

Ils concernent :

- Un rapprochement avec le CPIAS pour consolider les mesures et obtenir leur soutien en cas de crise ;
- L'installation du Wifi pour utiliser davantage les tablettes afin de faciliter la communication entre les résidents et leur famille ;
- La formation :
 - o 2 formations spécifiquement liées à la crise ont été inscrites au plan de formation 2021 :
 - Prévenir l'épuisement professionnel ;
 - Redonner du sens et soutenir l'autonomie de ses collaborateurs...
 - o La directrice s'est inscrite à une formation dédiée à la prévention des RPS auprès de la CARSAT ;
- Concernant les soins : télémédecine imminente, pas encore totalement opérationnelle...

Monographie

La Roche Chalais

Caractéristiques de l'EHPAD

Récemment reconstruit, le nouveau bâtiment de l'EHPAD se compose de quatre unités de 26 chambres dont une unité protégée pour les personnes désorientées, Alzheimer ou apparentées. Toutes les chambres sont individuelles. De nombreux lieux de vie sont répartis sur les deux étages. La création d'un PASA de 14 places (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) complète et adapte la prise en charge de la population hébergée. Il propose un accueil à la journée, avec des activités sociales et thérapeutiques, et un accompagnement personnalisé associant relaxation et stimulation. 75 salariés assurent les services de soins et d'hébergement.

1. Première vague et premier confinement (mi-mars à mi-mai 2020)

Dès le 11 mars, sur la base des recommandations régionales, l'établissement a pris des mesures de limitation des visites (interdites aux enfants) et d'arrêt des visites des familles et des intervenants extérieurs (à l'exception des fins de vie et des professionnels pratiquant des actes de kinésithérapie respiratoire). Le plan bleu a été activé le 17 mars.

1.1. L'organisation mise en place pour gérer la crise au quotidien

Au-delà de l'activation du Plan bleu, les principales étapes sont les suivantes :

- 30 mars 2020 : PCA finalisé (confinement en chambre, suspension des activités de groupe, isolement systématique de tous les résidents... mesure qui sera abandonnée vers la mi-avril pour ne s'adresser qu'aux résidents symptomatiques, avec séparation des équipes au sein des unités de l'EHPAD) ;
- 3 avril 2020 : Visite d'un médecin et d'une IDE de l'ARS – Validation de l'organisation et des protocoles ;
- 24 avril 2020 : Début des rendez-vous Familles (organisation d'un lieu de visite dédié extérieur à l'établissement, charte de respect des gestes barrière à signer par les visiteurs) ;
- 30 avril 2020 : Création de 2 types d'isolement et des organisations correspondantes, isolement simple ou isolement COVID-19, réflexion sur l'organisation d'une unité COVID dans l'EHPAD (si plus de 8 résidents touchés) et rédaction d'un protocole de gestion de la crise épidémique (Kit du COVID-19) ;
- 7 mai 2020 : Organisation pour la réouverture de l'établissement aux intervenants libéraux (charte à signer, EPI, circuits et vestiaires dédiés, DASRI...) ;
- 1er juin 2020 : Plan de reprise d'activité.

Une **cellule de crise** a été mise en place à partir du 17 mars dans le cadre du **Plan bleu**, à raison d'une réunion par semaine, voire plus si besoin. Des membres du CHSCT y ont été invités une fois sur deux.

Daté du 30 mars, le PCA contextualise la stratégie organisationnelle COVID-19 et acte la nécessaire mise en place d'un management agile en raison du contexte d'incertitudes, et la stratégie globale.

Deux **PRA** ont été élaborés, le premier pour la reprise des activités en salles occupationnelles (daté du 1^{er} juin 2020) et le second pour la reprise progressive des activités (daté du 4 juin 2020). Ils s'appuient sur les recommandations nationales DGCS.

Le PRA « Reprise des activités en salles occupationnelles » (13 pages) présente les 3 phases de déconfinement des activités :

- Phase 1 pour une prise en soins immédiate de 8 résidents maximum par jour ;
- Phase 2 prévisionnelle pour une prise en soins de 14 résidents maximum par jour ;
- Phase 3 prévisionnelle pour un retour à une activité normale avec 14 résidents par jour ou par demi-journée, d'une à plusieurs fois par semaine (file active de 14 à 22 résidents).

Le PRA « Reprise d'activités » (16 pages) détaille la situation au 27 mai 2020 et précise :

- L'unité dédiée à l'accueil des résidents « cas déclarés » (secteur, logistique, équipe dédiée, mesures barrière, marche en avant, conditions de réalisation des interventions soignantes) ;
- Les conditions de reprise des activités internes à l'établissement, les conditions exceptionnelles de visite des familles et proches, les conditions de réalisation des interventions des professionnels extérieurs et les conditions d'admissions exceptionnelles ;
- Le maintien de la fermeture du PASA,
- L'organisation du suivi post crise de l'accompagnement des résidents,
- Les mesures d'information/communication des familles/des proches et les mesures « canicule »,
- Les dispositions prises pour anticiper d'éventuels épuisements des professionnels.

1.2. La situation sanitaire de l'établissement (suspicion ou malades et stock)

Entre mi-mars et mi-mai :

- 0 résident positif au COVID 19, dit « confirmé »
- 4 résidents symptomatiques, testés négatifs, dits « possibles »
- 0 décès de résident « confirmé » et « possible »
- 0 professionnel positif, dit confirmé

La posture adoptée par l'équipe de direction face aux suspicions a été de prendre immédiatement les décisions d'isolement, puis d'attendre les résultats.

L'état initial des stocks en EPI

Il n'y avait pas de stock d'EPI au départ. Dès lors que l'établissement en a reçu, il a fallu en sécuriser le stockage dans le bureau de la Direction et la pharmacie « *après s'être rendu compte qu'il en disparaissait (masques, gel hydroalcoolique...)* » et redoubler de vigilance à ce sujet. Des masques chirurgicaux ont été reçus à partir du 24 mars, qu'il a fallu économiser (1 masque par faction de 4 heures au lieu d'1 pour 2 heures), mais toujours pas de masques FFP2 ni de blouses...

1.3. Les impacts du confinement sur l'organisation du travail

1.3.1. Adaptation du plateau technique pour répondre au surcroît de travail

N'ayant pas eu à mobiliser les protocoles spécifiques liés à la zone dédiée COVID-19, les impacts sur les conditions de réalisation du travail et la charge ont surtout concerné :

- Le personnel de ménage, renforcé de 2 ETP (1,5 ETP pour la semaine + 0,5 ETP pour les week-end) pour absorber la charge de travail supplémentaire (multiplication des nettoyages et désinfections, port des plateaux en chambre...);
- La fermeture du PASA ;
- Le renforcement de l'équipe d'animation (d'1 à 3) avec l'affectation de la psychologue et de la psychomotricienne, après fermeture du PASA ;
- Des formations accélérées aux EPI et aux gestes barrière + programmation de séances de rappels ;
- La mise à disposition de bornes COVID19 pour faciliter l'accès à tous les documents utiles : protocoles, notes de service...

Les horaires ont été adaptés pour éviter le « goulot d'étranglement » initial lié à la mise en place du sas de déshabillage sous tente (locaux ne permettant pas de l'installer à l'intérieur) :

- Le constat : 1h30 pour permettre aux 25 personnes embauchant d'accéder aux locaux, parfois dans le froid (contrainte mal vécue par une partie du personnel, contournée par certains...);
- L'adaptation : arrivées par petits groupes à partir de 6h15, tous les ¼ d'heure et jusqu'à 7h, au lieu de commencer tous à 6h30.

L'animatrice a spontanément reporté ses vacances.

1.3.2. Adaptation du management pour mobiliser les professionnels

Cette première vague de confinement se caractérise par une forte mobilisation des équipes de direction (dès le début février) et logistique pour adapter et/ou produire de nombreux modes opératoires et procédures, puis réaliser les aménagements nécessaires. Rien n'était prêt. Il a fallu tout élaborer, en s'appuyant sur les recommandations nationales et régionales. L'augmentation de la charge de travail a été importante pour tous ces interlocuteurs.

