



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **novembre 2021**

---

**Manager la sortie de crise et piloter le  
changement : l'exemple de la crise du  
Covid-19 dans les établissements  
sanitaires et médico-sociaux**

---

**Kévin BACHELLE**



---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont d'abord et naturellement à mes collègues Marie, Nolwenn, Justine et Thierry qui m'ont apporté de précieux conseils et de riches enseignements durant ma période de stage de professionnalisation.

Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer aux entretiens que j'ai mené pour leur disponibilité et leurs témoignages.

Enfin, je souhaite remercier mes camarades de promotion qui m'ont conseillé et orienté dans l'écriture de ce mémoire de fin d'études.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie suivie et contexte .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Organiser la réponse managériale face à la survenue d'une crise : manager l'incertitude et la sidération par la proximité.....</b>	<b>9</b>
1.1 <i>Manager en période de crise : prendre soin des professionnels tout en garantissant le maintien de l'organisation .....</i>	9
1.1.1 <i>L'impact de la crise sur la qualité de vie au travail des professionnels.....</i>	9
1.1.2 <i>La nécessité pour le manager de concilier les exigences relatifs à la crise et le bien-être au travail des professionnels .....</i>	11
1.2 <i>Apporter une réponse managériale proportionné et de proximité pour répondre efficacement aux enjeux de la crise .....</i>	15
1.2.1 <i>L'organisation de la transformation organisationnelle pour répondre à l'urgence.....</i>	15
1.2.2 <i>Le management de proximité : un levier primordial pour articuler la prise de décision stratégique et sa mise en place opérationnelle.....</i>	18
<b>2 La crise, une opportunité pour mettre en place de nouvelles pratiques managériales. ....</b>	<b>23</b>
2.1 <i>Le management du changement dans un contexte de crise routinier : consolider et maintenir les bases acquises pendant la crise .....</i>	23
2.1.1 <i>Potentialiser les effets bénéfiques de la crise pendant les périodes de désescalades .....</i>	23
2.1.2 <i>Piloter le changement grâce aux apprentissages et aux effets de la crise : l'exemple du management d'une équipe administrative .....</i>	26
2.2 <i>L'importance de définir une politique institutionnelle commune et d'associer les professionnels à la réflexion.....</i>	31
2.2.1 <i>La communication d'objectifs institutionnels communs : un levier managérial pour envisager l'après-crise.....</i>	31
2.2.2 <i>Le maintien de la dynamique de projets : une opportunité pour les managers de mobiliser de nouveau les professionnels autour de sujets « hors crise ».....</i>	33

<b>3 L'expérience de la crise : un levier pour construire le management en santé de demain ?</b> .....	<b>35</b>
3.1 <i>La difficulté pour les établissements sanitaires et médico-sociaux de passer d'une philosophie exclusivement gestionnaire à une approche managériale</i> .....	35
3.1.1 <i>Osciller entre top management et management opérationnel en développant un management accompagnant</i> .....	36
3.1.2 <i>Redonner du sens à l'action du collectif</i> .....	36
3.1.3 <i>Adapter les outils de communication et de diffusion des connaissances au quotidien et besoins des professionnels</i> .....	37
3.1.4 <i>Percevoir la fonction de contrôle comme un outil d'évaluation de la pratique managériale, non comme un outil de sanction</i> .....	39
3.1.5 <i>Manager par la confiance à l'ère du télétravail ?</i> .....	40
3.2 <i>L'expérience de la crise montre le besoin de fonder l'action du manager autour d'un leadership hybride (stratégique et opérationnel)</i> .....	41
3.2.1 <i>Maintenir le positionnement de l'encadrement en proximité</i> .....	42
3.2.2 <i>Repositionner les usagers au cœur de la prise de décision</i> .....	42
3.2.3 <i>Faire des nouvelles pratiques un levier d'attractivité</i> .....	43
3.2.4 <i>Développer une approche agile des organisations</i> .....	44
<b>Conclusion</b> .....	<b>47</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>49</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANI : Accord national interprofessionnel

ASH : Agent des services hospitaliers

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Conservatoire national des arts et des métiers

CORRUSS : Centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales

COVID : Coronavirus Disease

CVS : Conseil de la vie sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DUS : Département des urgences sanitaires

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPI : Equipement de protection individuelle

ESMS : Etablissements sanitaires et médico-sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IDE : Infirmier diplômé d'état

INHESJ : Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

QVT : Qualité de vie au travail

RETEX : Retour d'expérience

RPS : Risques psycho-sociaux

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

USLD : Unité de soins de longue durée

UVP : Unité de vie protégée



## Introduction

« *Le manager hospitalier constitue un acteur clé qui doit faire preuve d'agilité* » écrit Philippe Anton, docteur en sciences de gestion, au sujet de la crise COVID que les établissements sanitaires et médico-sociaux ont traversé. Depuis plus d'un an, la crise sanitaire met à l'épreuve les ESMS, les personnes qui y sont accueillis, leurs familles mais aussi les professionnels. Après plusieurs périodes d'accalmie, de désescalade et parfois de reprise épidémique au sein de ces établissements, la vaccination et l'accoutumance aux règles sanitaires apparaissent comme une opportunité pour sortir durablement de la crise. Mais quelle est la place pour la pratique managériale dans cette sortie de crise ?

Manager renvoie à l'action d'organiser le travail des professionnels, de les impliquer et de les motiver en fixant des objectifs dans une logique d'efficacité collective. Selon Henry Fayol (1916) : « *C'est de la prévoyance, de l'organisation, du commandement, de la coordination, du contrôle* ». Le concept de management constitue une idée vaste avec de nombreuses définitions historiquement issues du monde de l'entreprise et applicables à l'ensemble des organisations, y compris les organisations de santé comme les ESMS.

Le management est une pratique qui s'exerce toujours dans une situation et un moment donné. Depuis plus d'un an, les ESMS ont dû faire face à une situation d'urgence sanitaire inédite : une situation sanitaire exceptionnelle puis de crise. Une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) désigne « *la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur et de sa gravité ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise* » (instruction n°274 DGS/DUS/CORRUSS 2013). Le terme de « *gestion de crise* » recouvre les SSE ainsi que les situations de crise dont les leviers correcteurs se trouvent dans l'action des managers.

Pendant la crise du COVID-19, l'enjeu pour les managers et décideurs hospitaliers a été de mettre en place les actions et réponses nécessaires pour éviter un effondrement de leurs organisations. En SSE, les organisations sont bouleversées et demandent aux managers de remettre en cause le fonctionnement habituel de l'établissement pour répondre efficacement à la crise. A ce stade, le cadre décisionnel devient davantage centralisé et le manager se doit de comprendre, anticiper et agir pour piloter la situation. L'enjeu est double pour le manager : répondre aux besoins immédiats de l'organisation tout en évitant une « *crise managériale* » qui déstabiliserait la prise de décision.

L'exemple de la crise COVID-19 au sein des ESMS a montré l'impact des managers sur l'action des professionnels. Cependant, les modèles de SSE et de situations de crise traditionnels ne s'inscrivent pas dans une durée aussi longue que celle du COVID-19. Cette expérience interroge plusieurs aspects du management en situation de crise.

Plusieurs principes d'actions viennent appuyer la prise de décision en gestion de crise (Van Der Linde.C, 2018) :

Entre l'importance de communiquer régulièrement, d'associer les professionnels aux décisions ou encore de s'assurer de la bonne gestion des ressources, l'action du manager se doit d'être priorisée pour agir rapidement. Mais quand cette situation s'inscrit dans la durée, comment le manager doit-il s'organiser pour s'assurer de la mobilisation des équipes dans le temps tout en garantissant les moyens nécessaires à l'exécution de leurs missions ?

Au-delà de la phase aigüe de la crise, la question de « *l'après crise* » et de son anticipation se pose également. La gestion de crise COVID-19 a fait entrer les professionnels dans des pratiques professionnelles de crise devenues routinières. Sous l'impulsion des consignes sanitaires nationales, des pratiques nouvelles ou oubliées font désormais parties de leur exercice quotidien. D'un autre côté, la conduite de projets interne à l'établissement s'est retrouvée empêchée par les mesures de confinement et d'isolement au sein des ESMS.

Mon expérience au sein des différentes structures m'a montré la capacité qu'avaient les professionnels de santé à s'adapter et à faire preuve de souplesse organisationnel. De nombreux professionnels, sous l'impulsion ou non des managers, ont fait preuve de créativité pour optimiser les organisations en temps de crise et y répondre efficacement avec les ressources allouées. Mais le positionnement du manager dans ce contexte doit naturellement se poser. Revenir à une organisation habituelle après plus d'un an en gestion de crise n'est pas chose aisée. Si les professionnels, les résidents et les familles verbalisent naturellement le souhait de voir la crise se terminer, on constate que la plupart ce sont habitués à l'organisation de crise et ont presque oublié comment les organisations fonctionnaient en période d'activité courante. En effet, les équipes ont dû sortir de leur zone de confort, rompre avec leurs habitudes, leurs réflexes routiniers, leurs rôles respectifs. Pour le manager, il s'agit ici d'une opportunité pour potentialiser les effets de la crise tout en opérant les changements nécessaires pour que l'organisation post-crise soit plus performante que l'organisation antérieure.

C'est précisément cette conduite du changement qui m'a interpellé et interrogé sur plusieurs points : Quels objectifs définir pour animer et dynamiser de nouveau le collectif

après une crise qui a duré si longtemps ? Quelles pratiques conserver pour tirer des effets positifs de la crise sur les pratiques professionnelles ? Comment associer l'expertise des professionnels et des usagers pour réfléchir à l'établissement d'après-crise ? Et enfin, comment inscrire de façon pérenne ces changements ? Ce sont toutes ces questions qui se posent au management dans les ESMS a fortiori dans un contexte où les professionnels sont fatigués.

L'Espace de Réflexion Ethique d'Ile-de-France, dans son document repère « *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ?* » alerte sur deux exigences que doivent concilier les équipes de direction « *en termes d'éthique managériale* » : d'un côté « *faire en sorte qu'il y ait tous les jours le personnel suffisant pour répondre aux besoins des résidents* » et de l'autre « *prendre soin des équipes, soutenir et protéger les salariés* ».

Ainsi, il convient de se demander :

Comment concilier contexte de crise permanent et management du changement auprès de professionnels inquiets ou encore épuisés ? Comment organiser la réponse managériale en période de crise et anticiper son action managériale pour envisager « *l'après* » ? Quelle est la place pour le développement de nouvelles méthodes de management face à la persistance des outils de management plus traditionnels ? Et enfin, dans quelle mesure potentialiser les effets de la crise pour conserver les acquis de la crise et amorcer le changement au sein de l'organisation ?

Si la survenue de la crise a suscité de la sidération et de l'incertitude chez les professionnels, elle a surtout demandé aux managers de s'organiser en proximité avec leurs équipes (1). La période de crise est apparue tout de même comme un incubateur de nouvelles pratiques professionnelles et managériales qu'il convient d'entretenir de façon pérenne (2). D'ailleurs, cette dernière constitue certainement une opportunité pour transformer le management en santé de demain (3).



## **Méthodologie suivie et contexte**

Dans le cadre de ma formation de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, j'ai effectué mon stage de professionnalisation au sein de l'EHPAD A rattaché à un Centre Hospitalier et également au sein d'un Pôle EHPAD-USLD rattaché à un CHU.

L'EHPAD A est composé de 294 lits et accueille des profils de résidents très variés (EHPAD traditionnel, unité de soins médico-techniques lourds ou encore unité Alzheimer). Cet établissement est rattaché à un CH qui a signé, en 2016, une convention de direction commune avec le CHU de la Région.

Le Pôle EHPAD-USLD de ce CHU est composé de 4 résidences qui regroupent près de 1000 lits et places structurés en différentes filières d'accompagnement (EHPAD traditionnel, psychogériatrie ouvert, Unités de Vie Protégées ou encore secteurs dédiés à l'accompagnement de déficients intellectuels vieillissants). Les résidences de ce Pôle sont situées au centre-ville et bénéficient d'une forte proximité géographique avec les services sanitaires du CHU. Le Pôle EHPAD-USLD constitue également l'établissement qui supporte et coordonne les projets partagés des établissements médico-sociaux du GHT. Ces établissements sont situés dans une région qui a été largement touché par le COVID-19.

Durant mon stage, j'ai pu participer directement à la gestion de la crise en lien avec les équipes administratives, soignantes et médicales du Pôle. J'ai également eu l'opportunité d'accompagner et de manager directement les équipes administratives du Pôle (environ 15 professionnels au quotidien).

En premier lieu, je souhaitais orienter mon mémoire sur un projet d'accueil de démences précoces qui émergeait au sein du Pôle. Cependant, les événements relatifs à la crise sanitaire n'ont pas permis de faire aboutir ce projet lorsque j'étais présent.

Au mois de janvier 2021, les résidences du Pôle ont connu un rebond de la crise important. Alors que l'EHPAD A rattaché à un CH en direction commune avec le CHU connaissait une période d'accalmie, j'ai rapidement constaté deux tendances différentes au sein des équipes. D'un côté, les équipes de l'EHPAD A reprenaient leurs habitudes du quotidien, les projets au sein des services voyaient de nouveau le jour, mais les équipes restaient tout de même inquiètes d'un potentiel retour de la crise. D'un autre côté, dans les résidences du Pôle touchées par la crise, les projets collectifs au sein des services étaient au point mort et les équipes semblaient s'habituer à accompagner les résidents à huis clos avec des pratiques de crise devenues routinières. A cette période, la prise en

charge du COVID n'était plus méconnue, nous avons des consignes sanitaires claires que nous déployons systématiquement dès que des cas de contamination étaient détectés. En comparant ces deux tendances que j'observais dans ces différents établissements, je me suis rapidement demandé : Et après ? Comment allons-nous accompagner les équipes lorsqu'on nous aura passé cette énième vague épidémique ? Comment allons-nous impulser une nouvelle dynamique, conserver nos réussites et continuer à faire évoluer les établissements dans un environnement incertain ?

C'est à partir de ces premières observations que j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur la question du management en sortie de crise.

La première étape de mon travail a été de réaliser des recherches documentaires sur le sujet. La littérature sur le management en sortie de crise n'était pas abondante, cependant certains auteurs avaient tout de même traités la question, et quelques articles l'évoquaient dans le monde de l'entreprise.

L'observation participante m'a aussi permis d'observer la pratique managériale de mes tuteurs de stage et des cadres pendant cette période. La participation aux cellules de crise, aux Conseils de la Vie Sociale exceptionnels ou encore aux différentes réunions de service m'ont également permis d'obtenir de la matière pour exploiter ce sujet. J'ai également réalisé 11 entretiens avec des directeurs, cadres et professionnels sur le sujet afin d'objectiver ces premiers éléments qui s'appuyaient seulement sur de l'observation et mon analyse personnelle.

La conduite d'entretiens a donc été l'étape la plus importante dans mon travail de recherche. Tout d'abord, j'ai décidé de construire un guide d'entretien qui partait d'un axe qualité de vie au travail. L'idée était de pouvoir chercher des données objectives et factuelles issues de l'expérience de terrain des personnes interrogées. J'ai ainsi repris l'ensemble des 6 risques psycho-sociaux recensés par l'INRS afin de dresser un bilan de la crise et de l'impact qu'elle avait eu sur l'ensemble des personnes interrogées.

En ce qui concerne la population interrogée, j'ai souhaité élargir à d'autres établissements afin d'avoir une vision large du sujet et des points de vue diversifiées. Les profils interrogés sont des professionnels d'établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés. Pour les directeurs et cadres, mon guide d'entretien a balayé l'ensemble des 6 RPS, mais j'ai également souhaité interroger les pratiques managériales qu'ils avaient mises en place pour atténuer l'effet de ces risques sur les professionnels. L'objectif était de revenir sur les conséquences qu'avaient eues la crise sur leur travail au quotidien mais aussi d'interroger et de mettre en perspective leur pratique managériale et les réponses

qu'ils avaient pu, ou non, apporter pour soutenir et accompagner les professionnels. Ce bilan avait aussi pour objectif de questionner l'après crise, et d'interroger leur conception de la pratique managériale en dehors de la crise, ce qu'ils pensaient conserver ou modifier pour faire évoluer leur pratique. En ce qui concerne les professionnels, j'ai principalement orienté mes questions sur leur ressenti quant à l'accompagnement qu'ils avaient reçu pendant la crise et sur la façon dont il concevait l'après.

La principale difficulté de ma démarche a été d'accéder à d'autres professionnels en dehors de mes établissements de stage. En effet, je ne souhaitais pas réaliser l'ensemble de mes entretiens sur mes établissements de stage car ma position au sein de ses établissements pendant la crise ne permettait pas des échanges spontanés et introduisait un biais. Certains professionnels ont refusé de m'accorder un entretien par peur que la confidentialité ne soit pas respectée.



# **1 Organiser la réponse managériale face à la survenue d'une crise : manager l'incertitude et la sidération par la proximité**

Dans un contexte de crise qui perdure, les professionnels sont mis à rude épreuve. Entre épuisement professionnel, sentiments d'insécurité ou encore questionnements éthiques, la place du manager est primordial pour guider les équipes pendant ces périodes troublées. Manager en période de crise demande d'apporter une vigilance au bien-être des professionnels tout en mettant en place l'ensemble des moyens nécessaires pour éviter une rupture organisationnelle (1.1). C'est là que la réponse managériale pendant la phase aiguë de la crise doit s'organiser pour répondre à l'urgence au plus proche des professionnels managés (1.2).