Les changements d'organisation ont fait l'objet de protocoles par ou sous la responsabilité de la cellule de crise, diffusés par notes de service à l'ensemble des agents « pour en donner le sens », puis les chefs de service ont eu la responsabilité de les présenter et de s'assurer de leur respect. De très nombreuses notes de service ont été diffusées entre le 5 mars et le 11 juin (date de transmission), aux différentes étapes de la crise, le plus souvent suite aux évolutions des directives nationales ou de l'ARS (32 documents transmis) : consignes sanitaires, chartes de bonne conduite (intervenants extérieurs, *visites aux résidents...*), registres (prise de température, prise de rendez-vous des visites des proches), questionnaires (*auto-questionnaire de santé avant-visite*), gestion des *visites aux résidents*, organisation « canicule » ...

Il n'y a pas eu d'impacts sur l'absentéisme, plutôt plus faible qu'en temps normal. Cinq ou six personnes « vulnérables » ont bénéficié du télétravail, déjà en place (mise à disposition d'ordinateurs portables, lien VPN très rapidement mis à disposition...) ou d'absences réglementaires. Une IDE a été arrêtée dès le début de la crise en raison de son état de santé. La mobilisation du personnel a été très importante et l'ambiance constructive.

Le personnel a fait preuve de beaucoup de bienveillance à l'égard des résidents, privés de leurs familles et proches. La conscience professionnelle et la motivation des équipes ont été essentielles, de même que les messages de soutien des familles, tout comme leurs témoignages de gratitude (gâteaux, bonbons...).

En guise de clin d'œil, des « chocolaines » ont été offertes chaque semaine.

1.4. Les impacts du confinement sur l'accompagnement des résidents

Nous reprenons ci-après les principaux impacts identifiés à l'occasion des différents entretiens.

- *Communication spécifique* : Plusieurs initiatives ont permis de pallier la suppression des visites :
 - Pour la cellule Animation : Utilisation de la page Facebook de l'établissement pour communiquer à l'attention des familles, y raconter « la vie confinée », mise en place de Skype pour faciliter les échanges résidents/familles et facilitation des courriers résidents>familles via messagerie ou poste ;
 - Par ailleurs : Recensement des adresses mails par le bureau des entrées, envoi de courriers aux référents familiaux et aux personnes de confiance pour les informés des décisions à fort impact.
- *Hygiène* : Des procédures adaptées ont rapidement été élaborées et diffusées pour nettoyer régulièrement tous les points de contacts (poignées de portes...).
- *Repas des résidents* : Repas en chambre pour tout le monde dès que le confinement a été total, à partir du 16 mars.
- *Soins aux résidents* : Toutes les consultations programmées et les interventions externes ont été annulées, sauf les Kinés respiratoires... Il n'y a pas eu d'autres changements dans les pratiques de soins. Pour la direction, la suppression des visites a eu un impact négatif sur la santé des résidents, dont une très grande majorité présente des troubles du comportement. L'équipe de direction a rencontré beaucoup de difficultés pour obtenir que les médecins généralistes portent les EPI. Une initiative organisationnelle a été prise en cours de confinement pour faire remonter des suivis d'évolution du poids des résidents, après avoir constaté des pertes de poids.
- *Animation* : L'animation a été renforcée par l'appui des psychologue et psychomotricienne du PASA, les choix d'actions s'effectuant en fonction des spécialités de chacune : Des Visio

tous les jours sur rendez-vous + des appels téléphoniques et des mails + des échanges de photos et de petites vidéos. Toutes les mesures mises en place par l'équipe d'animation ont été appréciées, de même que les animations en chambre, autour de jeux ludiques, ou le projet d'aromathérapie avec les pots absorbeurs d'odeurs au début du confinement...

- *Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres* : Pour la directrice, il était difficile d'envisager un déménagement des résidents pour libérer une zone. Dans un premier temps, il était prévu des précautions complémentaires Air puis Gouttelettes si un résident présentait un symptôme. Le personnel estime que ces évolutions ont été difficiles à vivre, tant pour les résidents que pour eux-mêmes. Certains résidents ont eu du mal à accepter les contraintes du confinement. Il a parfois été nécessaire de s'y mettre à plusieurs pour les convaincre (AS, ASH, animatrice, psychologue...) et de rechercher une diversité de moyens pour faciliter cette compréhension (affichettes Montessori, réalisation d'un livret spécifique...). Une zone d'isolement a ensuite été identifiée dans l'espace PASA, situé en secteur sécurisé, avec aménagement, équipe et protocole spécifiques. Il prévoyait que cette zone d'isolement était susceptible d'être ouverte au 3^{ème} cas. Les interventions soignantes devaient être réalisées au lit du résident en respectant les protocoles établis.
- *Admission* : Durant cette période, d'établissement n'a accueilli que des résidents sortant de SSR. Le protocole établi prévoyait : 1,5 mois sans accueil en cas de cas COVID, 15 jours en cas de suspicion et 14 jours d'isolement en chambre en cas d'obligation d'accueillir un résident arrivant de son domicile...
- *Fin de vie/décès* : 8 % de décès en 15 jours, dont 4 sur un WE, non comptabilisés en décès COVID ;
- Le personnel a été confronté à un événement traumatisant (« ...terrible pour eux ») : mettre en place la procédure COVID 19, soit une mise en sac mortuaire avec mise en bière immédiate sans habillage (procédure en place à cet instant, jusqu'à fin avril) pour la mère d'une ancienne salariée (« *Ne pas pouvoir accompagner les familles, leur présenter ses condoléances... est une épreuve majeure !* »).
- *Spécificités propres aux unités spécialisées (UHR, UVP, USLD) et/ou solution de répit/d'accueil temporaire d'urgence...* : Le PASA a été fermé et aucune disposition spécifique n'a été prise pour l'unité protégée.
- *Expression des usagers /maintien du CVS* : Impossibilité de réunir le CVS car ses membres (résidents) sont confinés en chambre (« *Il était d'autant plus difficile de leur proposer de se réunir qu'ils ne pouvaient pas voir leurs familles... ils n'auraient pas compris* »).

1.5. Les impacts du confinement sur les relations

1.5.1. Les relations avec les familles et les proches

Les relations avec les familles ont été plutôt bonnes dans un premier temps. Elles ont très majoritairement apporté leur soutien aux équipes. Pour la directrice, cette période représente « *une trêve dans la violence des relations* » (niveau d'exigence élevé des familles au quotidien). Pour le personnel, qui était fréquemment en relation téléphonique avec les familles, elles étaient très inquiètes et « *avaient cependant du mal à s'en satisfaire* ».

Beaucoup de frustrations ont été exprimées sur les conditions de reprise des visites, à l'extérieur, avec les masques et en présence d'un agent de l'EHPAD (intrusion...). La présence de la psychologue a été essentielle pour atténuer cette frustration.

1.5.2. Les relations avec les partenaires et fournisseurs

L'établissement a rencontré des problèmes d'approvisionnement au début du confinement car certains livreurs ne voulaient plus venir, quand la réception des marchandises était organisée en dehors du bâtiment. Les difficultés se sont atténuées après l'élaboration d'une charte avec les fournisseurs.

1.5.3. Les relations avec les autorités de tutelles

Les relations avec l'ARS ont été très bonnes : relations de partenariat et de coopération, sans jugement, avec forte mobilisation et disponibilité, y compris les week-end... nos interlocuteurs estiment avoir reçu de leur part « des documents de qualité, protocoles ou autres, très aidants... ». Ils souhaitent s'appuyer sur le GHT pour les prélèvements mais ça n'a pas été possible.

Premier bilan

Les interlocuteurs-clés

- L'équipe de direction ;
- Le service qualité (les modes opératoires) et l'hygiéniste (protocoles) ;
- L'équipe d'animation « *qui a fait du bon travail et a été très autonome pour mettre en place les moyens de communication avec les familles* » ;
- Le responsable technique et l'équipe logistique, fortement mobilisés pour la prise en charge des multiples modifications et déménagements.

L'absence de Médecin-coordonnateur a été préjudiciable, d'autant plus que, pendant cette période, certains médecins ne voulaient pas entrer dans l'établissement pour visiter leurs patients.