## **1.1 Manager en période de crise : prendre soin des professionnels tout en garantissant le maintien de l'organisation**

La crise sanitaire a indéniablement eu un impact sur la qualité de vie au travail des professionnels (1.1.1) d'où la nécessité pour le manager d'évaluer cette impact tout en continuant à gérer l'incertitude des équipes et l'urgence de la situation (1.1.2).

### *1.1.1 L'impact de la crise sur la qualité de vie au travail des professionnels*

La crise sanitaire a grandement impacté la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels des ESMS.

La QVT désigne « *les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globales des établissements* » (source : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

L'ANI de 2013 la définit également comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail* ».

Enfin, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 intègre un volet « *Soigner ceux qui nous soignent* » qui inclue la prévention des RPS avec pour objectif d'améliorer globalement la santé au travail.

Pour les managers des ESMS, l'enjeu est donc d'assurer la QVT, a fortiori pour se tenir à l'obligation légale inscrite au Code du travail et applicable à la fonction publique : « *L'employeur assure la sécurité, et protège la santé physique et mentale de ses salariés* » (Code du travail – Art L 4121-1 et suivants).

Le constat réalisé montre que la crise sanitaire a eu un impact sur les conditions de travail pour plusieurs raisons : augmentation de la charge de travail en raison des consignes sanitaires à respecter strictement ou encore absentéisme maladie qui a demandé de faire travailler davantage certains professionnels sur des rythmes parfois irréguliers.

Les vagues d'entretiens menées montrent les conséquences de la crise sur la QVT des professionnels des ESMS.

Tout d'abord, tous les professionnels et managers interrogés évoquent une augmentation de la charge de travail pendant la crise. Pour la plupart des professionnels, c'est l'épuisement professionnel engendré par la charge de travail qui a été le plus difficile à supporter. Une IDE dans un service de courts et longs séjours gériatrique évoque « *la charge de travail* » qui a été la source de l'épuisement. Tout comme une IDE dans un EHPAD qui explique s'être « *demandée si une de ses collègues [n'] allaient pas craquer* ».

Si les professionnels témoignent de l'impact de la crise sur leur santé physique la plupart nuance tout de même, à l'image d'une IDE dans un EHPAD qui explique qu'elle « *préfèrai[t] venir travailler tous les jours que de rester seule à la maison* ».

Cependant, cette remarque reste à objectiver puisqu'on constate que dans les entretiens menés à la suite des différentes vagues de COVID, les professionnels ne mentionnent pas cette volonté de « *venir travailler tous les jours* ». Une cadre de santé dans un EHPAD explique d'ailleurs avoir observée « *une période d'euphorie* » qu'elle n'a pas retrouvée dans la durée : « *Pendant la 2e vague, par contre, ce n'était pas du tout la même ambiance parce que c'était du "réchauffé" entre guillemets. Les personnels étaient quand même un peu moins volontaires on avait beaucoup moins d'aides de l'extérieur* ».

Enfin, la notion de sécurité au travail, également interrogée dans les entretiens, montre que plus de la moitié des professionnels ont ressenti un sentiment d'insécurité ou de peur dans l'exercice de leur fonction. Une ASH dans un EHPAD confie : « *j'avais peur de ramener le COVID chez moi* ». Une IDE dans un EHPAD explique également : « *Nous avons attendu longtemps avant d'avoir des masques, mes collègues avaient peur de contaminer leur famille* ». Les professionnels des ESMS ont indéniablement été exposés au risque de contamination par la maladie. Les dernières données publiées par Santé Publique France au 20/07/2021 le démontre et déclarent que 82 753 des professionnels

travaillant dans les établissements de santé ont été infectés, soit une proportion de presque 10% des professionnels.

Dans ce contexte, plusieurs questions se posent aux managers et décideurs des ESMS. Tout d'abord, la question de la responsabilité des managers en ce qui concerne la qualité de vie au travail et la santé physique et psychologique des professionnels est à interroger.

D'un point de vue du positionnement des managers la question qui paraît centrale est la suivante : Comment manager des équipes confrontés à la peur, l'incertitude et souvent, à l'épuisement professionnel ? Cette question vient également se confronter, sans s'opposer, à la nécessité de répondre aux besoins des usagers et à garantir leur intégrité physique et psychologique.

### *1.1.2 La nécessité pour le manager de concilier les exigences relatifs à la crise et le bien-être au travail des professionnels*

La crise sanitaire a été génératrice de stress, de peur et encore d'incertitude chez les professionnels des ESMS. Pour les managers, l'enjeu est de maintenir une organisation efficace pour répondre à la crise tout en veillant au bien-être des professionnels managés et aux risques auxquels ils sont confrontés.

La première observation qui ressort des entretiens menés est bien que les professionnels ont été largement confrontés aux RPS. Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion définit le RPS « *comme un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs [dont les] causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail* ». En partant de cette définition, nous pouvons aisément dire que les managers ont une large responsabilité dans l'apparition ou non de RPS chez les professionnels qu'ils encadrent. Cependant, pendant la crise sanitaire, les managers ont dû mettre en place des changements brutaux d'organisation de travail pour s'adapter au contexte.

Les entretiens menés auprès de directeurs et de cadres de santé montrent que ces changements d'organisation se sont réalisés selon deux grandes tendances : au début de la crise, un management directif pour évoluer vers des changements d'organisation du quotidien sur un mode davantage participatif.

Tout d'abord, au début de la crise, les changements d'organisation se sont réalisés sous l'impulsion des cellules de crise qui en analysant le contexte interne à leur établissement et les recommandations nationales ont pris les décisions. Au départ, on observe donc un mode de management directif sur les organisations. L'enjeu pour les décideurs est ici de ne pas allonger le processus de décision pour agir vite. C'est d'ailleurs ce qu'un directeur d'EHPAD témoigne en expliquant : « *Au début, nous avons été très directif, il fallait agir vite* ». Selon la vision tayloriste, le management directif se définit comme un management purement organisationnel et peu relationnel qui vise principalement à structurer et mettre en place une organisation. Dans ce cadre, la prise de décision est apparue comme principalement descendante aussi bien du point de vue des décideurs et managers pour qui la prise de décision était également encadrée par des directives nationales. L'idée du management directif au début de la crise interroge également sur la question de l'autonomie dans le travail des professionnels. Une directrice d'EHPAD confirme d'ailleurs cette idée en expliquant que « *leur autonomie était encadré par des consignes et recommandations nationales* ». On constate que la tendance directive des managers au début de la crise avait pour intérêt de mettre en place des actions rapidement pour assurer la sécurité des usagers accueillis. Cependant, le point de vue des professionnels diverge puisque certains n'ont pas compris ces décisions qui s'imposaient à eux et ne les considèrent pas toujours comme bénéfique pour l'utilisateur. Cette idée est d'ailleurs évoquée par une ancienne aide-soignante en EHPAD qui explique avoir trouvé certaines décisions « *incohérente[s], décidé[es] par des gens qui ne travaillent pas sur le terrain et pas applicables, [notamment] chez des gens qui déambulent* ». La comparaison entre le point de vue des managers et des managés montrent que la prise de décision directive au début de la crise n'a pas forcément été acceptée par les professionnels travaillant auprès des usagers.

Au-delà de la prise de décision pour mener les réorganisations nécessaires, la question de la gestion des ressources humaines et matérielles a également été au cœur de l'action managériale pendant la crise. Pour concilier, exigences relatives à la crise et bien-être des professionnels, la capacité de gestion des managers est également à sonder. Dans les entretiens menés auprès des directeurs et cadres de santé on constate que c'est principalement la fonction de gestion qui a été la plus complexe pendant la crise. Une directrice d'EHPAD autonome explique sa difficulté à trouver de la ressource médicale ainsi que des EPI au début de la crise : « *Nous avons aucune ressource médicale, je devais appeler les établissements à côté pour m'aider* » ; « *On a pas mal galéré pour avoir des EPI, pendant longtemps* ». Ce constat est tout de même à nuancer puisque dans les établissements médico-sociaux disposant d'un support auprès d'un établissement sanitaire, la difficulté pour trouver de la ressource apparaît moins

importante. Si on analyse davantage la gestion des ressources humaines pendant la crise sanitaire, on constate la difficulté pour les managers à trouver un équilibre entre la nécessité de positionner les ressources suffisantes en temps de crise et leur volonté d'accorder du repos aux professionnels. La difficulté première auquel se sont heurtés les managers est l'absentéisme, en témoigne une enquête menée par la Fédération Hospitalière de France qui montre une légère hausse de l'absentéisme de presque 2 points dans les établissements de santé en 2020.

Une étude menée par Nathalie Commeiras et Véronique Achmet, docteures en sciences de gestion, évoque également un phénomène de « *débrouillardise* » pour gérer ce manque de ressource. Dans leur étude, elles font apparaître les pratiques d'« *auto-remplacement* » et d'« *auto-ajustement* » pour régler les problèmes d'absentéisme dans les services. Ce constat résonne avec les propos d'une cadre de santé interrogée qui explique qu'elle doit continuellement rappeler les professionnels sur leur temps de repos : « *au niveau de la réorganisation du travail des plannings dans n'importe quel contexte que ce soit de crise ou autre, si on doit effectivement revoir des plannings en urgence on fait appelle souvent aux agents* ». Si ce phénomène n'est pas inhérent à la crise, il s'est tout de même intensifié pendant cette période entraînant un impact sur la QVT. Cependant, dans les entretiens menés, les directeurs et cadres de santé interrogés ont tout de même souligné l'effort de gestion réalisé pour garantir les temps de repos chez les professionnels. C'est le cas pour une directrice des ressources humaines dans un CH qui a assuré l'intérim de l'EHPAD rattaché et qui explique s'être efforcée de maintenir un « *rythme de travail qualitatif* » ainsi que « *les repos et les période de congés* » pendant la crise sanitaire.

Si les changements d'organisation ont demandé aux managers et décideurs de mettre en place des actions sur un modèle directif, il apparaît aussi leur volonté de porter attention à la QVT des professionnels. Une seconde tendance apparaît dans les entretiens à une période où la crise est devenue davantage routinière. Certains managers interrogés évoquent un glissement vers un management davantage participatif dans la gestion de la quotidienneté de la crise sanitaire. C'est le cas pour une cadre de santé en USLD, qui explique qu'« *avec les professionnels c'était plutôt participatif dans la gestion du quotidien* ». Le management participatif se définit comme un management davantage relationnel avec une plus grande souplesse organisationnelle, il développe l'autonomie et la prise d'initiative de chacun et implique les professionnels dans la prise de décision. Si la gestion purement administrative est restée naturellement entre les mains des décideurs et managers de proximité, certains professionnels remettent tout de même en cause la dimension participative de la gestion de crise. C'est d'ailleurs ce qu'a ressenti une aide-soignante en UVP en apprenant que son service allait être totalement confiné : « *Et là*

*d'un seul coup vous avez le cadre qui vous dit qu'on va mettre des barrières on va essayer de mettre les gens chacun dans leur chambre et puis on va arrêter les activités ».* Ces consignes sanitaires qui sont venus s'imposer aux établissements ont cependant connu des ajustements en lien avec les professionnels de terrain puisqu'elle explique ensuite avoir réussi à adapter l'ensemble des directives pour s'adapter au profil des résidents accueillis au sein du service : *« Donc on a pas écouté toutes les directives mais on a surtout fait en sorte que personne ne rentre au sein de l'Unité. On a installé des chariots devant tous les accès ».* De nombreux exemples issus de l'expérience des professionnels montrent que malgré le caractère directif de certaines décisions, celles-ci ont pu être adaptées a posteriori en laissant place à la participation des professionnels et dans le but d'atténuer les impacts négatifs sur l'accompagnement des usagers.

Les managers et décideurs des ESMS ont dû répondre à un double enjeu pendant la crise : garantir la sécurité des professionnels tout en s'assurant de la bonne répartition et gestion de leurs ressources dans un contexte épidémique où l'absentéisme a augmenté mais également dans un contexte structurel où les métiers de la santé attirent de moins en moins. Si la crise a montré un fort volontarisme chez les professionnels, ceux-ci ont tout de même été confrontés à une forte pression et à de nombreux risques pour leur santé. Le positionnement des managers au sens large (encadrement de proximité et direction) a dû se faire en proximité pour accompagner les équipes face à leurs incompréhensions et incertitudes.

Ces premiers éléments interrogent d'ailleurs l'importance pour le directeur de savoir osciller entre un management directif tout en restant ouvert à la participation et à l'adhésion des professionnels.

**Préconisation managériale n°1 :**

*Face à une situation de crise, il semble important de ne pas opposer les modes de management directifs et participatifs.*

*Il convient d'expliquer pourquoi certaines décisions sont prises de façon unilatérale et d'exposer de façon transparente les marges de manœuvre que l'établissement détient ou ne détient pas.*

*Cette idée n'est cependant pas incompatible avec un management davantage collaboratif qui permet de s'appuyer sur l'expertise des professionnels de terrain pour adapter certaines décisions au quotidien.*

## **1.2 Apporter une réponse managériale proportionnée et de proximité pour répondre efficacement aux enjeux de la crise**

Si la crise a demandé aux managers de porter une grande vigilance au bien-être des professionnels, elle a aussi demandé à ceux-ci de mettre en place des actions concrètes pour organiser la transformation de leur organisation et répondre à l'urgence (1.2.1). Le management de proximité s'est trouvé comme un des meilleurs leviers pour que les décisions stratégiques deviennent opérationnelles rapidement (1.2.2).

### *1.2.1 L'organisation de la transformation organisationnelle pour répondre à l'urgence*

La crise sanitaire a demandé aux managers d'organiser la transformation de leur organisation de façon accélérée pour répondre à l'urgence.

Afin de répondre à l'urgence de la situation, les ESMS sous l'impulsion des cellules de crise ont dû s'organiser pour transformer leurs modes d'actions habituels. Mais de quelle transformation parle-t-on ?

De mon observation au sein de plusieurs EHPAD, plusieurs transformations ont été adoptées.

Tout d'abord, la crise sanitaire a demandé de réaliser des transformations à l'échelle des établissements en termes de gestion des flux, par exemple, en interdisant puis en encadrant les visites de l'extérieur. Les transformations ont également été menées à l'échelle de chaque service lorsqu'il a fallu recomposer les équipes soit pour armer les différents services dédiées à la prise en charge du COVID soit pour réorganiser des services manquant de professionnels. D'un point de vue logistique et architectural, les établissements ont aussi dû transformer leur organisation habituelle, toujours afin d'éviter la propagation du virus. A titre d'exemple, au sein de l'EHPAD A, la gestion de la crise a nécessité de revoir l'ensemble des flux logistiques et de livraison afin de réduire le nombre de passages venant de l'extérieur. D'un point de vue architectural, des travaux de sécurisation des points d'accès ont également été mis en place pour poursuivre le même objectif. La crise sanitaire a indéniablement mis à l'épreuve « *la capacité et la réactivité des structures de soins face à une situation inédite et incertaine* » (Legido-Quigley et al., 2020).

Au-delà de la nature des transformations opérées, c'est l'impulsion de ces transformations qui est intéressante à analyser d'un point de vue managérial. En effet, ces transformations ont avant tout été décidées de façon centralisée sous l'impulsion des cellules de crise. On constate au sein des cellules de crise la formation d'une alliance médico-administrative, à l'origine des décisions. De ma participation aux cellules de crise

au sein du CH A, nous pouvons observer que cette alliance est majoritairement dominée par le corps médical. En effet, le décideur administratif, dans son rôle de « *chef d'orchestre* » s'est largement appuyé sur l'expertise médicale afin de sécuriser mais aussi légitimer ses prises de décisions. On retrouve d'ailleurs cette idée dans les propos d'un directeur d'EHPAD qui évoque succinctement comment il a organisé sa cellule de crise : « *tous les soirs nous prenions les nouvelles recommandations pour les debriefer en cellule de crise* » ; « *on prenait les décisions toujours avec l'aval du médecin-co, toujours retenir qu'il faut avoir l'accord du médecin* ». Il est d'ailleurs intéressant de constater que dans la plupart des cellules de crise formée par les directeurs interrogés, le corps soignant était peu voire pas du tout représenté. Hormis au sein du CHU, où le coordonnateur général des soins représentait une ressource clé. Cette observation vient donc interroger la place des managers soignants dans la prise de décisions alors même qu'ils doivent mettre en place de façon opérationnelle celles-ci.

Les entretiens menés auprès des professionnels ont davantage fait ressortir l'impact de ces transformations organisationnelles sur l'accompagnement des usagers. La modification des organisations dans l'urgence a engendré une redéfinition des pratiques professionnelles qui a impacté l'accompagnement des usagers. A titre d'exemple, le renforcement des mesures sanitaires avec l'introduction soudaine du port du masque a généré des « *refus de soin* », comme en témoigne une aide-soignante en UVP : « *Sinon ce qui m'a marqué le plus c'est le port du masque, parce que nos résidents ne comprenait pas pourquoi d'un seul coup on entrait dans une chambre masqué* ».