Les difficultés majeures

Pour la direction :

- Une charge de travail énorme à partir du 8 février, date de la première réunion de crise restreinte... (de 6h à 20h, samedis et dimanches compris) ;
- Une forme « d'épuisement » à partir de mi-avril (« ...ne plus parvenir à donner du sens... ») ;
- Le défaut d'anticipation et l'urgence permanente durant toute cette période (« ... mettre en œuvre dans la précipitation des textes qui engagent votre responsabilité... bipasser les circuits habituels de validation... décider d'autorité pour que les choses aillent vite... ») ;
- Devoir gérer la peur des résidents, des familles et des professionnels... voire la sienne ;
- La situation de « porte-à-faux » des cadres, entre ce qu'il faudrait faire dans l'absolu (« *porter des masques* ») et les recommandations (« *masques pas nécessaires...* ») ;
- Devoir « gérer la pénurie d'EPI » (« *...le système D en permanence... au compte-gouttes...* ») face aux « plaintes » du personnel (« vous nous envoyez à la guerre... ») ;
- Des difficultés pour faire appliquer les gestes barrière ;
- L'impossibilité de s'appuyer sur le CVS compte-tenu de la situation d'urgence.

Pour le personnel :

- C'est d'abord « la peur de se tromper, d'être à l'origine d'une contamination... » qui domine... ;
- Le SAS de déshabillage a été très mal vécu (« *... installation précipitée —2 j. pour tout mettre en place—, sans avoir pu l'expliquer préalablement—, se déshabiller sous les tentes —2°C certains matins—, de la « dépersonnalisation » —ne plus avoir son nom sur sa tenue, porter les masques, prendre sa température—...* ») ;
- L'information tardive (« *On a été informés... mais pas assez en amont...* ») ;
- La succession de protocoles (« *...toutes les semaines... l'obligation de nous adapter...* ») et le port permanent des EPI dès lors qu'il y avait une suspicion ;
- L'insécurité des conditions initiales d'intervention lors des soins (« *Au départ, on ne nous autorisait pas à porter des masques...* ») ;
- La plupart des tâches habituelles ont été complexifiées (pour les EPI, les magasiniers ont par exemple eu à réaliser des tâches supplémentaires très chronophages : faire tous les décartonnages dehors, puis les entreposer 24h dans le SAS, puis stockage dans le bureau de la Directrice ou la pharmacie...) ;
- Une charge de travail supplémentaire : pour adapter la signalétique, pour organiser les repas et le portage en chambre, pour les évaluations spécifiques des résidents (résidents fragiles à suivre

attentivement, risques de chutes ou de 'fausse-route', problème d'alimentation/déshydratation, tâches supplémentaires liées au passage en SAS sanitaire de tout ce qui rentrait dans l'EHPAD...

Pour tout le monde :

- L'épisode initial de pénurie de masques a fortement marqué les équipes et la direction ;
- La souffrance des résidents, privés des visites de leurs familles... ;
- Les conditions d'information relative à la réouverture des EHPAD pour la fête des mères...
- La longueur de la crise et le sentiment d'impuissance...

Les points de satisfaction face à cette situation inédite

- Un personnel qui a « fait face » et a su faire preuve d'une forte capacité d'adaptation pour mettre en place les mesures décidées par la cellule de crise ;
- Des équipes soudées face aux difficultés, une forte cohésion... ;
- Des relations sociales de qualité et des CHSCT extraordinaires constructifs (« tous dans le même bateau », remontées pertinentes d'informations...);
- L'élan de solidarité (repas offerts, pommes, chocolats, dessins adressés par des écoles...);
- La satisfaction du devoir accompli (« On a bien fait notre travail, ça n'a pas flambé ! »).

Des suggestions d'amélioration

- Associer davantage des représentants des différents métiers pour mieux tenir compte de leur connaissance des résidents et moduler certains protocoles (application des consignes, repas en salle à manger ou en chambre, organisation des visites au moment de leur reprise...);
- Charger durablement quelqu'un (une gouvernante par exemple) de la gestion des relations avec les familles et proches (accueil, recueil des suggestions et doléance, satisfaction...).

2. Les principales évolutions lors du déconfinement progressif (mi-juin à mi-octobre 2020)

Entre juin et octobre :

- Un été « analogue aux autres années » ;
- Le taux d'occupation des lits a été de 98,5% (normal) ;
- L'établissement n'a comptabilisé ni décès, ni malade, ni suspicion ;
- Les salariés ont pu prendre leurs congés d'été, sans restriction particulière ;
- L'absentéisme a été plus élevé qu'avant la crise ;
- L'établissement a disposé de masques, de gants, de blouses et de Gel hydroalcoolique en quantités suffisantes. Situation rétablie sur le virucide, après une période de difficultés d'approvisionnement. Difficultés pour se procurer des lunettes en quantités suffisantes, remplacées par des visières ;
- L'accès aux tests est estimé suffisant et les délais d'obtention des résultats « raisonnables » ;
- Des dispositions spécifiques prises pour adapter les congés de Toussaint aux évolutions de la situation.

2.1 Les évolutions concernant l'accompagnement des résidents

- o *Hygiène* : Maintien des mesures.
- o *Repas des résidents* : A partir du 30/04/2020, reprise des repas en salle à manger dans les 4 secteurs sur la demande des résidents le souhaitant, dans le respect de la distanciation et des mesures barrière...
...mais des surfaces de salles à manger insuffisantes, ne permettant d'accueillir simultanément qu'1 résident sur 4 (« Vaut mieux qu'ils restent en chambre et qu'on compense les activités... »).
- o *Soins aux résidents* : Reprise progressive des interventions des professionnels de santé à partir du 11 mai, selon modalités précisées dans le PRA Reprise d'activité, sous conditions que les intervenants extérieurs signent la « charte de bonne conduite ».
- o *Animation* :
 - 2 juin 2020 : reprise des activités en petits groupe au sein des services ;
 - 4 juin 2020 : reprise des prestations de coiffure ;

- 8 juin 2020 : reprise de l'atelier musical, 1 lundi matin sur 2, en salle de kiné et en respectant la distanciation entre chaque résident (groupe de 3 ou 4 personnes) et les mesures barrières. Désinfection de la salle de kiné et des instruments après chaque usage selon le protocole désinfection COVID 19 en vigueur dans l'établissement ;
- Pas de reprise des activités en plus grands groupes ;
- Les sorties temporaires collectives et individuelles restent suspendues.
- o *Admission* : Le principe général reste celui du report des admissions non urgentes, avec des motifs d'exception : état de santé ou incapacité d'assurer son accompagnement à domicile, sorties d'hospitalisation, reprise d'activité professionnelle de l'aidant sans possibilité de répit à domicile en substitution, dégradation importante de l'autonomie sans possibilité d'accompagnement à domicile en substitution.
Par ailleurs :
 - Interdiction d'admission de personnes symptomatiques et de personnes asymptomatiques testées positives ;
 - Avoir en amont un test RT-PCR négatif datant de moins de 2 jours ;
 - Prise de température frontale quotidienne avec surveillance médicale rapprochée.
- o *Fin de vie/décès* : Visites en chambre désormais en raison de l'état de santé des résidents et notamment pour les fins de vie, avec précautions supplémentaires.
- o *Expression des usagers /maintien du CVS* : Le 9 juin, il était envisagé d'organiser une réunion du CVS avant la fin juin.

2.2 Les évolutions concernant les relations avec les familles et les proches

Maintien de l'ensemble des dispositifs mis en place pour entretenir les liens résidents/familles et proches.

2.3 Les préoccupations principales au cours de cette période

- Les relations avec les familles se sont tendues début juin, suite aux annonces de réouverture des EHPAD pour la fête des mères, symptomatique pour le personnel d'un « *décalage important entre ce qui se passe au sein des EHPAD et ce qui circule à l'extérieur* » (« *... fortes tensions... familles ne comprenant pas l'ouverture avec restrictions —ouverts mais avec des protocoles compliqués—... qui pensaient venir librement embrasser leur proche pour la fête des mères... familles qui souffrent de ne pas voir leurs parents... 'Vous n'êtes même pas capables d'ouvrir alors que le Ministre a dit que ça ouvrirait'...* ») ;
- La pénurie de plexiglass...
- L'appréhension de tensions à venir autour des modalités d'attribution des « primes COVID » et des modalités de vote des résidents pour le second tour des élections fin juin ;
- Les dispositions à prendre pour permettre au personnel, épuisé, de prendre des vacances et pour anticiper une éventuelle canicule... ;
- La crainte d'une nouvelle vague et d'un reconfinement (« *Nous sommes tous épuisés... et ça ferait des dégâts psychologiques chez les résidents si on leur imposait un nouveau confinement...* »).