Certaines transformations opérées « *à marche forcée* » ont eu des impacts encore plus négatifs sur l'accompagnement et la prise en charge des usagers. L'exemple du « *cohorting* » est une situation intéressante à analyser pour illustrer cette idée. Le « *cohorting* » désigne l'action de regrouper des personnes infectés par le même agent infectieux dans le but de confiner leurs soins dans un même espace et d'éviter une propagation de l'agent vers des personnes non infectés ou vulnérables. La directrice de l'EHPAD A, largement touché par la crise sanitaire, a dû opérer ce type de transformations. Ces déménagements ont nécessité de mettre en place une logistique au sein de l'EHPAD, mais également de constituer une nouvelle équipe au sein de l'unité dédiée à la prise en charge du COVID. De nouvelles organisations du travail soignant ont également dû être travaillées pour assurer une prise en charge optimale. La directrice de l'EHPAD A évoque les difficultés de cette période de « *cohorting* » ainsi que son impact sur les résidents : « *Les déménagements étaient durs aussi pour les équipes. Tout d'abord, c'était un travail physique mais il fallait aussi réapprendre les résidents* ». Cette transformation a suscité un sentiment de peur et d'incertitude chez les professionnels, comme le relate la psychologue du même établissement : « *La période la plus obscure ça*

*reste celle des déménagements, ça a été mal vécue par beaucoup de monde aussi bien soignants que résidents en parlent encore [...] certains n'avaient pas compris pourquoi on faisait ça et ne le comprennent toujours pas* ». L'exemple du « *cohorting* » est une illustration intéressante des transformations qui ont dû se mener dans l'urgence. Caroline Dautun, auparavant responsable du département « risques et crises » au sein de l'INHESJ, soutient d'ailleurs qu'une des caractéristique d'une crise, c'est qu'elle « *interroge directement la capacité des établissements à s'adapter face à la gestion d'une urgence inédite où peut régner incertitude et incomplétude* » (Dautun et al., 2006).

La notion d' « *incertitude* » renvoie à la façon dont sont opérées ces transformations par les managers aussi bien à l'échelle du directeur que de l'encadrement de proximité.

Les entretiens menés auprès des directeurs et cadres de santé éclairent davantage comment ces transformations organisationnelles ont été menées sur le terrain, selon quelles méthodes et grâce à quels outils.

De nombreux outils traditionnels ont été mis en place afin d'opérer ces transformations et encadrer les pratiques : c'est le cas de la procédure par exemple. La mise en place de procédures a pour objectif d'informer, d'encadrer mais aussi de sécuriser les pratiques professionnelles. La procédure constitue un premier outil pour le manager. L'écueil dans lequel peut tomber l'outil qu'est la procédure, c'est de ne pas « *vivre* » au sein des services. Un directeur d'EHPAD explique par exemple ce phénomène : « *nous avons mis en place beaucoup de procédures spécifiques pendant le COVID* » ; « *Nous avons eu du mal à les faire appliquer car les professionnels n'avaient pas le temps de les lire ou de les assimiler* ». La procédure constitue un outil au service du manager pour organiser le travail, mais il apparaît que sans une information orale, elle peut rapidement rester lettre morte.

Dans le cadre d'une transformation de l'organisation, le déroulé de tâches constitue également un outil au service du manager de proximité pour organiser un service. C'est d'ailleurs la méthode qu'a utilisé une cadre de santé en EHPAD pour organiser un secteur dédié à la prise en charge du COVID : « *Finally, on s'est appuyé sur notre expertise pour établir les maquettes organisationnelles ou les déroulés de tâches* ». A titre d'exemple, revoir le déroulé de tâches à l'échelle des services a permis d'optimiser le nombre de passages dans les chambres en recensant l'ensemble des tâches quotidiennes qui pouvaient être regroupé. L'objectif était à la fois de rationaliser l'utilisation d'EPI lorsque leur nombre était insuffisant mais également de réduire le nombre d'allers et venues dans les chambres de résidents contaminés.

Ces outils cités en exemple constituent un moyen de sécuriser les professionnels mais également de les sortir de l' « *incertitude* » dans une période où les informations vont tous

azimuts. Le point de vue recueilli chez une ASH en EHPAD montre que la mobilisation de ces outils a été sécurisante pour elle : « *On a revu plein de procédures avec la cadre pour mieux travailler* ».

La modification des organisations en temps de crise est nécessaire pour répondre à l'urgence de la situation et adapter les pratiques professionnelles aux nouveaux enjeux qui émergent. Cependant, elle produit un nouveau cadre rationnel qui n'est pas forcément compris et partagé par les professionnels. Si la prise de décision est davantage centralisée, des outils traditionnels existent pour rendre opérationnelles les décisions et les communiquer aux professionnels. Le positionnement des managers en proximité a été un élément déterminant pour mener l'articulation entre la prise de décision et sa déclinaison sur le terrain.

### *1.2.2 Le management de proximité : un levier primordial pour articuler la prise de décision stratégique et sa mise en place opérationnelle.*

En gestion de crise, la décision des réorganisations à effectuer est centralisée par les décideurs, appuyés par des experts. Sans déclinaison opérationnelle, la prise de décision est inutile car sans impact sur le terrain. Le positionnement des managers en proximité semble donc primordial.

Le management de proximité désigne un style de management visant à encadrer, organiser et animer un collectif au plus proche des professionnels qui le compose. Au sein des ESMS, le management de proximité est principalement réalisé par les cadres de santé en ce qui concerne les professionnels du soins. Maurice Thévenet, professeur au CNAM et à l'ESSEC, définit le management de proximité de façon plus large : « *les managers [de proximité] ne sont pas seulement ceux qui sont en première ligne, contremaîtres ou chefs d'équipe, pas seulement ceux qui en ont le titre ou le statut. La mission de management est aussi confiée aux chefs de projet ou aux responsables de structures transversales. C'est aussi la mission de la direction générale, et même de ces présidents apparemment lointains* ». Le terme de « *management de proximité* » connaît de nombreuses définitions et un périmètre large. Ici, nous évoquerons le « *management de proximité* » en termes de pratique managériale que ce soit à l'échelle d'un cadre de santé, d'un cadre administratif, d'un chef de service ou encore d'un directeur.

Dans un entretien, Patrick Amar, Directeur Général d'une entreprise de conseil en management, avance que « *la crise de la Covid-19 [a mis] au défi une culture*

*managériale française très hiérarchique fondée en grande partie sur le « command and control » et a « renforcé l'importance du management de proximité ».*

Les entretiens menés auprès des directeurs montrent cette tendance plus forte à la proximité pendant la crise. Le directeur de l'EHPAD B explique par exemple avoir augmenté sa fréquence de passages dans les services : *« J'allais tous les jours dans les services pour faire un débriefe des nouvelles mesures et pour appuyer le cadre »*. La période de crise a été productrice de nombreuses consignes qui ont évolué rapidement, il est apparu important d'associer le processus décisionnel très centralisé à une démarche de proximité forte. Mon expérience au sein de l'EHPAD A m'a permis d'observer l'ensemble de la chaîne décisionnelle et sa concrétisation sur le terrain. Lorsque les décisions étaient prises, elles étaient d'abord transmises à la cadre supérieure de l'EHPAD qui transmettait ensuite aux cadres de santé. Cette chaîne d'information est intéressante à analyser dans la mesure où elle risque de ne pas être opérationnelle rapidement. C'est pour cette raison, que la directrice de l'EHPAD A est ensuite intervenue régulièrement en réunion cadres afin d'informer et d'assurer le suivi des actions qui devaient être menées. Afin de renforcer le lien opérationnel entre les équipes et la direction de l'établissement, celle-ci explique aussi avoir demandé aux cadres de santé de *« mettre en place des staffs quotidiens avec les équipes »*. Le positionnement du directeur comme manager est primordial pour expliquer comment et pourquoi les décisions ont été prises et quels impacts celles-ci ont sur l'organisation à mettre en place. Le rôle du directeur pour manager l'encadrement est aussi à souligner pendant la période de crise car il a souvent été déterminant pour assurer le relais avec les professionnels. La directrice de l'EHPAD A justifie d'ailleurs sa participation aux réunions cadres au quotidien afin de s'assurer de leur adhésion et par conséquent, de la bonne déclinaison sur le terrain : *« L'idée était aussi que les cadres expliquent chaque décision, ce qu'on allait faire et demander aux équipes »*.

Le positionnement du directeur comme manager de proximité des professionnels a également permis d'articuler la stratégie et la concrétisation des décisions. Damien Talbot, docteur en sciences de gestion, explique la force de la représentation hiérarchique pour donner du sens à une décision : *« [la proximité] constitu[e] une réponse à l'incertitude qui envahit le monde de l'action : une proximité dans les représentations donnant un même sens à une situation ou à un objet est donc nécessaire à la coordination »* (Talbot, 2010). Cette idée confirme l'importance pour le directeur de savoir se positionner comme un manager de proximité. Cependant, cette proximité doit s'articuler avec le discours de l'encadrant de proximité du quotidien et avoir pour objectif d'appuyer et de légitimer la pratique du professionnel qui encadre au quotidien. La

directrice d'un EHPAD autonome confirme cette idée en justifiant sa présence régulière auprès du cadre de santé par une volonté de porter de façon conjointe les décisions : *« de mon côté je vais plus souvent aux transmissions pour appuyer le discours des cadres et répondre aux angoisses des équipes en direct »*. Dans ce contexte, la pratique du directeur ne se limite pas à une fonction représentative ou à une tentative de suppléer l'encadrement de proximité. Il s'agit de favoriser l'adhésion des équipes en incarnant et expliquant les décisions prises. La proximité des décideurs avec les professionnels est aussi une opportunité pour introduire davantage de participatif dans les transformations organisationnelles. La même directrice évoque par exemple assister aux transmissions pour présenter les nouvelles organisations et recueillir l'avis des équipes : *« Nous avons parlé des nouvelles organisations aux transmissions avec la cadre, les équipes donnaient leur avis et nous on tranchait »*.

Que ce soit par la mise en place de staffs réguliers, de points quotidiens ou encore de rencontres informelles avec les équipes, le directeur a sa place dans le management de proximité. Cette idée reste cependant à nuancer en fonction des établissements, des niveaux de délégation et des champs de compétences de chacun. Pour ces établissements, la place du directeur comme manager de proximité s'exerce davantage auprès de l'encadrement sous la responsabilité d'un encadrement supérieur. L'idée est de se placer en position de *« coach »* auprès des managers pour les amener à s'autonomiser. C'est ce dont témoigne la directrice de l'EHPAD A, qui a souhaité guider les cadres vers davantage de proximité avec leurs équipes : *« on a mis en place de nouvelles procédures qui ont permis aux cadres de santé de trouver de nouveaux liens avec les équipes et de retrouver leur fonction d'accompagnement, un peu plus sur le terrain et avec des fonctions de contrôle un peu plus développées. »*

Chez certains cadres de santé interrogés, la proximité de la direction en appui à leur action managériale n'est pas perçue de la même façon. Alors que certains soulignent *« la présence de la direction quand c'était tendu »* (cadre de santé en USLD), d'autres confient *« ne pas avoir l'impression que les rapports soient toujours décrochés »* ou encore avoir *« perdu en autonomie »* (cadre de santé de l'EHPAD A).

Cependant, chez les professionnels on constate que la proximité de l'encadrement et de la direction a eu un impact positif et a constitué un véritable levier pour faire comprendre et appliquer les décisions prises. La fonction du manager est soulignée par les équipes sur deux points : la volonté d'obtenir des informations et celle d'être associée aux décisions qui les touchent directement. La fonction informative du manager semble d'ailleurs primordiale pour sortir les professionnels de l'incertitude en situation de crise. Le

management par la proximité a également pour objectif de développer un lien de confiance avec les professionnels managés. Les professionnels interrogés soulignent d'ailleurs l'importance d'obtenir des informations transparentes et claires : « *Mais n'empêche qu'on avait des réunions d'informations pour nous dire comment évoluent les choses, comment il faut s'y prendre* » (IDE hôpital D) ; « *c'est surtout cette proximité bah vous avoir vous, voir Madame X enfin je trouve que ça c'était quand même hyper confortable d'avoir un membre de la direction toujours présent pour répondre à nos questions* » (psychologue EHPAD A). La consultation des équipes sur un mode participatif est également souligné et participe à créer un phénomène d' « *empowerment* » des professionnels : « *La direction nous a consulté pour savoir ce qu'on pensait d'une organisation en 12h, on était tous ok* » (IDE EHPAD E).

### **Préconisation managériale n°2**

*Etre capable, pour le directeur, d'osciller entre un management stratégique et opérationnel en utilisant les outils et méthodes du management de proximité.*

*Développer la culture de l'orale pour décliner et expliquer des consignes ou protocoles formalisés et transmis par écrit.*

*Positionner l'encadrement de proximité vis-à-vis des professionnels de terrain en appuyant leur discours et en venant porter et assumer les décisions prises de façon plus centrale.*

Il est indéniable que la crise a demandé aux managers d'associer gestion de l'urgence et bien-être des professionnels afin de répondre de la meilleure façon aux besoins des usagers. La crise sanitaire est apparue comme un moyen de remettre de la proximité dans un secteur bien souvent décrit comme bureaucratique et pyramidale. Au sujet de la crise du Covid-19, Philippe Anton avance que « *certains établissements ont adapté leur modèles organisationnels, d'autres les ont oubliés en simplifiant leur processus et concentrant leurs ressources sur la gestion de la Covid-19* » (Philippe Anton, 2020). Les transformations organisationnelles nécessaires pour répondre à l'urgence de la situation n'ont pas été menées de la même façon dans tous les ESMS. Cependant, celles qui ont été les plus opérantes semblent l'avoir été grâce à la proximité favorisant l'adhésion. L'enjeu de la déclinaison rapide entre stratégique et opérationnel a permis d'introduire de nouvelles pratiques dans l'action des managers. A l'heure où le contexte épidémique connaît des périodes de désescalades, l'enjeu pour la pratique managériale est désormais de conserver les acquis de la crise pour envisager l'après.



## **2 La crise, une opportunité pour mettre en place de nouvelles pratiques managériales.**

La crise sanitaire a permis d'introduire de nouvelles pratiques aussi bien chez les professionnels que chez les managers. La particularité de la crise du Covid-19 est qu'elle dure, qu'elle connaît des périodes d'accalmie et de reprise qui peuvent laisser les professionnels dans une certaine attente. Pour conserver et consolider les apprentissages acquis pendant la crise, les managers se doivent d'entretenir ces changements dans ce contexte (2.1). Afin d'envisager l'après, la définition d'objectifs institutionnels communs doit se réaliser en lien étroit avec les équipes pour s'assurer de leur adhésion (2.2).

### ***2.1 Le management du changement dans un contexte de crise routinier : consolider et maintenir les bases acquises pendant la crise***

La crise sanitaire a permis d'introduire de nouvelles pratiques bénéfiques qu'il est important de faire perdurer pendant les périodes d'accalmie (2.1.1). D'où l'importance pour les managers de piloter le changement pour maintenir les apprentissages de la crise (2.1.2).

#### *2.1.1 Potentialiser les effets bénéfiques de la crise pendant les périodes de désescalades*

La crise sanitaire a connu des vagues épidémiques successives au sein des ESMS qui ont permis aux professionnels de bénéficier de périodes d'accalmie. Pour les managers, l'enjeu est de profiter de ces périodes où la gestion de crise est au second plan pour potentialiser les effets bénéfiques de la crise.

Pendant la crise sanitaire, les pratiques en termes d'hygiène ont été au cœur de l'action et du contrôle des managers. Pendant les périodes d'accalmie, les professionnels ont chacun pu rejoindre leurs unités d'origine, leur permettant de retrouver leurs repères habituels.

Les entretiens menés font apparaître les effets bénéfiques de la crise et ce qu'elle a permis de mettre en place notamment en termes de qualité de l'accompagnement et des prises en charge.

En ce qui concerne la sécurité sanitaire, la crise sanitaire semble avoir permis de remettre de la rigueur dans les pratiques professionnelles et de redéfinir certains circuits qui dysfonctionnaient. La cadre de santé de l'EHPAD A explique d'ailleurs avec porté ce sujet comme une priorité dans son unité : *« Pour moi le plus urgent c'était l'hygiène enfin les protections individuelles, la désinfection des mains et les circuits de linge sale et de déchets »*. Cette idée est d'ailleurs confirmé par l'aide-soignante en UVP qui explique qu'auparavant certaines bases d'hygiène n'étaient plus respectées : *« La désinfection des portes, du matériel, des mains tout ça je pense que ça il faut le garder parce que bizarrement nous avons eu 0 cas d'épidémie de gastro »* ; *« Ce qui prouve bien que la désinfection, le lavage des mains c'est quand même la base »*. Ces pratiques d'hygiène réappries constituent un des effets bénéfiques de la crise qu'il convient d'entretenir. C'est dans cette optique que le directeur de l'EHPAD B explique avoir mis en place *« des audits trimestriels sur l'hygiène des mains »*.