Deuxième bilan : Les initiatives les plus innovantes et à poursuivre

- Le renforcement de la communication avec les familles et les proches via la page Facebook... et surtout les Visio par Skype (« *...ça marche très bien, c'était dans les tuyaux mais ça ne se mettait pas en place... c'est très apprécié par les familles... ça permet de se voir, c'est plus rassurant que le téléphone... c'est mieux qu'une visite 'encadrée' d'une demi-heure !* ») ;
- Le renforcement et la rigueur d'application des protocoles de désinfection (à condition d'en avoir les moyens humains et matériels) ;
- Les évolutions de l'animation, notamment avec l'apport de la psychomotricienne : aller vers une complémentarité entre des animations occupationnelles et des animations thérapeutiques : solliciter plus les résidents pour éviter la déshumanisation... ;

- L'évolution du fonctionnement du service qualité vers plus de réactivité (« *On a appris à être plus factuel pour s'adapter aux besoins des professionnels et à produire des protocoles plus pratiques, pour les aider...* ») ;
- Avoir pu débattre avec le médecin et l'IDE de l'ARS lors de leur venue (« *c'est important qu'ils viennent voir ce qu'il en est sur le terrain...* »).

3. Les ajustements en phase de reprise de la propagation du virus (mi-octobre/mi-novembre 2020)

3.1 Le contexte

La cellule de crise a été remise en place à partir de mi-septembre « *sans avoir eu le temps de faire un véritable retour d'expérience mais en utilisant l'expérience de la première vague* ».

3.1.1 Ce qui a changé

- La décision de renforcer les effectifs à partir du 1er octobre et jusqu'au 31 décembre, en passant de 3 ASH pour 52 résidents à 4, pour éviter l'installation d'un « fonctionnement en mode dégradé » ;
- Des moyens nouveaux accordés par l'ARS : 2 postes supplémentaires, l'un pour davantage d'accompagnement aux gestes barrières, l'autre pour renforcer l'animation
- Le repositionnement de tous les points Gel hydroalcoolique suite à un RETEX en cellule de crise ;
- L'acquisition de matériel (des autolaveuses) pour automatiser certaines tâches de ménage ;
- Une réflexion engagée sur l'organisation à mettre en place en cas de COVID+ au sein de l'unité fermée ;
- Plan de renforcement des « bonnes pratiques » dans le cadre de la démarche Qualité ;
- Le personnel est de plus en plus demandeur de formations à l'accompagnement des fins de vie (douleurs, fins de vie...) ;
- Une expérimentation très positive de journées de « séminaires » pour associer les résidents aux réflexions et recueillir leur point de vue sur des thématiques propres aux EHPAD et aux conditions de vie : des paroles très fortes par rapport à la suspension des visites au moment du confinement (« *On préfère mourir plutôt que de revivre ça...* ») ;
- Les outils de suivi psychologiques incités par le Ministère (espace d'échanges collectifs avec une psychologue) ne sont pas mobilisés par les professionnelles, qui préfèrent les échanges informels avec la psychologue (ils la sollicitent beaucoup).

3.1.2 Ce qui a repris

- La priorisation des résidents isolés pour les Visio car il n'y a plus qu'une seule animatrice ;
- Le retour « violent » des familles (« *Les applaudissements se sont arrêtés pour nous mettre la tête sur le billot !* ») : il n'y a plus d'indulgence par rapport aux salariés (information recoupée avec de très nombreux EPHAD, via la FHF), il y a des exigences très fortes sur le ménage et un refus d'entendre les arguments sur les limites liées aux effectifs... (« *...des inspections en règle de tout, en particulier du ménage et de la nourriture, climat de suspicion... alors que les résidents, eux, témoignent toujours beaucoup de reconnaissance au personnel (i.e. les pauvres petites...)* ») ;
- La difficulté de « tenir le COVID et le quotidien... » ;

3.2 Les difficultés antérieures à la crise sont encore accentuées

- Un effectif qui reste structurellement insuffisant ;
- Un besoin de renforcement des effectifs pour avoir le temps de faire « un travail satisfaisant (« *cesser de culpabiliser de ne pas le faire, faute de temps suffisant* ») ;
- Des attentes de reconnaissance statutaire qui s'expriment de plus en plus... ;
- Une forte préoccupation liée à la pénurie d'IDE en EHPAD ;

- Peu de marges de manœuvre pour pourvoir aux remplacements (recrutements difficiles sur le territoire, IDE intérimaires qui ne répondent pas dès lors qu'il y a un cas de COVID suspecté ou confirmé...);
- Toujours pas de Médecin-Coordonnateur...
- Les médecins n'ont toujours pas accès à distance au DMI de leurs patients (module Titan toujours pas déployé)

Troisième bilan : « Démarrage d'une autre crise »

Fin octobre 2020 (entretien du 26 octobre), des réflexions sont en cours sur 'Le droit des usagers' (« *parent pauvre de nos actions* », *au profit de la satisfaction des attentes des familles...* ») et plusieurs sujets majeurs préoccupent la Directrice :

- Le relâchement des résidents et des familles relatifs à l'application des gestes barrière (organisation d'un CVS dédié à ce sujet pour alerter, mobilisation difficile des membres du CVS, peu réceptifs à cette alerte...);
- La moindre disponibilité du personnel (« *...des arrêts préventifs depuis début septembre, source de fragilisation du collectif...* »);
- Une moindre réactivité de l'ARS (trop de sollicitations ? épuisement ?);
- Des équipes mieux préparées aux gestes barrière mais épuisées.

L'inquiétude est forte pour plusieurs raisons évoquées au cours de l'entretien :

- Les relâchements évoqués ci-dessus ;
- Des établissements touchés aux alentours ;
- Des exemples d'EHPAD dans lesquels la progression de l'épidémie a été fulgurante (2 résidents fébriles le dimanche soir, 50% COVID+ le jeudi, 3 morts, la moitié du personnel à l'isolement...);
- La fragilisation des équipes, certains membres du personnel commençant à être touchés par le COVID-19 : en décembre par exemple, l'adjointe de direction et une autre assistante, sont ainsi restées 14 jours à l'isolement chez elles... (« *c'est une différence importante par rapport à mars, car certains sont entourés de cas COVID-19 —famille, voisins, amis...—* »);
- L'attente est d'autant plus difficilement supportable « *qu'on se sent impuissant : Comment va-t-on faire pour passer à côté cette fois-ci ?* »

Grille état des lieux

Etat des lieux de la situation dans l'EHPAD

Nom de l'établissement :

Période : mi-mars- mi-mai / mi-juin- mi-octobre

I- Evaluation de la situation sanitaire

Parmi les professionnels et les résidents, entre mi-mars et mi-mai

- Nous n'avons comptabilisé aucun malade ni aucune suspicion
- Nous avons eu à faire face à une ou plusieurs suspicions (cas non confirmés)
 - i. Nombre de résidents ()
 - ii. Nombre de professionnels ()
- Nous avons eu des cas de COVID 19 confirmés
 - i. Nombre de résidents ()
 - ii. Nombre de professionnels ()
- Nous déplorons des décès liés au COVID 19 Oui / non

Actuellement, avez-vous des suspicions ou contaminations en cours (résidents ou prof) ? Oui /non

II- Etat des ressources au sein de l'établissement face aux besoins

a. Concernant les Ressources humaines

i. Avant la crise sanitaire

1. Nous estimons que le nombre de postes vacants était :
 - a. Normal / peu élevé / élevé
 - b. Nombre d'ETP vacants si possible à cette période ()
2. Nous estimons que l'absentéisme était :
 - a. Normal / peu élevé / élevé
 - b. Taux d'absentéisme si possible à cette période ()

ii. Entre mi-mars et mi-mai

1. Nous avons annulé tous les congés et JRTT pour faire face à l'urgence
 - a. Oui / Non
 - b. Totalement / Partiellement
 - c. Nombre de jours annulés si possible (.....)
2. Nous estimons l'absentéisme durant cette période :
 - a. Inchangé / Moins élevé qu'avant la crise / Plus élevé qu'avant...
 - b. Taux d'absentéisme si possible durant cette période ()

Actuellement, disposez-vous d'un effectif suffisant ? Oui /non

b. Concernant les moyens matériels, entre mi-mars et mi-mai

- L'équipement sanitaire spécifique pour faire face à la crise était :
 - i. Pour les masques : suffisant / insuffisant
 - ii. Pour les gants : suffisant / insuffisant
 - iii. Pour les blouses : suffisant / insuffisant
 - iv. Lunettes : suffisant / insuffisant
 - v. Gel : suffisant / insuffisant
 - vi. Autre (préciser) : suffisant / insuffisant
- L'accès aux tests pour faire face à la crise était : suffisant / insuffisant
- Le nombre de lits vacants était
 - i. Normal / élevé / préoccupant
 - ii. Taux d'occupation des lits durant cette période ()