L'audit apparaît également comme un outil qui a été souvent utilisé pour les managers afin de conduire leurs équipes pendant la crise. L'audit est une méthode d'évaluation qui permet de comparer des pratiques en fonction de références afin de mesurer la qualité des pratiques et les améliorer. Cette pratique a été largement utilisée par les directeurs et cadres interrogés. C'est le cas pour la directrice de l'EHPAD A qui a mis en place à la fois des audits administratifs et des audits cliniques avec les cadres de santé : *« On a également mis en place des audits mensuels des dossiers de tous les résidents entrants et de 2 dossiers par unité par mois pour s'assurer que la douleur ainsi que les autres protocoles étaient correctement suivies »*. La mise en place de ces audits a été motivée par la crise qui a révélé des manquements en termes de gestion ou de suivi des prises en charge au sein de l'EHPAD. Cette même directrice souligne d'ailleurs l'importance de maintenir ces audits ciblés par les managers de proximité même en dehors du contexte de crise : *« Je pense que ça a modifié quand même les rapports mais aussi sous l'impulsion du manager comme dans toutes les structures. Savoir ce que nous on perçoit en tant que manager et ce qu'on veut pour la structure »*. Le directeur de EHPAD B explique avoir adapté la forme des audits au contexte de crise afin d'éviter que cela devienne *« chronophage »* : *« Nous avons créé des « audits flashes » sur plusieurs thématiques pour évaluer de façon ciblée certaines prises en charge »*.

Au-delà de la qualité des prises en soins et accompagnement, la crise sanitaire a également modifié les liens entre les professionnels. L'ensemble des professionnels interrogés s'accordent à dire que la crise a été vectrice de *« solidarité »* entre les professionnels. On observe que cette solidarité s'est opérée à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la solidarité s'est opérée entre pairs comme en témoigne l'IDE de l'EHPAD F : *« Oui, oui oui il y a eu cette solidarité entre collègues. Et puis même on réfléchissait*

*ensemble à des solutions* ». Un deuxième niveau de solidarité s'est également créé à l'extérieur de l'établissement. Le directeur de l'EHPAD B explique d'ailleurs avoir reçu « *plein de candidatures pour faire du bénévolat* ». Enfin, un troisième niveau de solidarité s'est organisé en interne pour soutenir l'organisation. La cadre de santé en USLD évoque la mobilisation des professionnels pendant la crise : « *il y avait aussi de la solidarité comme les agents qui revenaient alors qu'ils avaient des vacances pour soulager leurs collègues* ». Cependant, cette idée de solidarité est à nuancer. En effet, dans de nombreux entretiens on note que ce phénomène n'a pas duré pendant les périodes de désescalades. C'est en ce sens que la cadre de santé à l'EHPAD A explique que le basculement vers les organisations habituelles a suscité des tensions envers les encadrants et entre les professionnels : « *Lorsque nous sommes revenus à des organisations normales en post-crise, cela a généré un peu de tension envers les encadrants* ». La question qui se pose est la suivante : Quelle est la place du manager en sortie de crise pour conserver cet esprit de solidarité au sein d'une équipe ? La cadre de santé de l'EHPAD A évoque avoir mis en place certains outils pour maintenir cette dynamique d'équipe comme « *des réunions de service assez courtes* » ou encore des réflexions d'équipe sur des « *projets de Pôle* ».

La crise s'est tout de même révélée être un véritable incubateur d'idées. Elle s'est traduite par des problèmes organisationnels inédits qu'il fallait résoudre rapidement pour en atténuer l'impact sur les usagers. « *La recherche de solution peut conduire à imaginer des dispositifs innovants expérimentés dans des temps courts, souvent en transgressant les règles* » (Pronovost et al., 2006). Cette idée peut aisément être appliquée aux ESMS qui ont dû faire preuve de créativité et d'inventivité pour adapter leur accompagnement. C'est le cas pour les projets médico-sociaux qui ont vu le jour au sein des EHPAD. La directrice de l'EHPAD A explique avoir saisi l'opportunité de la crise sanitaire, à la fois pour travailler sur les prises en charge cliniques mais aussi pour revoir les actions sociales et culturelles au sein de l'établissement : « *Sur la dynamique de projet on a vraiment adapté les projets à la situation sanitaire, mais en même temps on a mis plein de projets en place qui ont été source de plaisir pour les équipes et pour les résidents parce qu'ils se retrouvaient aussi sur le côté médico-social et la rigueur clinique d'un autre côté* ». L'adaptation des projets médico-sociaux aux exigences de la crise a été créatrice de nouvelles pratiques. L'expérience réalisée au sein de l'EHPAD A m'a permis de voir naître des méthodes de travail différentes en termes d'animation sociale telles que les animations inter-couloirs, les interventions culturelles mobiles ou encore les ateliers numériques. Pour le directeur de l'EHPAD B la crise a été le moyen de « *faire monter l'animation dans les étages* » et de « *sensibiliser les soignants à l'importance de la vie sociale et culturelle* ». En post-crise, ce même directeur explique avoir souhaité conserver ce lien entre professionnels

d'animation et professionnels soignants. La directrice de l'EHPAD C a également établi le même constat et considère que le maintien de ces nouvelles pratiques doit se réaliser « *sous l'impulsion du directeur* ».

La crise sanitaire a eu des effets bénéfiques sur plusieurs points : sur la qualité des prises en charge cliniques ou encore sur les relations entre les professionnels. Elle a également montré la capacité qu'avaient les professionnels à innover et à faire preuve de créativité. Pour maintenir cette dynamique au sein d'une organisation, la place du manager est centrale. Le management de crise doit laisser place à un management du changement. Philippe Anton, explique d'ailleurs que la crise sanitaire a permis aux établissements de « *retrouver une respiration sans tomber dans l'écueil du « collaps and complex* » » (Philippe Anton, 2020, p45-59). Cette idée témoigne des effets bénéfiques que la crise a pu avoir sur les organisations de santé.

**Préconisation managériale n°3 :**

*Diagnostiquer et identifier collectivement les bonnes pratiques issues de la crise sanitaire en lien avec les professionnels et l'encadrement.*

*Réaliser le suivi et le contrôle de la réalisation des pratiques à conserver, à l'aide d'indicateur partagé par le collectif.*

*2.1.2 Piloter le changement grâce aux apprentissages et aux effets de la crise : l'exemple du management d'une équipe administrative*

La sortie de crise nécessite de mettre en place d'abord un management de sortie de crise puis un management du changement pour potentialiser les réussites. Cette conduite du changement peut se révéler perturbante pour les professionnels habitués à une organisation parfois figée depuis des années.

Kurt Lewin, psychologue spécialisé dans la psychologie sociale, définit trois étapes de la conduite du changement (1947) :

1. « *Unfreeze* » qui signifie le « *dégel* », la préparation au changement. Cette étape implique des peurs et demande au manager d'expliquer le sens et de faire preuve de transparence.
2. « *Change* » qui signifie le « *changement* ». Elle revient à mettre en place un plan d'action pour amorcer le changement. Pour le manager il s'agit de définir de

nouvelles pratiques, les missions et rôles de chacun ainsi que leurs objectifs. Les outils privilégiés pour suivre cette étape sont les groupes de travail, les réunions de service, la création de nouveaux outils de travail ou encore la formalisation de fiches de postes.

3. « *Refreeze* » qui signifie le « *regel* ». Cela revient à maintenir les changements qui ont été amorcés pour passer d'une conduite du changement à un management habituel. Pour le manager, il s'agit ici d'accompagner, de suivre ou encore de contrôler la bonne réalisation des actions mises en place.

La directrice de l'EHPAD A revient sur la notion de conduite du changement et l'impulsion que la crise sanitaire a pu donner : « *il y a eu plein de réorganisations qui ont été faites à l'issue du COVID. Je ne sais pas si elles sont toutes en lien avec le COVID, elles sont surtout en lien avec l'impulsion que l'on veut donner aux organisations. Est-ce que les organisations qui ont été faite il y a 15 ans doivent rester figées, ou est-ce qu'on les réévalue régulièrement au regard de plusieurs critères d'amélioration de la prise en charge ?* ». La crise sanitaire semble avoir incité les organisations et les professionnels à réfléchir ensemble aux changements qu'il fallait opérer. Dans un premier temps, les changements se sont réalisés à « *marche forcée* » pour répondre à l'urgence, puis, ils ont permis de réinterroger certaines pratiques pour amener le manager à inscrire ces changements de façon durable.

Afin d'illustrer une situation de conduite de changement, j'utiliserais une situation à laquelle j'ai participé auprès d'une équipe administrative au sein du Pôle EHPAD-USLD d'un CHU. Dans l'analyse qui suit, j'essaierais également de prendre du recul sur la pratique managériale que j'ai pu mener ou observer.

L'équipe administrative en question représente un collectif de 13 professionnels répartis sur 4 sites. Ce collectif est composé de secrétaires d'admissions chargées de réaliser l'accueil et la gestion administrative des dossiers des usagers. Il est également composé d'une cellule de coordination qui centralise et coordonne les demandes d'admissions. Pendant la crise sanitaire, les enjeux pour ces professionnels ont été multiples : communication avec les familles, gestion des lits ou encore fluidification des filières d'amont. Suite à la première vague épidémique qui a touché le Pôle, un constat a été réalisé sur l'organisation de cette équipe qui ne bénéficiait plus d'encadrement direct depuis quelques années. Ces premiers éléments de constats ont révélé plusieurs marges d'amélioration. Tout d'abord, les rôles entre chaque professionnel n'étaient pas clairement définis, ce qui avait pour effet de créer des doublons et superpositions dans l'organisation du travail. A l'échelle du Pôle, les pratiques professionnelles étaient très disparates, chacun travaillait avec des documents institutionnels différents, ce qui a mis plusieurs fois

en difficulté certains agents qui assuraient des remplacements. Enfin, en termes de compétences, la maîtrise des outils informatiques n'était pas suffisante pour répondre à la nécessité de communiquer rapidement et à distance pendant la crise.

Ces premiers constats ont eu un impact sur la bonne réalisation des missions administratives et leur réactivité pendant la crise. A titre d'exemple, de nombreuses demandes d'hébergement pour fluidifier les structures d'amont n'étaient pas transmises dans un délai optimal. Ou encore, lorsque les Résidences étaient touchées par le virus, les secrétaires ne bénéficiaient pas d'outils, de fichiers ou de listings pour communiquer rapidement auprès des familles.

A la suite de ces constats un plan d'action a été mis en place pour accompagner les équipes administratives et conduire le changement d'une organisation figée depuis des années. Avant de concevoir ce plan d'actions, des réunions de service hebdomadaires ont été mises en place avec la Direction du Pôle et moi-même. L'objectif était de créer de nouveau du lien avec les équipes avant d'amorcer le changement, à la fois sous l'impulsion du directeur mais aussi sous l'impulsion des équipes.

Plusieurs actions ont ainsi été menés pour construire et piloter cette nouvelle organisation, d'ailleurs elles illustrent bien les six dimensions du management opérationnel (développer, diriger, organiser, animer, motiver, évaluer) :

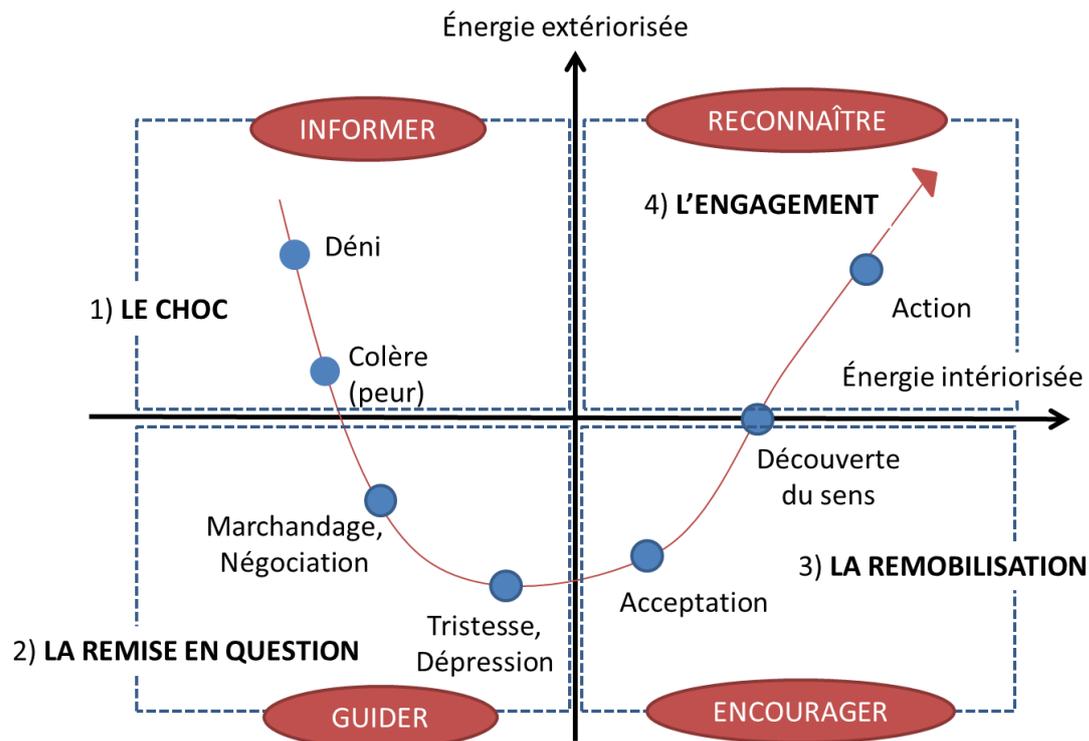
<b>Constat réalisé</b>	<b>Actions menées</b>	<b>Dimensions managériales</b>
<i>Absence de communication entre les établissements du Pôle</i>	Mise en place de réunion de service hebdomadaire entre les professionnels	Animer
<i>Défaut de coordination entre les professionnels</i>	Redéfinition des missions et rédaction de fiche de poste.	Organiser Développer
<i>Disparités des pratiques et des documents institutionnels utilisés</i>	Mise en place de groupe de travail pour accompagner les équipes à rédiger de nouvelles procédures et des outils de travail (livret d'accueil)	Animer Développer
<i>Manque de maîtrise des outils informatiques et de volonté pour se former</i>	Mise en place d'un tutorat inter-résidences par les pairs qui maîtrisent davantage les outils. Inscription aux formations annuelles internes au CHU.	Développer Motiver
<i>Besoin d'accompagnement des équipes et de contrôle du manager</i>	Mise en place d'une revue de dossiers bimensuelle pour repérer et faciliter les dossiers en dormance	Diriger Evaluer

C'est grâce à la crise, que ce plan d'action a été mis en place en concertation avec les agents. Dans cette situation, la crise a permis de dévoiler des pratiques non-officielles et un manque d'outillage des équipes qui les mettait en difficulté. Cette organisation figée depuis des années a souffert de l'absence d'un encadrement de proximité qui aurait sans doute pu identifier les ajustements et changements à réaliser.

Afin de mener ces changements, on constate que les étapes théorisées par Kurt Lewin se confirment. Au début, les professionnels ont exprimé des réticences, c'est pour cette raison que les réunions de service ont été mises en place. L'objectif était d'abord de créer un lien de confiance avec l'équipe pour qu'elles puissent se saisir plus facilement des changements qu'il fallait opérer. Le plan d'action a permis d'entrer dans la phase de changement de l'organisation. Enfin, pour passer d'un management du changement à un management habituel, l'enjeu pour le manager est ici d'assurer sa fonction d'accompagnement et de contrôle. L'idée est d'assurer des fonctions de contrôle à la fois pour s'assurer du respect de la nouvelle organisation, mais également pour évaluer de façon continue son adéquation avec les besoins des professionnels et des usagers.

Dans cette situation, on constate que la conduite du changement s'est opérée grâce à des outils relationnels. C'est d'ailleurs ce que confirme la directrice de l'EHPAD A lorsqu'elle raconte avoir mis en place des « *briefings* » pour « *réunir tout le monde* » pendant les changements organisationnels de crise : « *J'ai envie de dire que c'est de la conduite du changement, donc il y a toujours des professionnels qui sont pas d'accord avec les organisations* » ; « *on leur a permis de poser toutes les questions, ce qui a permis d'éviter qu'il y ait une absence de connaissance des éléments* ». L'expérience relatée par cette directrice témoigne aussi de l'importance, pour piloter le changement, de savoir manager les réticences et résistances des professionnels grâce à l'information et l'accompagnement.

Les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue suisse, illustrés par « *la courbe du changement* » ou « *courbe du deuil* » (ci-contre) montrent bien le cheminement que doit emprunter le manager pour piloter le changement. Ces travaux montrent que le passage de la phase de « *choc* » à celle de « *l'engagement* » requiert de mettre en place des actions pour le manager. Les résistances aux changements interviennent donc pendant les phases de « *choc* » et de « *remise en question* » durant lesquelles le manager se doit d'« *informer* » et de « *guider* ». Les différentes phases nous montrent bien l'importance pour le manager d'appuyer la conduite du changement sur un management relationnel où les outils de management utilisés favorisent la communication.



« La courbe du changement » ou « courbe du deuil » d'Elisabeth Kübler-Ross

#### **Préconisations managériales n°4 :**

*Pour piloter le changement, mettre en place des méthodes de management qui s'appuient sur le relationnel et l'échange (réunions de service, brainstormings, briefings).*

*Etablir un plan d'action partagé avec l'encadrement de proximité et les professionnels.*

*Se positionner et positionner l'encadrement de proximité sur des fonctions de contrôle et de suivi pour maintenir dans la durée les changements.*

La conduite du changement nécessite de mettre en place un lien avec les professionnels afin d'inscrire dans la durée les changements et lever le maximum de résistances. La crise a constitué un choc et un changement pour les professionnels des ESMS. Au Japon, le mot crise regroupe les deux termes « *Wei* » (danger) et « *Ji* » (opportunité). Cela représente bien la crise sanitaire qu'ont connue les ESMS, une situation complexe qui a permis de faire émerger de nouvelles pratiques que les managers se doivent d'entretenir. La sortie de crise implique aussi la reprise de la vie institutionnelle sous l'impulsion des managers mais surtout des directeurs dans leur rôle de « *responsable du fonctionnement et de la continuité de service* » de l'établissement.

## **2.2 L'importance de définir une politique institutionnelle commune et d'associer les professionnels à la réflexion.**

Afin de donner un cap pour envisager la sortie de crise et guider l'action managériale, le directeur se doit de communiquer autour d'objectif communs au sein de l'institution (2.2.1). Maintenir la dynamique de projet constitue aussi un élément essentiel pour permettre aux managers d'associer les professionnels à la vie de l'institution et ne pas sombrer dans l'attentisme (2.2.2).

### *2.2.1 La communication d'objectifs institutionnels communs : un levier managérial pour envisager l'après-crise.*

Pour le directeur, la sortie de crise demande de mettre en place et de communiquer sur l'orientation et les objectifs que souhaitent mettre en place l'établissement pour envisager l'après.

Pendant la crise sanitaire de nombreux questionnements éthiques sont venus bouleversés les professionnels. La directrice de l'EHPAD A explique que ces questionnements éthiques ont surtout émergé après les premiers décès : « *La question de la fin de vie est aussi arrivée quand nous avons sanitarisé une unité complète avec la question sur l'intérêt du transfert en réanimation* ». La cadre de santé du même EHPAD revient de son côté sur les réponses qui ont été apportés par les managers pour tenter de répondre à ces questionnements et soutenir les professionnels : « *On a rapidement mis en place un groupe de paroles pour répondre aux questionnements éthiques des professionnels* » ; « *on a trouvé beaucoup de professionnels en souffrance face à certaines situations* ». Ces premiers éléments montrent l'impact psychologique qu'a eu la crise sanitaire sur les professionnels, notamment un sentiment d'incompréhension. Pour envisager la sortie de crise, il convient donc de faire le bilan de ces expériences vécues pour pouvoir faire avancer de nouveau l'institution sur des objectifs communs. C'est dans cette optique que le directeur de l'EHPAD B explique avoir organisé des « *retours d'expérience pluridisciplinaires* ». L'idée est de marquer un temps de pause pour laisser les professionnels s'exprimer et digérer la situation exceptionnelle qu'ils ont vécue.

Pour Philippe Anton, l'écoute et la communication *constitue* « *un premier niveau de réponse à la gestion de l'incertitude* » en période de crise et après (P.Anton, 2020). Dans ce même article, il souligne l'importance pour les managers de se « *référer à des objectifs précis et valides et de trouver la bonne articulation pour répondre aux préoccupations des agents* ». Il explique également que l'écueil en situation de crise et post-crise est de « *s'inscrire dans une heuristique de la peur ou une paralysie de l'action* ». Afin d'éviter de tomber dans cet écueil, le positionnement du directeur pour fixer une ligne directionnelle

et appuyer l'action des managers semble primordial. C'est d'ailleurs ce que met en avant la cadre de l'EHPAD A lorsqu'elle évoque l'importance d'un portage institutionnel pour mener son management : *« je pense quand même que si cela ne part pas d'une impulsion institutionnelle j'ai du mal à croire que cela va fonctionner. Je pensais même en tant que cadre de proximité que si nous on impulse une dynamique en espérant que ça va suivre. Finalement, on dépend tellement d'autres choses, notamment d'un portage institutionnel ».*

L'enjeu pour le directeur est donc de communiquer sur des objectifs clairs et partagés pour anticiper la sortie de crise. Pour répondre à cet enjeu, le directeur bénéficie de plusieurs outils dont le projet d'établissement et l'évaluation interne. Grâce à mon expérience au sein du CHU, j'ai pu constater que ces deux outils avaient été utilisés et amorcés en sortie de crise afin de fixer ces nouveaux objectifs institutionnels. A titre d'exemple, la Direction Générale et le Secrétariat Général du CHU a souhaité maintenir les groupes de travail sur le projet d'établissement même lors des légères reprises épidémiques. Ces groupes de travail étaient constitués à la fois de personnels d'encadrement, mais également de professionnels de toutes filières confondues (administrative, technique et soignante). A l'échelle du Pôle EHPAD-USLD du CHU, la direction déléguée de Pôle et la Direction de la qualité a souhaité profiter de la sortie de crise pour amorcer le travail de l'évaluation interne afin de dresser une cartographie du Pôle en sortie de crise. En termes de méthodologie, la Direction de la qualité a souhaité nommer un responsable d'axe chez les cadres de proximité en leur demandant de travailler ces axes avec les professionnels. La Direction Générale a également souhaité prendre un temps dans chaque service des Résidences à la fois pour les remercier mais également pour communiquer directement avec les professionnels sur l'après.

#### **Préconisation managériale n°5**

*Profiter des périodes d'accalmie pour faire un bilan collectif de la crise avec les professionnels et aller à leur rencontre pour reconnaître le travail accompli.*

*Communiquer sur les orientations que l'établissement souhaitent prendre afin d'anticiper la sortie de crise.*

*Laisser le temps aux professionnels de retrouver leurs repères avant d'envisager la déclinaison opérationnelle des objectifs fixés pour la période post-crise.*

L'écueil pour les managers en sortie de crise est de rester dans l'attente, de ne pas savoir quoi répondre à la question : Et maintenant que fait-on ? Si plusieurs outils institutionnels existent, la déclinaison opérationnelle de ces objectifs doit se faire sentir sur le terrain au risque de délégitimer la parole du manager et de décrédibiliser son action.

## 2.2.2 *Le maintien de la dynamique de projets : une opportunité pour les managers de mobiliser de nouveau les professionnels autour de sujets « hors crise ».*

Maintenir la dynamique de projets est un élément essentiel pour éviter de voir l'établissement tomber dans l'immobilisme.

Les entretiens menés auprès des directeurs montre cette volonté de maintenir la dynamique de projets de plusieurs façons : à la fois sur la mise en place de projets qui ont un impact immédiat sur l'accompagnement des usagers mais aussi sur le maintien des projets qui ont émergé pendant la crise.

La directrice de l'EHPAD A explique avoir souhaité mettre en place d'abord des petits projets avec un impact sur le quotidien des équipes et des résidents : *« on a mis plein de projets en place qui ont été source de plaisir pour les équipes et pour les résidents »*. Elle explique par ailleurs qu'il s'agit d'une pratique qu'elle souhaite conserver et introduire dans la pratique managériale des cadres de proximité : *« Mener des projets avec les agents, leur amener, et faire des retours réguliers aux équipes, donc vraiment être le chef d'orchestre de son unité. A la fois pouvoir faire redescendre et remonter les informations au directeur »*. Il en est de même pour le directeur de l'EHPAD B qui raconte avoir profité des périodes d'accalmie entre les vagues épidémiques pour *« suivre de près les projets de service comme les ateliers culinaires ou bien les ateliers mémoire qui mettaient du temps à arriver »*. Au sein du Pôle EHPAD-USLD du CHU, les périodes de désescalades de la crise ont également démontré le souhait des résidents de sortir de leur chambre après les périodes de confinement. C'est dans cette optique que le Pôle a mis en place un projet d'investissement sur l'ensemble des Résidences afin de créer des espaces de retrouvailles à l'extérieur et au sein de l'établissement. Ces projets, qui ont un impact direct sur la vie au sein des établissements envoient des signaux positifs aux professionnels. Leur réalisation permet d'envisager la sortie de la crise en montrant que l'établissement se redynamise et redevient petit à petit un environnement moins restrictif. Cependant, les reprises épidémiques constituent une menace à une dynamique de projets qui redémarre. La directrice de l'EHPAD C en témoigne en prenant l'exemple de *« sorties extérieures »* qui ont été annulé la veille *« à cause de nouveaux cas qui se sont déclarés »*. Pour le manager de proximité, motiver et encourager les professionnels au quotidien ne semble également pas être chose aisée. La cadre de santé de l'EHPAD A explique d'ailleurs que la conduite de projet *« dans un milieu qui n'est pas terrible [...] n'est pas simple »*. Si les perspectives de reprises épidémiques peuvent représenter une source de découragement chez les professionnels, la crise sanitaire ne doit pas constituer une excuse à *« l'immobilisme »* selon le directeur de l'EHPAD B. A titre d'exemple au sein du Pôle EHPAD-USLD, plusieurs projets de plus grande ampleur et portés par la direction

déléguée et les professionnels ont pu se construire pendant la crise. C'est le cas d'un projet d'équipe mobile bucco-dentaire qui, malgré les épidémies successives au sein des résidences, a pu se construire et intervenir auprès des résidents accueillis pendant la crise.

La conduite de projet dans un environnement troublé constitue un défi pour l'action managériale. Tout l'enjeu est de maintenir la vigilance à un niveau important tout en parvenant à sortir de l'organisation de crise pour améliorer de façon continue la qualité de l'accompagnement. Pour le manager, il s'agit de piloter une équipe dans l'incertitude mais aussi de faire preuve d'optimisme auprès des professionnels. Les managers ont souvent été confrontés à la démotivation devant une crise qui ne s'achève pas. Manager des projets par l'optimisme dans ce contexte semble être une piste intéressante pour l'action managériale. Selon Amélie Motte, consultante et conférencière en management, « *un manager optimiste obtient davantage de ses collaborateurs* » (Amélie Motte et al., 2018, p76-77). L'idée n'est pas de fonder son action managériale sur un management laxiste où « *tout est rose* » mais plutôt de « *veiller à son vocabulaire, focaliser sur les forces, célébrer les réussites ou encore trouver le positif dans le négatif* ». Manager par l'optimisme revient donc à adapter son discours managérial pour mobiliser les équipes et créer une ambiance de travail propice à la motivation. Cette idée semble constituer une piste intéressante pour envisager la gestion de projet en sortie de crise. Cependant, cette démarche nécessite le soutien hiérarchique du directeur qui doit également incarner un leader positif, notamment dans l'exercice de sa fonction de contrôle.

#### **Préconisation managériale n°6 :**

*En sortie de crise, relancer la dynamique de projets d'abord par des projets à l'échelle d'un service et ayant un impact rapide et immédiat sur l'accompagnement des usagers.*

*Accompagner le management de projet de l'encadrement de proximité en les incitant à manager leurs équipes par l'optimisme afin d'atténuer les phénomènes de démotivation pendant cette période incertaine.*

*Faire preuve de transparence sur les objectifs d'un projet ou encore les ressources qui peuvent lui être allouées.*

Sous l'impulsion du management de proximité, la crise s'est révélée être un incubateur d'idées. Si les reprises épidémiques suscitent encore des doutes chez les professionnels, la reprise de la vie institutionnelle doit de nouveau se structurer sous l'impulsion des décideurs et managers. L'expérience de la crise semble représenter une véritable opportunité pour rénover l'action managériale dans les ESMS, bien souvent critiqués pour leur vision gestionnaire et protocolaire.

### **3 L'expérience de la crise : un levier pour construire le management en santé de demain ?**

La crise sanitaire a permis aux ESMS d'introduire de nouvelles pratiques aussi bien chez les professionnels de terrain que chez les managers et décideurs.

Hervé Dumez et Etienne Minvielle, directeurs de recherche au CNRS, ont dressé un bilan de la crise Covid dans les hôpitaux français et font apparaître un débat qui entoure déjà la sortie de crise entre les partisans du « *les choses ne seront plus comme avant* » versus « *les mauvaises habitudes sont déjà de retour* ». L'expérience de la crise constitue un moyen d'interroger comment concevoir le management en santé de demain.

Les ESMS semble avoir des difficultés à associer logique gestionnaire et approche managériale (3.1). Mais l'expérience de la crise montre bien la nécessité de construire l'action managériale autour d'un leadership où la performance des opérationnels sert les enjeux stratégiques et vice versa (3.2).

#### **3.1 La difficulté pour les établissements sanitaires et médico-sociaux de passer d'une philosophie exclusivement gestionnaire à une approche managériale**

Ibrahima Fall, directeur d'une entreprise de consulting et docteur en science du management, propose des pistes de refondation du management au regard de la crise sanitaire dans les ESMS. Dans son article, ce dernier soutient *qu'un « conflit de valeur sépare les gestionnaires stricto sensu des soignants »* et que le management dans les ESMS est trop influencé par une logique gestionnaire *et « vu comme un agrégateur de solutions techniques pour minimiser les ressources et maximiser les bénéfices »* (Question(s) de management, p61-69, 2020).

Cette idée renvoie aux difficultés qu'ont les ESMS à associer la logique de gestion et l'approche managériale des organisations. Dans cette partie, plusieurs pistes managériales pour le directeur d'un établissement seront exposées afin d'envisager le management en santé de demain dans un contexte de sortie de crise.

### 3.1.1 *Osciller entre top management et management opérationnel en développant un management accompagnant*

Pour le directeur d'un établissement, osciller entre « *top management* » et management opérationnel constitue un premier élément important pour sortir de la logique purement gestionnaire.

Le « *top management* » désigne le management réalisé par les professionnels ayant le plus haut niveau de responsabilité et de décision au sein d'une organisation. Sa fonction est directement reliée à la prise de décision et à la définition de la stratégie. Les entretiens menés et les développements préalablement réalisés montrent que la crise a demandé aux directeurs d'associer la prise de décision et le suivi voire le management en proximité de la déclinaison opérationnelle. En sortie de crise, la prise de décision se doit de s'articuler avec un « *management de soutien* » de la part des « *top managers* ». Pour le directeur, il s'agit d'accompagner les encadrants intermédiaires et/ou les professionnels dans la mise en place des organisations qui découlent de la prise de décision stratégique. Concrètement cela se traduit par un positionnement en proximité du terrain pour informer ou encore expliquer de façon transparente.

Cet élément signifie également, que le « *top manager* » doit savoir se positionner en retrait, à la fois pour prendre le recul nécessaire, mais surtout pour ne pas décrédibiliser l'action managériale des cadres intermédiaires qui assure la gestion des unités au quotidien.

### 3.1.2 *Redonner du sens à l'action du collectif*

Donner du sens au rôle des professionnels s'est révélé être un défi pour la pratique managériale. Le concept de « *sensemaking* » défini par Karl Weick, professeur en psychologie et en sciences de l'organisation, fait écho à cet enjeu (1995).

Karl Weick définit le « *sensemaking* » comme un processus à travers lequel les individus tentent de rendre rationnelles des actions et situations qu'ils traversent. A l'issue d'une phase de « *sélection* », l'individu choisit le schéma et l'interprétation qui lui semble acceptable par tous.

La crise a été l'occasion de renforcer la réflexion éthique sur la vie au sein des EHPAD. La directrice de l'EHPAD C relate d'ailleurs le besoin de repères des professionnels pendant la crise : « *Les professionnels ont rapidement exprimé un mal-être face aux consignes sanitaires qui s'imposaient* ». Plusieurs réponses ont été apportées pour répondre aux questionnements éthiques des professionnels et redonner du sens à leur action, à l'image des « *groupes de parole* » ou encore des « *réunions d'informations* ». La

crise a contribué à pondérer les décisions en n'oubliant pas l'intérêt de l'usager mais aussi celui du collectif au sein des établissements. A titre d'exemple, les soignants ont porté leurs missions d'animation au sein des unités pour limiter les effets du confinement sur les personnes accueillies en EHPAD. Ces effets étaient intelligibles et faisaient sens pour eux.

L'action du manager a été centrale pour faire sens auprès des équipes. Si certaines informations étaient floues ou bien inadaptées, la communication entre managers et managés a permis de trouver un schéma d'action rationnel pour tous. C'est d'ailleurs ce qu'explique l'aide-soignante en UVP lorsqu'elle explique ne pas avoir compris les mesures de confinement en chambre instaurées au sein de son unité. Cette décision ne faisant pas sens chez elle. Des échanges avec le manager ont permis de trouver des pistes d'action acceptables pour minimiser l'effet de cette décision sur les usagers.

Philippe Anton relève d'ailleurs quatre leviers pour les directeurs et cadres de proximité afin de donner du sens à l'action du collectif : « *le leadership, l'agilité, [...] la pratique discursive, la diffusion de connaissances* ». L'ensemble de ces éléments constituent autant de leviers managériaux à disposition des directeurs pour assurer « *la fonction de traduction du manager [...] dans la compréhension et la fabrique du sens au sein des équipes* » (Desgourdes et Leroy, 2019).

#### **Préconisation managériale n°7**

*Produire et faire produire des outils de gestion (protocoles, procédures etc...) en les associant à une déclinaison pédagogique sur le terrain.*

*L'objectif à poursuivre est de donner du sens et aligner l'action opérationnelle des professionnels avec les décisions stratégiques.*

#### *3.1.3 Adapter les outils de communication et de diffusion des connaissances au quotidien et besoins des professionnels*

La mise en place d'un management davantage relationnel nécessite d'adapter les outils de communication et les canaux de diffusion au quotidien des professionnels.