Actuellement, disposez-vous de suffisamment de matériel (masques, gants, surblouses, autres) ? Oui /non

Grille d'entretien phase 1

Cible : les personnes occupant des « postes-clé » au sein de l'EHPAD (direction, animation, IDE coordinatrice...) ; une déclinaison de cet outil est proposée à un focus groupe constitué de professionnels volontaires, dont IRP

Durée : max 1H30

Objet : repérer les adaptations de l'organisation pour répondre à la crise, les bonnes pratiques

Introduction : *Ces deux derniers mois, vous avez vécu différentes phases de la crise sanitaire liée au COVID-19, et le déconfinement qui s'amorce laisse présager d'autres situations auxquelles il faudra s'adapter.*

A chacune de ces étapes, des décisions ont été prises par les autorités sanitaires et gouvernementales, impactant votre établissement et l'ensemble de ses services, et ce avec une fréquence soutenue ; dans le même temps, vous avez été confronté(e) à des pénuries ou difficultés d'approvisionnement en matériel ou d'accès aux prestations ; vous avez également dû faire face aux vives émotions suscitées par cette crise inédite chez les familles et les professionnels (peurs, agressivité, ou au contraire empathie et engagement). Pendant toutes ces semaines, vous avez gardé en permanence à l'esprit la nécessité vitale de la continuité de l'accompagnement auprès des personnes accueillies, avec une double contrainte : préserver les personnes âgées et les professionnels de toute contamination, et éviter que l'isolement des personnes, destiné à éviter la contamination, ne dégrade leur santé psychique de façon irréversible.

Nous souhaitons vous interroger sur les changements organisationnels qui ont eu lieu et sur les conséquences de la crise sur les relations au sein de la structure et avec l'extérieur (famille, prestataire, organisme de tutelle, etc.)

→ Adapter l'organisation de l'EHPAD au confinement

1. Quelles sont pour vous les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face et les aspects positifs observés ?
2. Quand avez-vous commencé à adapter l'organisation de votre établissement pour répondre à la crise sanitaire ? Avez-vous l'impression que vous avez pu planifier cette adaptation, ou que vous avez agi dans l'urgence ? (À mettre en lien avec le niveau d'évaluation sanitaire et R.H)

- **Accompagnement des résidents**

3. Quelles situations/difficultés avez-vous rencontré ? Quelles dispositions/organisations avez-vous mis en place ? Avez-vous réussi à adapter l'organisation pour appliquer les directives ? Avez-vous mis en place des nouveaux protocoles d'accompagnement ?
 - a. Hygiène *nettoyage des locaux, vaisselle, circuit d'élimination des déchets, circuit du linge (à mettre en lien avec le taux d'équipement/gestion des stocks) ?*
Accompagnement par expert ?
 - b. Gestion des stocks et distribution (*masques, surblouses, gants, gels, lunettes, médicaments, tests*) = *moyens matériels*
 - c. Repas des résidents
 - d. Soins aux résidents (*toilettes, habillage, suivi de la santé physique et psychique télémédecine, tests, etc.*)
 - e. Gestion de l'isolement/confinement dans les chambres (*zone de confinement/d'isolement ; éthique : protection versus autonomie/ question de la contention pour public spécifique ex. avec troubles cognitifs ++, accès à l'info : média, etc.*).
 - f. Animation (*place et fonctionnement*). *Focus sur le maintien du lien social*

- g. Admission (*Nouveaux résidents dont unité protégée, sorties hospitalisation*) et liste d'attente (à mettre en lien avec le taux d'occupation). Voir si demande de sortie durant cette période
- h. Relations avec les familles et les proches (*communication sur les mesures de prévention, temps spécifiques d'échanges/astreintes*)
- i. Expression des usagers /maintien du CVS
- j. Fin de vie/décès (*équipe mobile, voir directives anticipées et mise à jour des dossiers de Liaison d'Urgence DLU*)
- k. Si unités spécialisées (UHR, UVP, USLD) et/ou solution de répit/d'accueil temporaire d'urgence

- **Niveau Ressources Humaines**

4. Quelles ont été les conséquences sur l'organisation du travail (*plannings, fiches de poste / tâches, équipe dédiée zone d'isolement*) ? Quelles situations/difficultés avez-vous rencontré ? Quelles dispositions/organisations avez-vous mis en place ? Avez-vous mis en œuvre un plan de continuité d'activité ? Formalisé ou non » ? Préalablement ou « dans l'urgence ?
5. Avez-vous eu à déplorer des absences liées au COVID 19 (Postes concernés ?) ? Pour quelles raisons ? (Garde enfant, maladie, prise en charge d'une personne « vulnérable », épuisement, etc.). Avez-vous enregistré des accidents du travail atypiques et/ou inhabituels (de trajet ou de travail) ?
6. Si oui, avec quels impacts sur la charge de travail des « présent(e)s » ? (Heures supplémentaires ? Amplitude ? Doublement des postes ? Hébergements sur place ?)
7. Comment avez-vous communiqué /réfléchi en équipe sur les instructions et les adaptations de l'organisation » ? (*Réunion ad hoc, transmissions, affichage, formation à distance/ou pas*)
8. Estimez-vous que les professionnels sont restés aussi engagés qu'avant la crise / se sont montrés davantage engagés qu'avant la crise / se sont désengagés ? Précisez avec des exemples (*Volontaires pour faire des remplacements ou des heures supplémentaires ? Baisse de l'absentéisme hors COVID 19 ? Epuisement ?*)
9. Avez-vous eu besoin de renforcer les équipes (*heures supplémentaires, intérim, CDD, etc.*) ? de faire appel à des intervenants extérieurs (*ex. professionnels libéraux ou ex. réserve civique/bénévole, coopération entre structures avec même OG ou sans OG*) ? Avez-vous pu trouver ces ressources facilement ? Manque de personnel ?
10. Quels ont été les postes clé pour gérer le début de la crise (*focus sur médecin coordinateur*) ? Un référent Covid-19 a-t-il été nommé ? Sur quels protocoles/directives/recommandations vous êtes-vous particulièrement appuyés ?

- **Conséquences sur les relations**

11. Quel impact ont eu les modifications de votre organisation en lien avec la crise sur vos relations avec les familles ? Plus de proximité ? Des tensions ? Du soutien ?
12. Quel impact sur vos relations avec les personnes accueillies ? Ont-elles compris vos décisions ? Ont-elles montré de l'inquiétude ? de la compréhension ? de la colère ?
13. Les modifications de l'organisation liées à la crise ont-elles eu des conséquences sur vos relations avec les professionnels ? entre les professionnels ?
14. Estimez-vous que les autorités de tarification (ARS, CD, mais aussi préfet, communes) et de contrôle ont été un soutien ? Avez-vous reçu suffisamment d'information/d'outils de leur

part ? Qu'auriez-vous attendu de plus de leur part ? *Même question si organisme gestionnaire ; Voir question sur la notion de responsabilité*

15. Quels impacts cette situation a eu sur vos partenaires habituels ? Quelles coopérations avez-vous pu mettre en place *matériels, RH, logistique, réponses apportées, etc.* ? *Voir si existence avant crise d'une filière gérontologique/plateforme.* Avez-vous mis en œuvre de nouveaux partenariats internes / externes ?

A voir pour les trois parties « accompagnement » « R.H » et « Relation » :

16. **Quels sont les aménagements qui ont, selon vous, été les plus innovants (Cf. si action en lien avec le domicile) Pourquoi ?**
17. **Quelles sont les difficultés auxquelles vous estimez n'avoir pas pu apporter de réponse satisfaisante ? pourquoi ? Vos besoins pendant cette période ? (Cf. ressentis et vécus de la situation)**
18. **Parmi les adaptations de l'organisation, est-ce que certains aménagements ont vocation à être pérennisés après la crise ? Lesquels et pourquoi ? Souhaitez-vous mettre en œuvre de nouvelles actions/dispositifs en lien avec des besoins qui ont émergé durant cette période ?**

Adapter l'organisation de l'EHPAD au déconfinement

19. Comment qualifiez-vous la situation de votre établissement aujourd'hui ? (Situation stabilisée, retour à la normale, situation apaisée) ?
20. Avez-vous commencé à adapter l'organisation de votre établissement au déconfinement ? Comment avez-vous organisé cette phase ? Différentes phases sont-elles prévues ? Avez-vous élaboré le document de reprise d'activité ?
21. Avez-vous des inquiétudes / des craintes quant aux prochaines semaines à venir ? Quels sont vos besoins aujourd'hui ?