La directrice de l'EHPAD A décrit d'ailleurs des supports de communication inédits qui ont été impulsés par la crise tels que « *des capsules vidéos* » ou encore « *des formations flashes* ». Pour la cadre de santé du même établissement, les « *formations flashes* » constituent un outil de diffusion à conserver dans la mesure où « *c'est un support qui plaît*

*parce que c'est rapide* ». Pour elle, il est nécessaire de moderniser les moyens de communication des managers qui ne sont plus adaptés au quotidien des professionnels : *« les professionnels ont besoin d'autre chose, un peu de nouveauté »*. Pour la directrice de l'EHPAD C, la crise a également été l'occasion d'innover, notamment sur la diffusion des protocoles et consignes sanitaires. Elle explique par exemple avoir *« dédoubler les protocoles avec des flyers plus simples »* pour s'assurer de l'intérêt des équipes. Chez les professionnels, on constate une tendance à vouloir de l'information rapide et centrée sur leurs besoins quotidiens. Pour le directeur d'EHPAD B, il est nécessaire de moderniser ces outils de communication, il explique *« être conscient que les procédures sont chronophages à lire »* mais insiste tout de même sur *« l'obligation »* que les professionnels ont d'en prendre connaissance et de les respecter.

En termes d'équipements, la modernisation des outils et canaux de communication reste empêchée par les faibles moyens financiers des établissements en ce qui concerne l'investissement. Cependant, des établissements bénéficiant de moyens plus importants misent sur la modernisation de leurs outils de communication. C'est le cas pour le CHU dans lequel j'ai réalisé mon stage. Celui-ci a fait l'acquisition de supports d'affichage dynamique à destination des usagers et des professionnels afin de mettre en place une communication digitale où l'information est disponible et actualisée en temps réel par la direction fonctionnelle référente.

Les professionnels expriment un besoin d'information qu'ils peuvent assimiler de façon immédiate, le développement de supports et de canaux qui simplifient l'information et ciblent sur les sujets qui les concernent constitue également une piste pour le manager.

#### **Préconisation managériale n°8 :**

*Définir en lien avec l'encadrement de proximité et en fonction d'une évaluation des pratiques, les sujets qui doivent faire l'objet d'une information ciblée auprès des professionnels.*

*Mobiliser des ressources en interne (ergothérapeute, nutritionniste, psychologue, médecin etc...), lorsqu'elles existent, pour mettre en place des formations ciblées au sein des services. Lorsqu'elles n'existent pas, créer des partenariats avec des établissements du territoire pour bénéficier d'expertises.*

### 3.1.4 *Percevoir la fonction de contrôle comme un outil d'évaluation de la pratique managériale, non comme un outil de sanction.*

Pour Pascale Auger, professeure en management, les compétences managériales à développer en situation de crise requiert de réduire la volonté de contrôle et de « *remplacer la multiplicité des règles par des lignes directrices offrant un cadre élargi d'actions* » (Auger, 2008).

La fonction de contrôle constitue un rôle primordial pour les managers et les décideurs afin de s'assurer que les décisions prises sont bien appliquées sur le terrain selon les critères demandés. C'est d'ailleurs une fonction que la directrice de l'EHPAD A a souhaité développer davantage chez les cadres de proximité pendant la crise, elle en donne d'ailleurs une définition dans l'entretien mené : « *exercer leur fonction de contrôle ça veut dire regarder, dire les choses aux agents, expliquer ce qui va et ne va pas et réunir régulièrement les agents* ». Pascale Auger préconise davantage de laisser une autonomie aux professionnels dans la déclinaison des orientations stratégiques.

La fonction de contrôle doit-elle s'exercer de façon stricte ou bien laisser davantage de place à la confiance ?

Un célèbre adage dit que « *la confiance n'exclut pas le contrôle* ». Il convient donc de changer de perspective afin de percevoir la fonction de contrôle autrement. Le contrôle constitue un outil de pilotage pour les managers. Pour rappel, l'ANI de 2013 inclut également « *le droit à l'erreur* » dans sa définition de la QVT. Pour la cadre de santé de l'EHPAD A, ce droit à l'erreur a été primordial pour manager la qualité en période de crise : « *Pendant la crise on a eu une vraie démarche qualité en fait finalement on se remettait tout le temps en question et une erreur n'était pas une erreur c'était un moyen de s'améliorer* ».

Ces éléments permettent de percevoir la fonction de contrôle non pas comme un moyen de sanctionner des pratiques professionnelles non conformes mais plutôt d'évaluer sa pratique managériale et le degré d'appropriation des équipes. Cette idée permet également d'envisager le management de la qualité de façon bienveillante et d'introduire une culture de l'erreur apprenante et non culpabilisante.

#### **Préconisation managériale n°9 :**

*En période de crise et après, exercer la fonction de contrôle de façon régulière et bienveillante auprès des professionnels.*

*Faire preuve de pédagogie et de patience pour répéter et échanger sur les bonnes pratiques avec les professionnels.*

### 3.1.5 Manager par la confiance à l'ère du télétravail ?

La crise sanitaire a également été un accélérateur de la mise en place du télétravail.

Dans les ESMS, ce sont exclusivement les professions qui ne nécessitent pas une présence obligatoire sur site qui ont été concernés par cette mise en place, comme les agents administratifs par exemple. D'ailleurs, le recours au télétravail est une tendance qui est amené à se répandre puisqu'à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2021, les agents publics pourront demander, sur autorisation de l'employeur, télétravailler jusqu'à 3 jours par semaine.

Mais cette nouvelle ère du travail à distance interroge en plusieurs points le management : Comment contrôler l'activité des professionnels qui ne travaillent pas sur site ? Comment assurer la protection des professionnels face au risque d'isolement ou de surconnexion ?

Selon Corinne Derboeuf, directrice de la QVT au sein d'une entreprise privée : « *Le télétravail oblige les managers à questionner le travail. Ils lâchent le management par le contrôle et passent à un management par la confiance et la responsabilisation* ».

Mon expérience au sein du Pôle EHPAD-USLD du CHU m'a permis d'observer et de mener le management d'agents administratifs placés en télétravail. Cette expérience m'a montré que le télétravail améliore la façon dont le manager définit les objectifs et les missions. Il permet également aux professionnels de se concentrer davantage sur des dossiers de fond en prenant du recul sur la gestion courante à réaliser sur site. A titre d'exemple, les agents administratifs de la cellule de coordination ont pu mettre en place des tableaux et outils de suivi qui sont désormais utilisés pour le contrôle de gestion.

Jamila Alaktif, professeure en management à l'ISC Paris Business School, confirme d'ailleurs cette idée et met en avant l'importance de « *ne pas reproduire les modèles hiérarchiques habituelles* » et « *ne pas donner d'objectifs irréalisables* » quand on manage à distance. Elle met en évidence trois points essentiels pour manager des professionnels en télétravail :

1. La communication afin d'éviter l'isolement, se tenir informer des évolutions et apporter des « *feed-backs* » aux professionnels.
2. Le renforcement de l'outil technologique à la fois par la mise à disposition du matériel mais aussi par la formation des professionnels aux outils informatiques.
3. La flexibilité en ce qui concerne les objectifs et les délais à respecter.

Le management à distance demande donc aux managers de mettre en place un leadership digital mais également de porter attention aux missions réalisées pendant ces périodes.

La fonction de contrôle doit ainsi s'exercer à deux niveaux.

Dans un premier temps pour s'assurer de la réalisation des objectifs par les professionnels. La mise en place de points d'étape au retour sur site du professionnel constitue un moyen de faire le bilan des activités réalisées.

Dans un second temps, le contrôle doit aussi s'effectuer pour s'assurer du bien-être des professionnels qui peuvent tomber dans l'écueil de la sur connexion. Si la mesure du temps de connexion paraît insidieuse, le manager peut, de façon plus simple, s'assurer de réaliser des « *feedbacks* » réguliers pour ne pas bloquer le professionnel dans la réalisation de son travail.

#### **Préconisation managériale n°10 :**

*Définir en amont des objectifs clairs et réalisables dans le cadre du télétravail.*

*Réaliser des « *feedbacks* » à distance et organiser des points d'étapes réguliers quand le professionnel est présent sur site (et même à distance).*

*Fixer de façon conjointe avec les professionnels des règles de télétravail afin de préserver le droit à la déconnexion ou encore l'équilibre entre la vie professionnelle et privée.*

### **3.2 L'expérience de la crise montre le besoin de fonder l'action du manager autour d'un leadership hybride (stratégique et opérationnel)**

L'expérience de la crise témoigne de la nécessité de repenser l'action des managers autour d'un leadership qui allie la prise de décision stratégique et la mise en place opérationnelle. Pendant la crise, la capacité des directeurs à mener ces déclinaisons sur le terrain a été mobilisée. Tout l'enjeu a été d'assurer un relais rapide entre les cadres puis les professionnels de terrain afin de ne pas se laisser submerger par la temporalité de la crise. Les idées développées au sein de cette partie constitue à la fois des pistes pour envisager l'action managériale en post-crise mais également des préconisations.

### *3.2.1 Maintenir le positionnement de l'encadrement en proximité*

L'accompagnement des équipes pendant la crise a été possible sous l'impulsion de l'encadrement. Cette période a davantage rendu nécessaire la proximité de l'encadrement au cœur des équipes. La participation quotidienne aux transmissions, l'organisation de « *staffs* » pluridisciplinaires ainsi que la pédagogie sur le terrain ont été au cœur des pratiques managériales. L'enjeu pour l'encadrement a été de se positionner comme relais des équipes et le garant de la rigueur des prises en soins et des mesures d'hygiène. L'exercice de la fonction de contrôle de façon assidue s'est révélé être primordial pour s'assurer de la bonne compréhension par les équipes des différentes mesures.

### *3.2.2 Repositionner les usagers au cœur de la prise de décision*

La crise a également révélé l'importance de l'information et de la communication auprès des familles et des résidents. Pendant la crise, les ESMS ont mis l'accent sur la transparence afin de permettre aux familles et aux résidents d'obtenir l'information la plus claire et actualisée possible.

Au sein du Pôle EHPAD-USLD et de l'EHPAD A des CVS exceptionnels ont été organisés afin de discuter des nouvelles consignes. L'intérêt pour le directeur est à la fois d'informer les résidents et leurs familles mais également de faire participer les résidents à la prise de décision. A titre d'exemple, la directrice de l'EHPAD A a laissé les résidents choisir la jauge de personnes qui pouvaient entrer pour visiter leur proche lorsque les visites étaient encadrées. Cette prise de décision par les usagers eux-mêmes a également permis de légitimer la décision officielle prise par le directeur.

Depuis le début de la crise, la parole des usagers ne semble pas avoir été toujours recueilli hormis pour la visite des familles et le consentement à la vaccination. En temps de crise, le libre choix semble compliqué à faire exercer. Ces situations ont engendré des questionnements éthiques notamment sur l'équilibre entre respect du libre choix individuel et protection collective.

Afin de repositionner les usagers au cœur de la prise de décision, le document repère rédigé par l'Espace Ethique d'Ile-de-France (2021) propose plusieurs pistes de réflexions :

- De considérer que chacun des usagers est en capacité de recevoir une information, que ce soit sur la situation sanitaire ou encore sur les modalités de sorties.
- L'importance de toujours « *maintenir des opportunités de choix* » même si elles sont réduites.
- Associer les résidents à la prise de décisions en recherchant un « compromis » en cas d'oppositions.

Pour envisager l'après crise, inclure les usagers au cœur des décisions qui les concernent constitue un enjeu pour les directeurs d'établissements. Afin d'instaurer une véritable démocratie sanitaire et médico-sociale, il convient d'adapter son discours mais également de s'appuyer sur des expertises pour livrer aux usagers une information fiable qui leur permettront de réaliser un choix libre et éclairé.

### 3.2.3 *Faire des nouvelles pratiques un levier d'attractivité*

Les projets et organisations émanant de la crise ont eu pour effet de jouer sur l'attractivité de certains établissements.

En termes de recrutements, certains professionnels ou étudiants venus en renforts lors de la crise ont émis le souhait de rester. C'est d'ailleurs ce que témoigne le directeur de l'EHPAD B qui a accueilli plusieurs étudiants et bénévoles : « *A l'issue de la crise, nous avons reçu également beaucoup de candidatures d'étudiants qui souhaitaient faire un stage chez nous* » ; « *nous avons également recruté une étudiante venue en bénévole sur un poste d'animation* ». Au sein de l'EHPAD A, c'est un médecin gériatre à mi-temps sur l'hôpital qui a souhaité compléter son temps de travail au sein de l'établissement.

En termes d'activités, les EHPAD ont connu une grande perte d'activité à cause des mesures de confinement. A la réouverture des EHPAD, certaines personnes en attente d'admission ont émis des réticences. Pour la directrice de l'EHPAD C, l'idée a été « *d'envoyer des signaux positifs vers l'extérieur* ». C'est ainsi que cette dernière a créé des partenariats avec des acteurs de la ville et du secteur culturel afin de soigner l'image de l'établissement et le rendre plus attractif.

### 3.2.4 Développer une approche agile des organisations

Noura Zaghmouri, doctorante en sciences de gestion, avance que l'agilité organisationnelle « *constitue un levier managérial organisationnelle dynamique pour agir dans l'incertitude [...] [qui] favorise l'adhésion du manager au changement* » (2020).

L'agilité se définit comme une méthode de management qui permet aux organisations de s'adapter plus vite aux changements afin de gagner en pertinence et en efficacité.

La crise a bien permis de faire évoluer le niveau de compétences cliniques des équipes mais aussi de mieux appréhender l'accompagnement des résidents au sein de leur lieu de vie. Cette agilité a permis de renforcer l'organisation des prises en charge sanitaires à un moment. Ensuite, elle a permis de revenir à une démarche plus médico-sociale mettant ainsi en évidence une pluralité de compétences et de réponses à des besoins auxquels les EHPAD se doivent de satisfaire. La crise sanitaire ne s'est pas déroulé en reproduisant « *une logique de gestion de l'urgence rigide et protocolaire* » (Robert et al., 2020) mais bien en développant l'agilité des professionnels et des organisations. Anne Paul-Duarte, enseignante en IFSI et docteure en sciences de l'éducation, explique d'ailleurs que les situations de crise dans les établissements de santé constituent une « *opportunité d'apprenance* » pour les acteurs (2014).

L'agilité des managers et des organisations a permis de prendre conscience qu'il était possible de travailler autrement. Elle a également permis de redonner du sens à l'action managériale pour aborder « *les problématiques organisationnelles* » de façon « *plus coopérative* » (Autissier et al., 2018).

L'ensemble de ces constats et réflexions montre que les ESMS ont grandement appris de la crise sanitaire. Cependant, les pratiques managériales restent à consolider, notamment sous l'impulsion du directeur.

#### **Préconisations managériales finales n°11**

*Soutenir et contrôler la présence de l'encadrement de proximité sur le terrain.*

*Considérer les instances d'expression des usagers comme des instances hautement stratégiques où la prise de décision doit se jouer avec des usagers qui bénéficient d'une information claire et loyale.*

*Développer des partenariats sur le territoire pour rendre l'établissement visible et attractif à la fois aux recrutements et aux futures admissions.*





## Conclusion

La crise du Covid-19 a été brutale par son intensité et sa durée. Elle a mis à l'épreuve les ESMS ainsi que la pratique des managers et décideurs du secteur.

L'analyse des entretiens et des différents matériaux nous a permis de montrer qu'il était primordial de placer la pratique opérationnelle des managers au plus proche du quotidien des professionnels. Pour atténuer l'impact de la crise sur les professionnels et les organisations, les managers ont dû œuvrer pour donner du sens, soutenir les équipes et s'assurer de la bonne compréhension des décisions.

Mais la crise est également apparue comme un formidable incubateur d'idées à la fois au service des organisations mais également pour la pratique des managers. Ce retour sur la crise a permis d'identifier les dimensions du management qui ont été déployées pour faire face à un environnement hostile. La créativité organisationnelle, la conduite du changement, le management à distance ou encore la capacité à anticiper sont autant de pratiques que les managers ont su mobiliser pour répondre à l'urgence. Pour envisager le management en post-crise, l'ensemble de ces pratiques managériales se doit d'être conservé, toujours dans le but de rendre les organisations plus agiles et les pratiques professionnelles plus qualitatives pour répondre aux besoins des usagers.

Mais les ESMS auront-ils continuellement la capacité de s'adapter en permanence tout en garantissant un accompagnement de qualité et performant ? Cette question interroge également les effets de la crise qu'il convient de capitaliser pour associer agilité organisationnelle et performance des services. Pour y répondre plusieurs éléments révélés par la crise doivent être potentialisés. Le positionnement du management en proximité, le partage des décisions et la construction d'un collectif semblent être les premières réponses que le management peut apporter. Pour se préparer à affronter de futures crises, les décideurs se doivent également de créer du lien avec le territoire, à la fois pour assurer leur attractivité mais aussi pour éviter de se retrouver isoler.

Mais la crise a également été le théâtre d'innovation dont les évolutions étaient au point mort depuis des années. L'exemple du développement de la télémedecine pendant cette période en est la preuve. Les téléconsultations ont permis d'assurer la continuité des soins chez des usagers non concernés par le COVID mais dont les consultations ou interventions avaient été déprogrammées. Si certains évoquent ces innovations sous le

terme de « *débrouillardise* », il n'empêche que l'expérience de la crise sanitaire a démontré la capacité des ESMS à déployer des organisations dans un temps record.