Grille d'entretien phase 2

1. (Depuis notre dernier entretien 28/05 au 11/06) **De manière générale, comment se sont passés cet été et la rentrée** (congés, canicule, cas COVID) ?
2. Actuellement, comment estimez-vous (nommez-vous) la situation au sein de votre EHPAD ? (« fin de crise » ? « Fin de crise aigüe », « situation apaisée », « retour à la normale », « stabilisation » ? « Autre » ?)

Voir pour chaque thématique ci-dessous repartir des éléments mis en place pendant la crise, voir ceux maintenus depuis, les changements opérés depuis juin et ce qui va être maintenu dans l'avenir. Voir si différence de perception/de posture.

ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

3. Qu'est-ce qui a changé dans votre organisation depuis juin, et qui va perdurer ? *voir en fonction des changements mis en œuvre avant juin.*
 - a. Place et rôle de l'hygiène (matériel suffisant ?)
 - b. Place et rôle de l'animation
 - c. Place et rôle des Soins / télémedecine
 - d. Place et rôle des familles
 - e. Place et rôle du CVS
 - f. Place et rôle des résidents
 - g. Place et rôle du soutien psychologique
 - h. Spécificité au sein des unités spécialisées (UHR, UVP, USLD) et/ou solution de répit/d'accueil temporaire d'urgence
4. Vos besoins ?

RESSOURCES HUMAINES

5. Avez-vous remarqué un effet du déconfinement sur l'engagement, la motivation des équipes, par rapport à leur posture pendant la crise ? Des tensions ?
6. Quel niveau de communication/information/collaboration/soutien des équipes avez-vous maintenu, mis en place depuis juin ? *A voir en fonction des modalités de mobilisation mises en place avant juin.*
7. Quels ont été les postes clés pendant cette période ?
8. Maintien ou évolution des plannings/des fiches de postes ? *A voir en fonction des changements élaborés avant juin.*
9. Envisagez-vous un plan de formation spécifique qui découle de cette crise ?
10. Avez-vous mis à jour le Document Unique d'Evaluation des Risques ? Envisagez-vous de le faire ? Envisagez-vous de le modifier suite à des carences que vous auriez identifiées à l'occasion de la crise sanitaire ?
11. Vos besoins ?

LES RELATIONS

12. Qu'est-ce qui a changé dans vos relations depuis juin, et qui va perdurer ? *voir en fonction des changements mis en œuvre avant juin.*
 - a. Avec les familles
 - b. Avec les résidents/entre résidents
 - c. Avec les professionnels / organisme gestionnaire
 - d. Avec les partenaires/prestataires (autre établissement, fournisseurs, ...)
 - e. Avec les autorités de tarification et de contrôle (ARS, département)
 - f. Avec votre environnement / Sur votre territoire (Mairie, etc.)
13. Vos besoins ?

MESURE D'IMPACT

14. Avec le recul, comment estimez-vous votre niveau de préparation en mars dernier face à cette crise ? Aujourd'hui vous sentez-vous mieux préparé-e ?
15. Avez-vous engagé une démarche REX en interne ? Réponse à l'AMI - QVT établissements et services médico-sociaux de l'ARS NA ?
16. Quel élément dans votre organisation a été le plus impacté par cette crise / le moins impacté (voir à court terme et long terme) ?
17. Qu'est-ce qui a été le plus utile (facilitateur) pour gérer cette période et le frein principal ? Aujourd'hui ? Demain ?
18. Quelles réflexions ou actions avez-vous engagé depuis cette crise ? *Voir à formaliser / à intégrer dans un CPOM, PE et/ou PAQ/DUER ?*

Ex :

- a. *Au niveau éthique (comité ?)*
 - b. *Au niveau consentement, droit des usagers, recueil des besoins/des avis*
 - c. *Au niveau de la question de "Se sentir chez soi"*
 - d. *Au niveau lien social, maintien de l'autonomie*
 - e. *Au niveau profil/besoins des résidents*
 - f. *Au niveau des familles (degré d'accompagnement ?)*
 - g. *Au niveau qualité de vie au travail (soutien, formation, etc.)*
 - h. *Au niveau responsabilité/ prise de risques / sécurité*
 - i. *Au niveau implication/collaboration des professionnels*
 - j. *Au niveau du plateau technique / des effectifs / des recrutements*
 - k. *Au niveau hygiène/sanitaire*
 - l. *Au niveau du territoire/ partenariats*
 - m. *Au niveau de l'offre proposée (ex. Hors les murs)*
 - n. *Au niveau locaux/architecture* (envisagez-vous des modifications dans la distribution et/ou l'aménagement de l'espace ?)
19. Comment voyez-vous l'EHPAD de demain ?

Les Procédures, plans et documents d'appui à la gestion de crise

Ces questions feront l'objet d'un entretien ultérieur ; vous pouvez choisir d'y répondre par écrit

21. Depuis juin, avez-vous mis en place des procédures adaptées à chaque niveau de situation sanitaire identifiée ? Quel est/quels sont les documents de référence ? Quels sont actuellement vos documents de référence ? PRA ? Plan bleu ? DUER mis à jour ?
22. Plan bleu
 - a) Disposiez-vous d'un Plan bleu avant le début de la crise ? Si oui, depuis Quand ?
 - b) Comment l'avez-vous élaboré : ? A quel moment y avez-vous travaillé ? De quels documents disposiez-vous ? Disposiez-vous de modèles de plan bleu ? Qui a travaillé dessus ?
 - c) Disposiez-vous de modèles de plan bleu ? Quels types de documents complémentaires auraient été utiles ? Quels documents/données complémentaires auraient été utiles pour vous « sécuriser » dans cet exercice ?
 - d) Si c'était à refaire ??

23. PCA

- a) Faites-vous la distinction entre Plan bleu et PCA ?
- b) Disposiez-vous d'un Plan bleu PCA avant le début de la crise ? Si oui, depuis Quand ?
- c) Comment l'avez-vous élaboré ? A quel moment y avez-vous travaillé ? De quels documents disposiez-vous ? Disposiez-vous de modèles de PCA ? Qui a travaillé dessus ? Sur quoi vous êtes-vous fondés pour l'élaboration du scénario dans le PCA ?
- d) A quel moment y avez-vous travaillé ? De quels documents disposiez-vous ?
- e) Vous êtes-vous appuyés sur le DUER pour élaborer votre PCA ? Prenait-il bien en compte les risques biologiques ? L'hypothèse d'une pandémie y était-elle envisagée ? A-t-il été suffisant ? Les mesures de prévention et de protection indiquées étaient-elles pertinentes ? Suffisantes ?
- f) Sur quoi vous êtes-vous fondés pour l'élaboration du scénario dans le PCA ? Quels documents/données complémentaires auraient été utiles pour vous « sécuriser » dans cet exercice ?
- g) Si c'était à refaire ?

24. PRA

- a) Comment l'avez-vous élaboré ? : A quel moment y avez-vous travaillé ? De quels documents disposiez-vous ? Disposiez-vous de modèles de PRA ? Qui a travaillé dessus ? Sur quoi vous êtes-vous fondés pour l'élaboration du scénario dans le PRA ?
- b) A quel moment y avez-vous travaillé ? De quels documents disposiez-vous pour cela ?
- c) Disposiez-vous de modèles de PRA ? Quels types de documents ? complémentaires auraient été utiles ? Quels documents/données auraient été utiles pour vous « sécuriser » dans cet exercice ? Quels documents/données complémentaires auraient été utiles pour vous « sécuriser » dans cet exercice ?
- d) Si c'était à refaire ??

Grille d'entretien focus groups

Cible : groupe constitué d'IRP et le cas échéant de professionnels volontaires (3 à 6 participants)

Durée : environ 1H

Objet : repérer les adaptations de l'organisation pour répondre à la crise, les bonnes pratiques

Introduction : *Ces deux derniers mois, vous avez vécu différentes phases de la crise sanitaire liée au COVID-19, et le déconfinement qui s'amorce laisse présager d'autres situations auxquelles il faudra s'adapter.*

A chacune de ces étapes, des décisions ont été prises par les autorités sanitaires et gouvernementales, impactant votre établissement et l'ensemble de ses services, et ce avec une fréquence soutenue ; elles ont donné lieu à des adaptations de l'organisation en continu dans l'établissement. Dans le même temps, l'établissement a été confronté à des pénuries ou difficultés d'approvisionnement en matériel ou d'accès aux prestations, mais aussi à l'absence de certains professionnels ; vous avez également dû faire face aux vives émotions suscitées par cette crise inédite chez les résidents et les familles, voire chez vos collègues (peurs, agressivité, ou au contraire empathie et engagement).

Nous souhaitons vous interroger sur les changements organisationnels qui ont eu lieu et sur les conséquences de la crise sur les relations au sein de la structure et avec l'extérieur (famille, prestataire, organisme de tutelle, etc.)

Adapter l'organisation de l'EHPAD au confinement

1. Quelles sont pour vous les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face et les aspects positifs observés ?
2. Qu'est-ce qui vous a semblé facile à mettre en œuvre pendant le confinement ? Qu'est-ce qui a été difficile ? Quelles situations/difficultés avez-vous rencontré ? Quelles dispositions/organisations avez-vous mis en place ?
Hygiène, repas, soins aux résidents, animation/vie sociale, admissions, isolement, fin de vie, public spécifique
Relations avec les familles et les proches, avec les résidents (compréhension/tension/inquiétudes/peur/rapprochement etc.)
Plannings, fiches de poste / tâches, formation, relations avec les collègues, avec la Direction (différence d'ambiance avant et après la crise ?)
3. Estimez-vous que vous avez-vous été informés tout au long de la crise des différentes directives et de leurs conséquences sur l'organisation du travail ? Avez-vous le sentiment d'avoir été consultés, voire d'avoir pu participer à la réflexion pour adapter l'organisation ?
4. Qu'est-ce qui vous a aidés/été utiles ? (*renfort en personnel, management, ARS, bénévoles, familles, résidents, autres*)
5. Qu'est-ce qui vous a motivé-e-s à vous investir (autant) ?
6. Est-ce que vous et vos collègues vous êtes sentis en sécurité, ou en danger à certains moments, idem pour les résidents ? Précisez
7. Estimez-vous que vous et vos collègues sont restés aussi engagés qu'avant la crise / se sont montrés davantage engagés qu'avant la crise / se sont désengagés ? Précisez avec des exemples
8. **Quels sont les aménagements qui ont, selon vous, été les plus innovants (Cf. si action en lien avec le domicile) Pourquoi ?**
9. **Quelles sont les difficultés auxquelles vous estimez n'avoir pas pu apporter de réponse satisfaisante ? pourquoi ? Vos besoins/attentes pendant cette période ? (Cf. ressentis et vécu de la situation)**
10. **Parmi les adaptations de l'organisation, est-ce que certains aménagements ont vocation à être pérennisés après la crise ? Lesquels et pourquoi ? Souhaitez-vous mettre en œuvre de nouvelles actions/dispositifs en lien avec des besoins qui ont émergé durant cette période ?**

Adapter l'organisation de l'EHPAD au déconfinement

11. Comment qualifiez-vous la situation de votre établissement aujourd'hui ? (Situation stabilisée, retour à la normale, situation apaisée) ?
12. Avez-vous des inquiétudes / des craintes quant aux prochaines semaines à venir ? Quels sont vos besoins aujourd'hui ?

Questionnaire auprès des professionnels

Professionnels, témoignez de votre vécu pendant la crise sanitaire !

Depuis le mois de mars dernier, vous, professionnels des EHPAD, vous êtes retrouvés à devoir adapter votre accompagnement auprès des résidents, dans le but d'assurer une continuité de service et la protection des personnes accueillies.

Chaque EHPAD a dû trouver des solutions, qu'elles aient pu être planifiées ou dans l'urgence. Ces changements ont eu des conséquences sur l'organisation du travail, sur les relations avec les résidents, les différents acteurs du secteur, et avec les familles. Vous avez tous été impactés par cette crise, et nous vous remercions de témoigner de votre vécu dans le questionnaire ci-dessous.

Votre participation nous permettra d'avoir une meilleure connaissance des événements, d'en mesurer l'impact à plus ou moins long terme dans l'organisation et le fonctionnement, de repérer les bonnes pratiques pour mieux répondre aux besoins. Nous pourrions ensuite mettre au service de tous les établissements ces outils et pratiques efficaces et éprouvés en période de crise sanitaire.

Le questionnaire ne devrait prendre que 10-15 minutes et vos réponses resteront totalement anonymes. Pour toute question relative au sondage, veuillez nous contacter à l'adresse suivante :

agathe.soubie@creai-nouvelleaquitaine.org ou Agathe SOUBIE au 05.57.01.36.50

Nous vous remercions vivement pour votre participation !

Date :

Nom de l'EHPAD :

Votre poste au sein de l'EHPAD (entourez) :

AES Accompagnant éducatif et social

Agent d'accueil

Agent technique

AMP Aide médico psychologique

Animateur-trice

Assistant(e) de service social

AS Aide-soignant(e)

ASG Assistant(e) de soins en gérontologie

ASH agent de service hospitalier

Cadre de santé

Médecin coordonnateur-trice

Pédicure podologue

Psychologue

Psychomotricien(ne)

Secrétaire

autre _____

Comptable

Cuisinier(e)

Diététicien(ne)

Directeur-trice

Ergothérapeute

Gouvernante

Infirmier(e)

IDEC infirmier(e) coordinateur-trice

Masseur kinésithérapeute

Votre âge :

- de 20 ans 20/29 30/39 40/49 50/59 60 et +

Votre ancienneté au sein de l'EHPAD :

-2ans 2/5 ans 6/10 ans + de 10 ans

Votre statut :

CDI CDD intérimaire stagiaire titulaire fonction publique

Ces questions concernent la période qui s'est déroulée entre mars et octobre 2020

COMMUNICATION – PARTICIPATION :

Pendant cette période entre mars et octobre, estimez-vous avoir été suffisamment informé-e des **changements dans l'organisation du travail** par votre hiérarchie ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d'accord / plutôt d'accord / plutôt pas d'accord / pas du tout d'accord

Avez-vous participé aux réflexions ayant conduit à des changements dans l'organisation (réunions, groupes de travail...) ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait / plutôt oui / plutôt non / pas du tout

Si non, auriez-vous souhaité être davantage impliqué dans les réflexions ? Oui/non

Les documents/consignes/protocoles transmis pendant cette période étaient-ils compréhensibles ?

Une seule réponse possible

Tout à fait / plutôt oui / plutôt non / pas du tout

Comment vous ont-ils été remis ? *Une seule réponse possible*

En mains propres / Par note de service / A l'occasion d'une réunion de présentation / autre (*précisez*) _____

Les consignes et protocoles ont-ils été faciles à mettre en pratique ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d'accord / plutôt d'accord / plutôt pas d'accord / pas du tout d'accord

TELETRAVAIL :

Avez-vous travaillé depuis chez vous ? *Une seule réponse possible*

Oui/non/pas concerné (*si pas concerné, allez directement à ACCOMPAGNEMENT ci-dessous*)

Si oui, êtes-vous satisfait de ce dispositif ? *Une seule réponse possible*

Oui tout à fait/satisfait/peu satisfait/pas du tout satisfait

Pourquoi ? _____

Si non, Pour quelles raisons ? *Une seule réponse possible*

Pas envie/pas d'équipements/pas autorisé

/ autre (*précisez*) _____

Souhaiteriez-vous faire plus souvent du télétravail ? *Une seule réponse possible*

Oui/non/ne sait pas

ACCOMPAGNEMENT :

Pendant cette période entre mars et octobre, votre établissement a-t-il proposé selon vous

suffisamment d’animations aux résidents ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d’accord / plutôt d’accord / plutôt pas d’accord / pas du tout d’accord / ne sait pas

Quelle est selon vous l’importance de l’animation lors de cette période ? *Une seule réponse possible*

Indispensable / nécessaire / peu nécessaire / pas du tout nécessaire ?