A l'heure où la crise sanitaire voit des perspectives d'améliorations grâce à la vaccination, ce qui attend les ESMS reste incertain. Si la crise, a davantage centré le travail sur l'efficacité plutôt que sur l'efficience, la couverture nette de l'ensemble des surcoûts par les financeurs permet aux établissements d'être soutenus. Mais la crise risque d'avoir des conséquences à plus long terme. Il est clair que des effets négatifs impacteront la santé financière des ESMS : coût indirect de l'absentéisme en lien avec l'épuisement professionnel ou encore perte de parts d'activité pour les établissements sanitaires largement touchés. Ces perspectives financières ne servent pas la transformation qui est en cours et encore moins l'action des managers qui ont besoin de ressources pour conduire le changement.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

François.PH, « *Motivation et management* », Philippe Carré éd., *Traité de psychologie de la motivation. Théories et pratiques*. Paris, Dunod, « Psycho Sup », 2009, p. 211-231.

Gillet-Goinard.F, Molet.H, Monteiller.G, « *Happy Management : osez manager par l'enthousiasme* », Dunod, 2016.

Louazel.M, Mourier.A, Ollivier.E, Ollivier.R (sous la direction) « *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* », Presses de l'EHESP, 2018.

- Partie 5, Chapitre 4 : Vand Der Linde.C, « La gestion des situations sanitaires exceptionnelles », p493 à 524.

Loufrani-Fedida.S, « *Chapitre 3. L'organisation par projets : raisons, leviers d'accompagnement et difficultés de ce type de changement* », Olivier Meier éd., *Management du changement. Changement culturel et organisationnel*. Paris, Dunod, « Management Sup », 2012, p. 55-80.

Motte.A, Larabi.S, Boutet.S, « *Outil 23. L'optimisme contagieux* », dans : *La boîte à outils du Chief Happiness Officer*. sous la direction de Motte Amélie, Larabi Saphia, Boutet Sylvain. Paris, Dunod, 2018, p. 76-77.

Pascale Auger, « *Manager les situations complexes* », Dunod, 2008

Warner Burke.W, Lake.DG, Waymire Paine.J, « *Organization change : a comprehensive reader* », Jossey-Bass, 2009, 991 pages.

Weick, K. E « *Sensemaking in Organizations*», Sage, Thousand Oaks, Californie, 1995

Weick, K. E.« *Enacted sensemaking in crisis situations* », Journal of management studies, 25(4), 1988, pp. 305-317.

## **Articles et mémoires :**

Achmet.V, Commeiras.N, « *Les influences des recours à l'auto-remplacement et à l'auto-ajustement des plannings sur le présentisme des infirmiers* », *AGRH 2020*, 2020, 26 pages.

Anton.P, « *Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français* », *Question(s) de management*, vol. 29, no. 3, 2020, pp. 45-59.

Bajji. R., Lalaoui. S. « *Prolifération du stress professionnel à l'ère de la Covid-19* », *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 2020, « Volume 2 : Numéro 3 » pp : 200- 220.

Dautun.C, Tixier.J, Chapelain.J, Fontaine.F, Dusserre.G. « *Le traitement de l'incertitude en gestion de crise : mise en place d'une veille stratégique du territoire* ». *Colloque de maîtrise des risques et sûreté de fonctionnement "Risques et performances"*, 2006, pp.6.

Desgourdes C., Leroy D., « *Mesure de l'influence du sensegiving sur l'engagement au travail des salariés en période de changement organisationnel* », XXVIIIe Conférence Internationale de Management Stratégique, Juin, Dakar, Sénégal.

Duarte.A-P., « *Les situations de crise à l'hôpital: défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance?* ». Education. 2014.

Fall.I. « *Une crise peut en cacher une autre : comprendre la crise du management pour comprendre la crise sanitaire du coronavirus. Quelques pistes de refondation du management* », *Question(s) de management*, vol. 29, no. 3, 2020, pp. 61-69.

Frimousse.S, et Peretti.JM, « *Les changements organisationnels induits par la crise de la Covid-19* », *Question(s) de management*, vol. 29, no. 3, 2020, pp. 105-149.

Lakhdar, Motia.E. « *L'impact de l'engagement organisationnel et du sensemaking collectif sur la résilience de l'organisation en milieu associatif ; une analyse à travers le prisme du contrat psychologique* », *Question(s) de management*, vol. 29, no. 3, 2020, pp. 23-36.

Legido-Quigley, H. et al., 2020. « *The resilience of the spanish health system against the covid-19 pandemic* », *Lancet public health*, 2020.

Rochet.C, Olivier.K, « *La crise comme stratégie de changement dans les organisations publiques* », *La Revue des Sciences de Gestion*, 2007, p13 à 22.

Talbo.D, « *La dimension politique dans l'approche de la proximité* », *Géographie, économie et société*, Vol.12, 2010, pages 125 à 144.

Vignal.J. « *Les managers de proximité et les changements : quels sont les difficultés, les rôles et les comportements des Chefs de groupe face aux changements organisationnels ?* ». *Gestion et management*, 2011.

Wadi.T, Elkadiri.I. « *Sensemaking et bien-être dans le contexte de changement organisationnel* », *Question(s) de management*, vol. 13, no. 2, 2016, pp. 73-85.

### **Webographie :**

Site internet de l'université de Toulon : « Crise sanitaire, adaptation et innovation », consulté le 03 août 2021 : <https://www.univ-tln.fr/Crise-sanitaire-adaptation-et-innovation.html>

Site internet du Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

Site internet de Santé Publique France, consulté le 10 août 2021 : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

Site internet de l'ARACT, consulté le 15 juillet 2021 : <https://normandie.aract.fr/les-dossiers-de-l-aract/qualite-de-vie-au-travail/qualite-de-vie-au-travail---de-quoi-parle-t-on.html#>

Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, consulté le 10 août 2021 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

Site internet de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, consulté le 10 août 2021 : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

## **Rapports :**

Dumez.H, Minvielle.E, « *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19* », UMR CNRS, 2020 , 90 pages.

Espace de Réflexion Ethique d'Ile-de-France, « *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillants des citoyens âgés* », Document repère remis à la Ministre déléguée en charge de l'autonomie, janvier 2021.

Lartail.M, Siben.C, Bettinelli.B, « Perspectives de développement du télétravail dans la fonction publique », Rapport remis au ministre du Budget, des Comptes Publics, de la Fonction Publique, 15 juillet 2011.

## **Avis, recommandations et documents officiels :**

Académie nationale de médecine, Communiqué « Suivi des soignants impliqués dans la prise en charge de la Covid - 19 », 8 juin 2020.

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle, 19 juin 2013.

## **Enquêtes :**

Fédération Hospitalière de France, « *Les ressources humaines face à la seconde vague Covid-19* », novembre 2020.

## **Textes juridiques :**

Article L.1222-9 et suivants, Code du Travail.

Loi sur la précarité dans la fonction publique adoptée le 12 mars 2012.

Loi du n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. Journal officiel du 24 mars 2020.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002.

---

## Liste des annexes

---

Sommaire des annexes .....	I
Annexe 1 : Grille d'entretien cadres / directeurs .....	II
Annexe 2 : Grille d'entretien des professionnels .....	IV
Annexe 3 : Exploitation quantitative des entretiens .....	VI
Annexe 4 : Exploitation qualitative des entretiens (analyse thématique) .....	I bis
Annexe 5 : Retranscriptions de trois entretiens .....	I ter

## A) Annexe 1 : Grille d'entretien cadres / directeurs

- ➔ L'objectif de cet entretien est d'interroger les cadres et directeurs pour recueillir leur ressenti durant de la crise COVID sous un angle QVT / accompagnement des professionnels.

L'idée est de dresser un bilan de la période de crise, mais aussi de porter un regard sur les pratiques à améliorer ou encore à développer pour manager la sortie de crise.

### **GRILLE D'ENTRETIEN :**

Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours au sein de la structure ?

#### ➔ **INTENSITE ET COMPLEXITE DU TRAVAIL**

Pendant la période de crise comment décririez-vous l'intensité et la charge de travail ? Et des professionnels ?

Avez-vous le sentiment que les consignes étaient suffisamment claires pour les professionnels ? Et pour vous ?

Comment avez-vous réussi à mettre en place une ligne décisionnelle claire ?

#### ➔ **HORAIRES DE TRAVAIL DIFFICILES**

Vos horaires de travail ont-ils évolués pendant cette période ? Comment ?

Pensez-vous que l'organisation eu un impact sur la conciliation vie personnelle et professionnelle des professionnels ?

#### ➔ **EXIGENCES EMOTIONNELLES**

Les changements d'organisation du travail ont-ils été sources de tension entre vous et les professionnels ? Les résidents ? Leurs familles ? Avez-vous des exemples ?

Comment avez-vous accompagné ces situations de tensions ?

#### ➔ **AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL**

Pendant cette période, comment évalueriez-vous l'autonomie des professionnels ? Avez-vous mis en place des actions pour développer leurs compétences ?

Aviez-vous des marges de manœuvre dans la prise de décision ?

*A votre avis : il y a-t-il des méthodes à conserver en ce qui concerne les réorganisations post-crise ?*

### ➡ **RAPPORTS SOCIAUX AU TRAVAIL**

Quel rapport avez-vous entretenu avec votre équipe ? Votre hiérarchie ? Avez-vous un exemple ?

La crise a-t-elle modifiée les liens entre les professionnels et l'encadrement ?

*A votre avis : qu'est-ce qu'il serait intéressant de conserver pour améliorer les liens sociaux entre professionnels et encadrement ?*

### ➡ **CONFLITS DE VALEUR**

Considérez-vous que la crise a eu un impact sur la qualité de l'accompagnement ?

*A votre avis : quelle pratiques doivent être conservées et développées en matière d'accompagnement ?*

### ➡ **INSECURITE DE L'EMPLOI ET DU TRAVAIL**

Avez-vous ressenti un sentiment d'insécurité quant aux changements d'organisations opérées dans le cadre de la crise ?

Avez-vous ressenti le soutien de la direction ?

- Si oui de quelle façon ?
- Si non, pourquoi ? Qu'auriez-vous apprécié ?

### ➡ **CONCLUSION**

En tant que manager, avez-vous ressenti un impact de la crise, après la crise dans la gestion des projets et la dynamique d'équipe ?

Quelle est la vision de votre métier ?

- Avant la crise.
- Pendant la crise.
- Après la crise.

Quelles pratiques et organisations pensez-vous qu'il faut conserver post-crise ?

Je vous remercie pour vos réponses.

## **B) Annexe 2 : Grille d'entretien professionnels**

- ➔ L'objectif de cet entretien est d'interroger les professionnels pour recueillir leur ressenti durant de la crise COVID sous un angle QVT en reprenant les catégories de risques psycho-sociaux.

L'idée est de dresser un bilan de la période de crise, mais aussi de porter un regard sur les pratiques à améliorer ou encore à développer pour manager la sortie de crise.

### **GRILLE D'ENTRETIEN :**

Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours au sein de la structure ?

Pouvez-vous décrire une journée type lors de la période de crise ?

#### **➔ INTENSITE ET COMPLEXITE DU TRAVAIL**

Pendant la période de crise comment décririez-vous l'intensité et la charge de travail ?  
Comment a-t-elle évolué ?

Les consignes étaient-elles suffisamment claires pour que vous puissiez accompagner les résidents de façon optimale pendant cette période ?

#### **➔ HORAIRES DE TRAVAIL DIFFICILES**

Vos horaires de travail ont-ils évolués pendant cette période ? Comment ?

Ces changements vous ont-ils convenu ?

Votre travail a-t-il eu un impact sur la conciliation entre votre vie personnelle et professionnelle ?

#### **➔ EXIGENCES EMOTIONNELLES**

Les changements d'organisation du travail ont-ils été sources de tension avec vos collègues ? Les résidents ? Leurs familles ? Avez-vous des exemples ?

Qu'avez-vous ressenti face à ces situations de tensions ?

#### **➔ AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL**

Cette période vous a-t-elle permis de développer de nouvelles compétences professionnelles ? Lesquelles ?

Aviez-vous des marges de manœuvre pour réaliser votre travail ? Etiez-vous consulter dans les changements d'organisation de travail ?

*A votre avis : il y a-t-il des méthodes à conserver en ce qui concerne les réorganisations post-crise ?*

### ➡ **RAPPORTS SOCIAUX AU TRAVAIL**

Quel rapport avez-vous entretenu avec vos collègues durant cette période ? Avez-vous un exemple ?

La crise a-t-elle modifiée les liens entre les professionnels et l'encadrement ? Et la direction ?

*A votre avis : qu'est-ce qu'il serait intéressant de conserver pour améliorer les liens sociaux avec vos collègues ? Et pour maintenir le lien avec l'encadrement ?*

### ➡ **CONFLITS DE VALEUR**

Considérez-vous que la crise a eu un impact sur la qualité de votre travail auprès des résidents ? Et sur votre façon de concevoir votre métier ?

*A votre avis : quelle pratiques doivent être conservées en matière d'accompagnement ?*

Avez-vous le sentiment que votre travail a été reconnu ? De quelle façon ?

*Rebondir sur le Ségur ?*

### ➡ **INSECURITE DE L'EMPLOI ET DU TRAVAIL**

Avez-vous ressenti un sentiment d'insécurité quant aux changements d'organisations opérées dans le cadre de la crise ?

Avez-vous ressenti le soutien de l'encadrement ? De la direction ?

- Si oui de quelle façon ?
- Si non, pourquoi ? Qu'auriez-vous apprécié ?

### ➡ **CONCLUSION**

Quelle est la vision de votre métier ?

- Avant la crise.
- Pendant la crise.
- Après la crise.

Quelles pratiques et organisations pensez-vous qu'il faut conserver post-crise ?

Je vous remercie pour vos réponses.

### **C) Annexe 3 : Exploitation quantitative des entretiens**

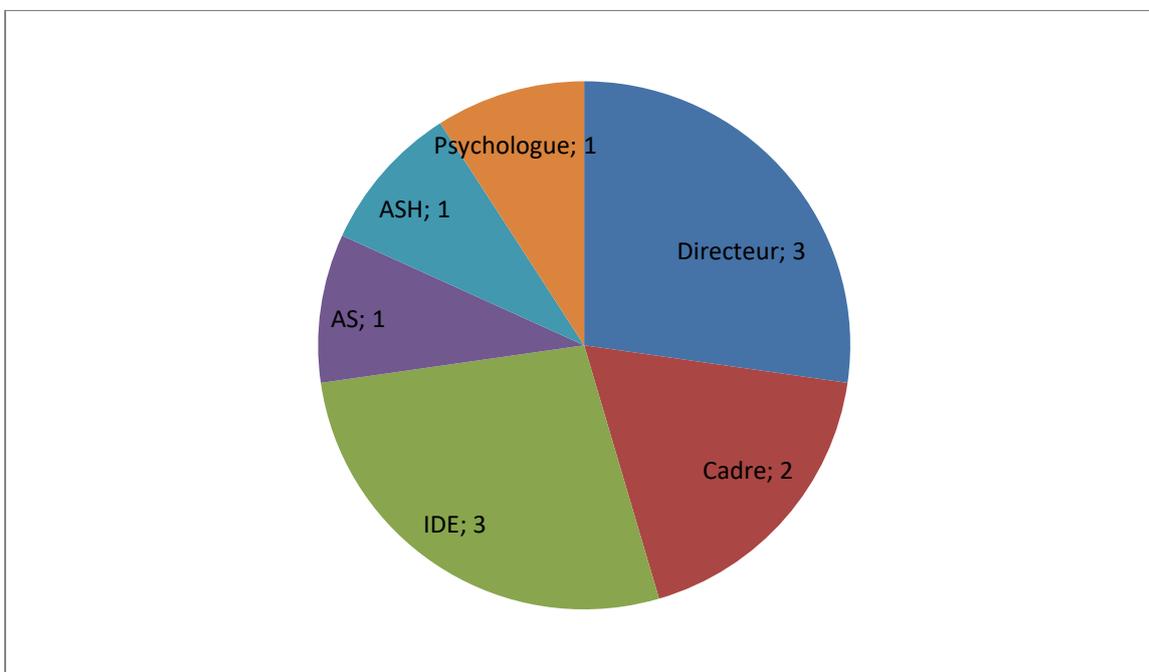
Les entretiens que j'ai réalisés auprès des directeurs, cadres de proximité et professionnels m'ont permis de dresser un bilan de la période COVID-19 et de recueillir le ressenti de mes interlocuteurs sur leurs pratiques professionnelles durant cette période.

J'ai décidé de reprendre les différents RPS afin d'orienter mes entretiens sous un angle QVT. L'idée est de partir de constats du quotidien pour analyser et questionner la pratique managériale pendant la crise COVID-19 tout au long de mon mémoire.

Cette exploitation quantitative a pour objectif d'identifier le nombre d'entretiens réalisés ainsi que les profils interrogés. J'ai également fait le choix d'interroger des professionnels dans différentes structures (EHPAD public, privé et associatif ; centre hospitalier) afin d'avoir des points de vue différents et en tirer une analyse plus large sur le sujet de management traité.