Pendant cette période, votre établissement a-t-il proposé selon vous suffisamment de **soutien**

psychologique aux résidents ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d’accord / plutôt d’accord / plutôt pas d’accord / pas du tout d’accord / Ne sait pas

Quelle est selon vous l’importance du soutien psychologique aux résidents lors de cette période ? *Une seule réponse possible*

Indispensable / nécessaire / peu nécessaire / pas du tout nécessaire

Pendant cette période, votre établissement a-t-il utilisé davantage **la télé-médecine** ? *Une seule réponse possible*

Oui/non/pas installé / ne sait pas

Si oui, êtes-vous satisfait de ce dispositif ? *Une seule réponse possible*

Oui tout à fait/plutôt satisfait/peu satisfait/pas du tout satisfait / pas d’avis

Si non ou pas installé, est-il selon vous utile de développer ce dispositif ? oui/non

Selon vous, le **niveau d’hygiène et de respect des gestes barrières** doit-il être maintenu hors période de crise sanitaire ? *Une seule réponse possible* Oui/non / pas d’avis

LES RESIDENTS :

Pendant cette période de mars à octobre, quelles dispositions ont été prises dans l’établissement

pour **recueillir l’avis des résidents** lors des mesures de confinement ? *Plusieurs réponses possibles*

- Aucune
- Information du CVS
- Information des résidents
- Discussion et recueil des suggestions du CVS
- Discussion et recueil des suggestions des résidents
- Autre ?
- Ne sait pas

Selon vous, l’**avis des résidents** est-il suffisamment pris en compte depuis le début de la crise ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d’accord / plutôt d’accord / plutôt pas d’accord / pas du tout d’accord / pas d’avis

Quelle est selon vous l’importance de prendre en compte l’avis des résidents lors de cette situation de crise ? *Une seule réponse possible*

Indispensable / nécessaire / peu nécessaire / pas du tout nécessaire / pas d’avis

Qu’est-ce que vous aimeriez mettre en place avec les résidents pour mieux prendre en compte leurs attentes en situation de crise ?

De manière générale, comment qualifiez-vous l'attitude des résidents à votre égard ces 6 derniers mois ? *Une seule réponse possible*

- Pendant le confinement : Reconnaissance et soutien / pas de changement / tensions ou agressivité / ne sait pas
- Hors confinement : Reconnaissance et soutien / pas de changement / tensions ou agressivité / ne sait pas

Avez-vous observé pendant cette période un **comportement inhabituel chez les résidents** ?

Oui/ non

Si oui, lequel ? _____

Votre posture/attitude face aux résidents depuis le confinement a-t-elle changé ? Oui/non

Si oui, de quelle manière ?

La crise a-t-elle créé **des liens nouveaux entre les résidents** ? Oui/ non / ne sait pas

Si oui, de quelle façon ? _____

LES FAMILLES :

Estimez-vous que l'établissement a suffisamment **communiqué avec les familles** durant cette période ? oui / non / ne sait pas

Selon vous, **l'avis des familles** est-il suffisamment pris en compte depuis le début de la crise ? *Une seule réponse possible*

Tout à fait d'accord / plutôt d'accord / plutôt pas d'accord / pas du tout d'accord

Quelle est selon vous l'importance de prendre en compte l'avis des familles lors de cette situation de crise ? *Une seule réponse possible*

Indispensable / nécessaire / peu nécessaire / pas du tout nécessaire / pas d'avis

Qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place avec les familles pour mieux prendre en compte leurs attentes en situation de crise ?

De manière générale, comment qualifiez-vous **l'attitude des familles à votre égard** ces 6 derniers mois ? *Une seule réponse possible*

- Pendant le confinement : Reconnaissance et soutien / pas de changement / tensions ou agressivité / ne sait pas
- Hors confinement : Reconnaissance et soutien / pas de changement / tensions ou agressivité / ne sait pas

Pendant cette période, quel a été le niveau de sollicitation des familles ? *Une seule réponse possible*

Aucune sollicitation / peu de sollicitation / sollicitation régulière / sur sollicitation / ne sait pas

Votre posture/attitude face aux familles depuis le confinement a-t-elle changé ? Oui/non
Si oui, de quelle manière ? _____

LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS :

Selon vous, quels sont les services ou fonctions dans l'EHPAD qui ont été les plus impactés par cette crise ?

Qu'est-ce qui vous a été le plus utile pour gérer cette crise ?

Qu'est-ce qui vous a mis le plus en difficulté pendant cette crise ?

Pendant cette période entre mars et octobre, estimez-vous avoir dû faire face à une **surcharge d'activité** sur votre lieu de travail ? Oui / non

Pendant cette période entre mars et octobre, estimez-vous avoir dû faire face à une surcharge de travail au domicile (école à la maison, prise en charge de parents en perte d'autonomie...) ? Oui/non

Cette période a-t-elle eu un impact sur **votre santé** physique ? Oui/non

Cette période a-t-elle eu un impact sur votre santé psychique ? Oui/non

La période de confinement (mars à mai) a-t-elle modifié vos **relations avec vos collègues** ? *Une seule réponse possible*

Oui : plus de solidarité/oui : plus de tensions/ non pas de changement

Depuis la fin du confinement (depuis juin), comment estimez-vous les relations avec vos collègues ?

Une seule réponse possible

Meilleures (solidarité, entraide) / pas de changement / plus mauvaises

Avez-vous depuis cette crise des **besoins en formation** ? Oui / non

Si oui, préciser : Hygiène, animation, relation aux familles, autre (précisez) _____

DEMAIN

Vous sentez-vous mieux préparé-e et outillé-e face à cette crise qu'en mars dernier ? Oui/non

Si non, pourquoi ? _____

INNOVATIONS :

Les innovations sont ici comprises dans le sens de nouvelles pratiques ou nouveaux outils qui n'étaient pas mis en place ou utilisés avant dans votre structure. Les innovations peuvent concerner plusieurs domaines, notamment : l'organisation du travail (tâches, fiche de poste, ...), les relations d'équipe (réunions rajoutées, convivialité), les outils pour améliorer la communication (visio, affichages ou mails, partage de documents), la prise de décisions, les relations avec les familles, l'accompagnement (animation, soins, repas, la relation avec les résidents, les nouveaux partenariats...

Pouvez-vous citer 2-3 innovations (pratiques et outils) que vous souhaiteriez **maintenir dans l'EHPAD, même hors situation de crise** ?

Pouvez-vous citer 2-3 innovations (pratiques et outils) que vous souhaiteriez **conserver pour réactiver en cas de crise** ?

Pouvez-vous citer 2-3 innovations (pratiques et outils) que vous souhaiteriez **ne pas garder car jugées non pertinentes et pas adaptées** ?

Souhaitez-vous ajouter une remarque ou un commentaire sur ce sujet ?

NOUS VOUS REMERCIONS VIVEMENT POUR VOTRE PARTICIPATION !

Pour rappel, votre participation nous permettra d'avoir une meilleure connaissance des événements, d'en mesurer l'impact à plus ou moins long terme dans l'organisation et le fonctionnement, de repérer les bonnes pratiques pour mieux répondre aux besoins. Nous pourrons ensuite mettre au service de tous les établissements ces outils et pratiques efficaces et éprouvés en période de crise sanitaire.

Liste des abréviations

AMI Appel à Manifestation d'Intérêt
ARS Agence Régionale de Santé
AS Aide-Soignante
ASH Agent de Service Hospitalier
CDD Contrat à Durée Déterminé
CEPIAS Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins
CDU Commission des usagers
CODIR comité de direction
CPOM contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREAI Centre Régional d'Etude d'Action et d'Information
CVS Conseil de la Vie Sociale
DUER Document Unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPI Equipement de Protection Individuelle
ESMS Etablissements et services médico-sociaux
ETP Equivalent Temps Plein
FACT Fonds pour l'Amélioration des Conditions de Travail
GHT groupements hospitaliers de territoires
GMP GIR Moyen Pondéré
IDER Infirmier(e)-référent(e)
IDEC Infirmier coordinateur
PASA Pôles d'activités et de soins adaptés
PCA Plan de continuité d'activité
PPI Plan Particulier d'Intervention
PRA Plan de Reprise d'activité
QVT Qualité de vie au travail
RH Ressources Humaines
RHVS Résidences hôtelières à vocation sociale



Espace Rodesse
103ter rue Belleville – CS 81487
33063 Bordeaux Cedex
info@creai-nouvelleaquitaine.org
www.creai-nouvelleaquitaine.org



23 rue Calvé
33000 Bordeaux
patrick.sagory@ergoprevention.fr

Avec le soutien du