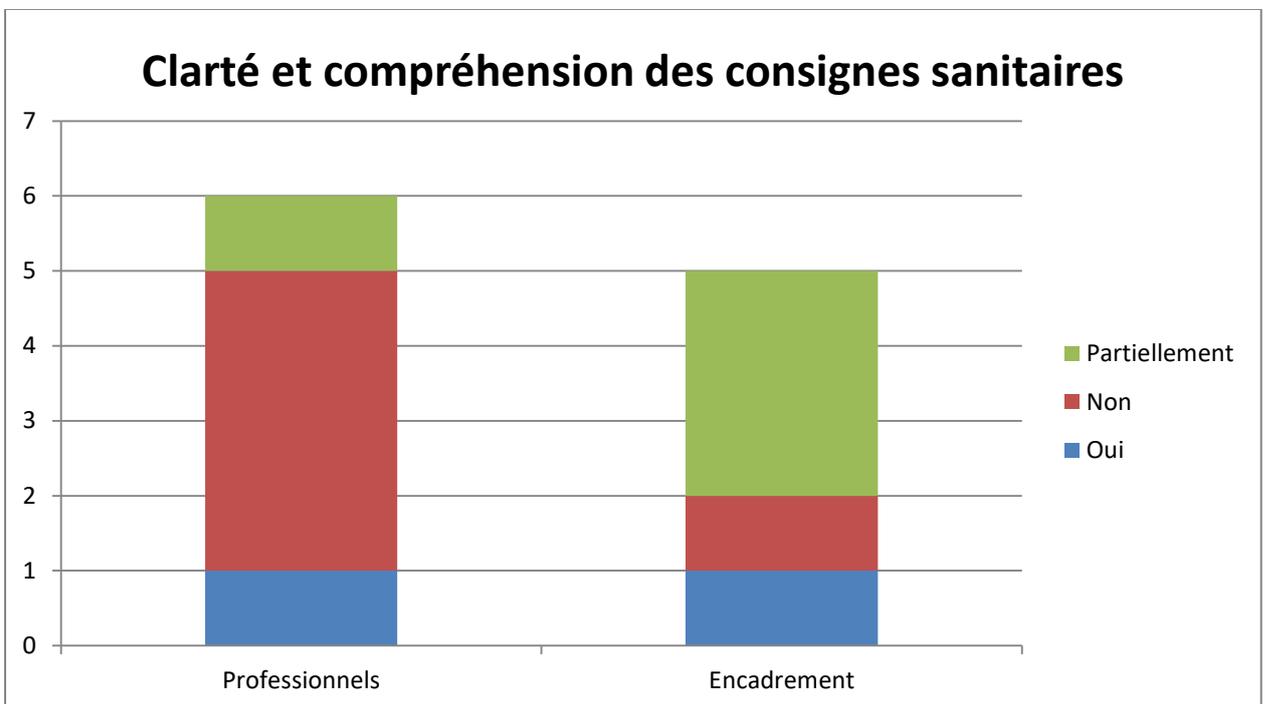
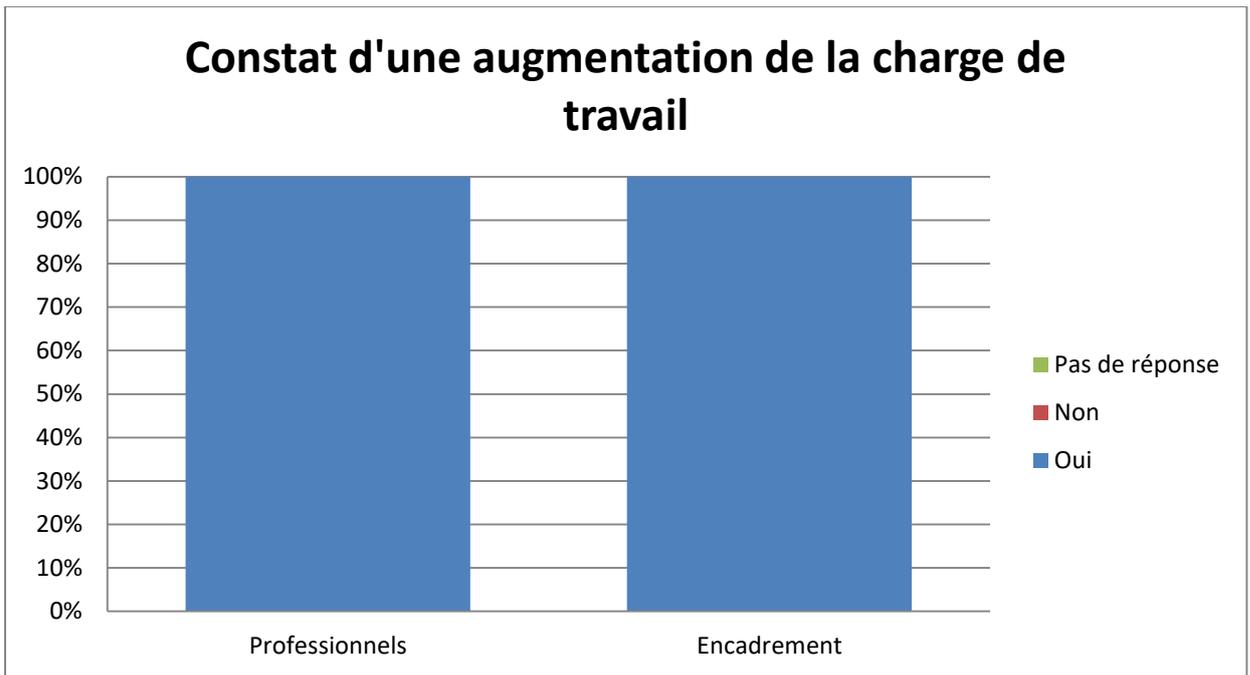
Enfin, cette exploitation quantitative reprendra également la tendance des réponses observées en fonction des thèmes abordés en mettant en comparaison les réponses des professionnels et de l'encadrement.

#### **Profil des personnes interrogées (11 entretiens) :**

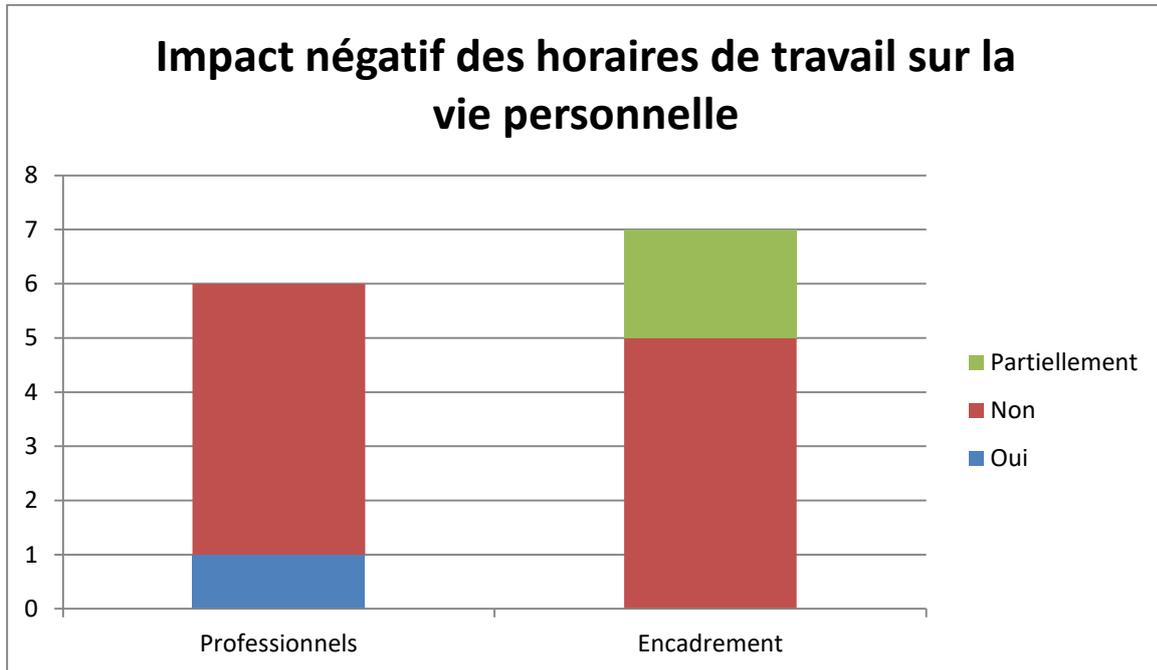


Fonction de la personne interrogée	Motif du choix	Lieu d'exercice
Directrice par intérim de l'EHPAD et DRH du CH, 3 ans	A pris l'intérim de l'EHPAD au début de la crise COVID A animé régulièrement les cellules de crise et géré les RH de la direction commune	Centre hospitalier et EHPAD public A
Directeur d'EHPAD, 3 ans	Peut faire une comparaison avant et pendant COVID de la situation de son établissement	EHPAD B associatif
Directrice d'EHPAD, 2 ans	A pris ses fonctions peu de temps avant le début de la crise	EHPAD C public autonome
Cadre de santé EHPAD, 2 ans	A contribué à l'ouverture de l'unité spécialisée à la prise en charge du COVID au sein de l'EHPAD A exercé des missions transversales de gestion de crise sur l'ensemble de l'établissement	EHPAD A
Cadre de santé, 7 ans	S'interroge sur les questions éthiques et sur les impacts de la crise sur l'accompagnement des résidents	USLD de l'hôpital D
IDE au pool en courts et longs séjours gériatrique, 4 ans	Apporte la vision des services sanitaires	Hôpital D
IDE, 1 an	Jeune diplômée, première expérience en EHPAD	EHPAD privé E
IDE, 5 ans		EHPAD public F
Psychologue, 5 ans	Est spécialisée en neuropsychologie. A réalisé le suivi psychologique des familles et des résidents pendant la crise.	EHPAD public A
AS, 6 ans	A exercé en UVP Est devenu responsable du service animation dans un autre EHPAD après la première vague (côté manager).	EHPAD public G
ASH bionettoyage, 11 ans	A été au centre de l'évolution des mesures d'hygiène renforcées pendant la crise.	EHPAD public G

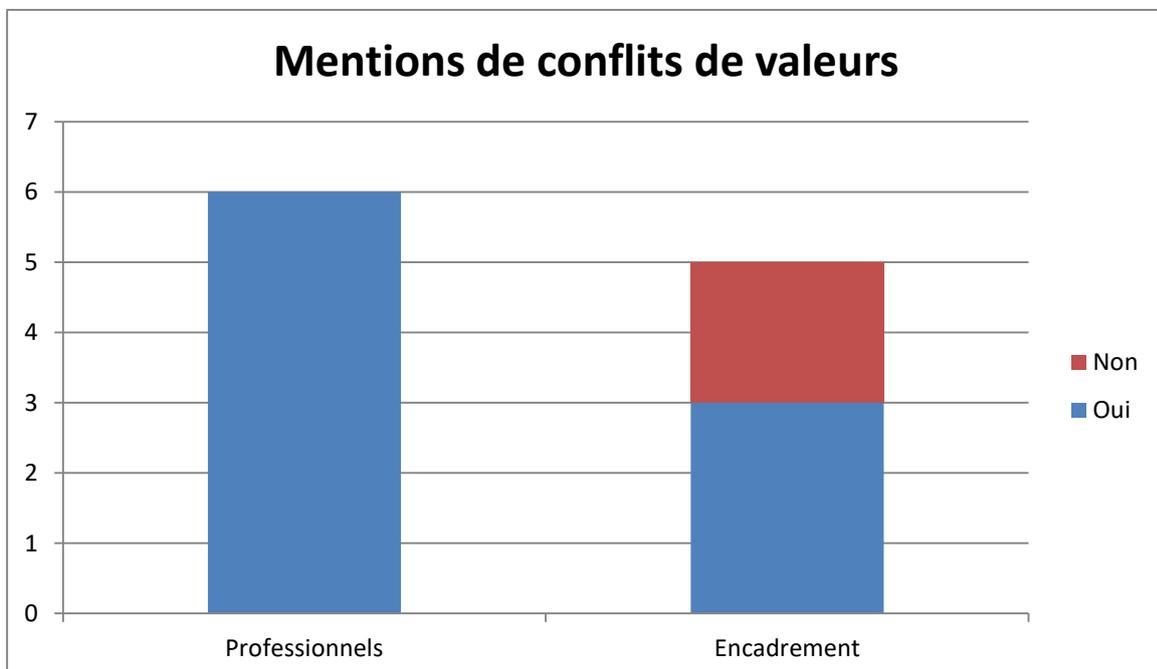
**Thème : Intensité et complexité du travail**



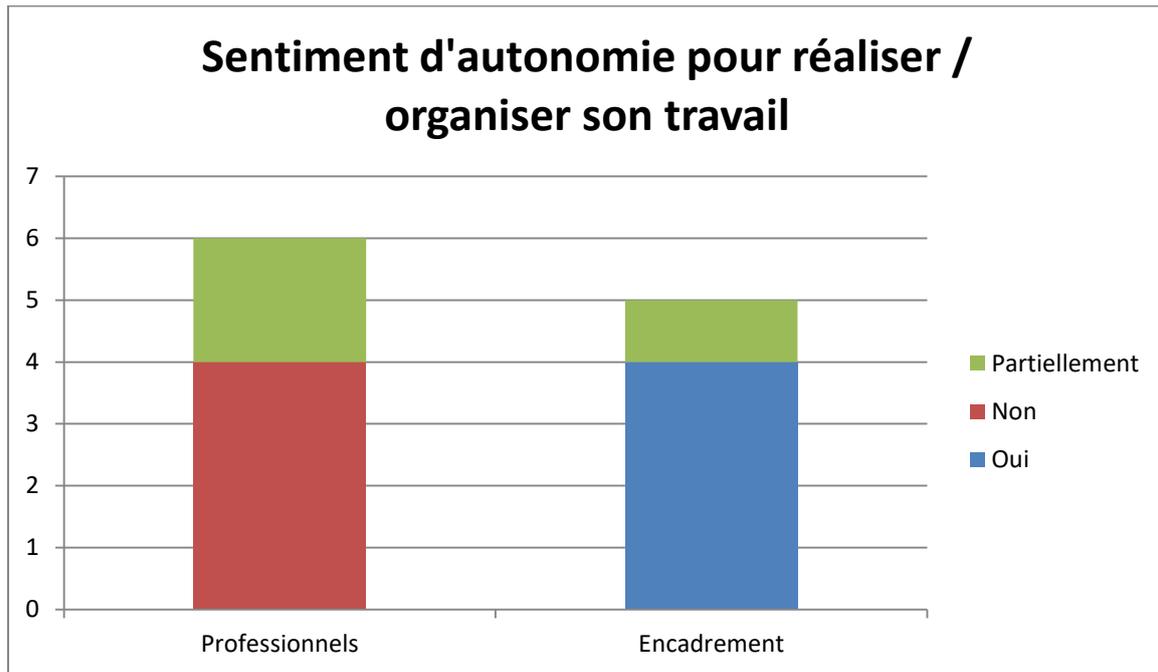
**Thème : Horaires de travail difficiles et conciliation de la vie professionnelle et personnelle**



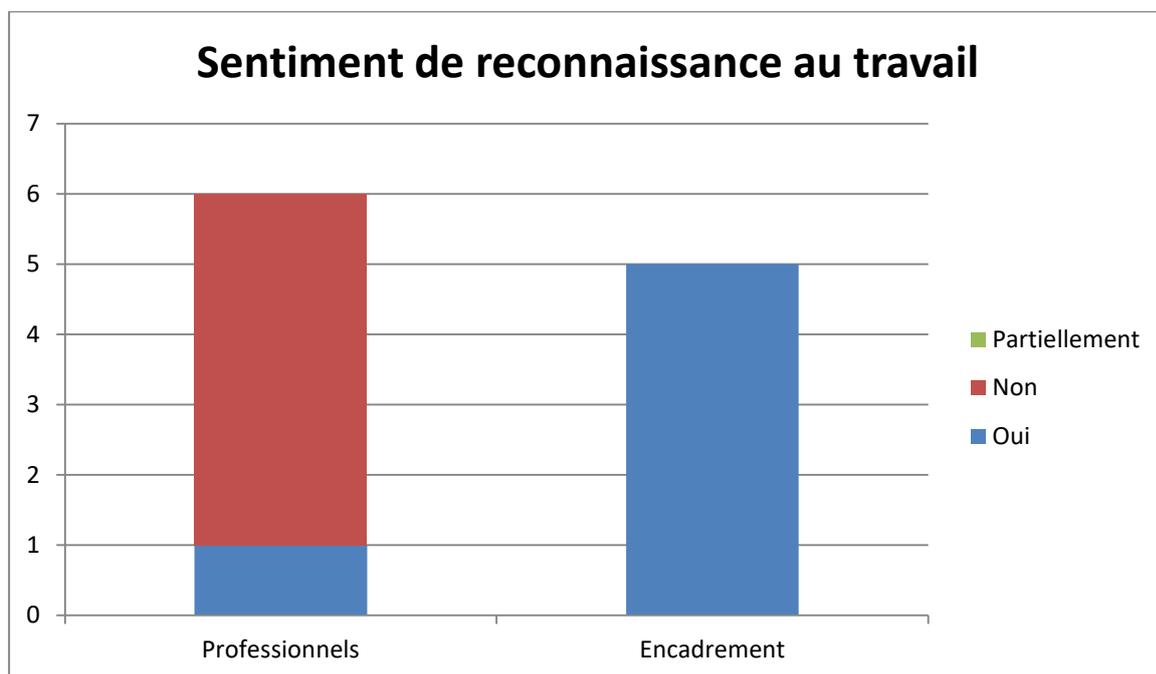
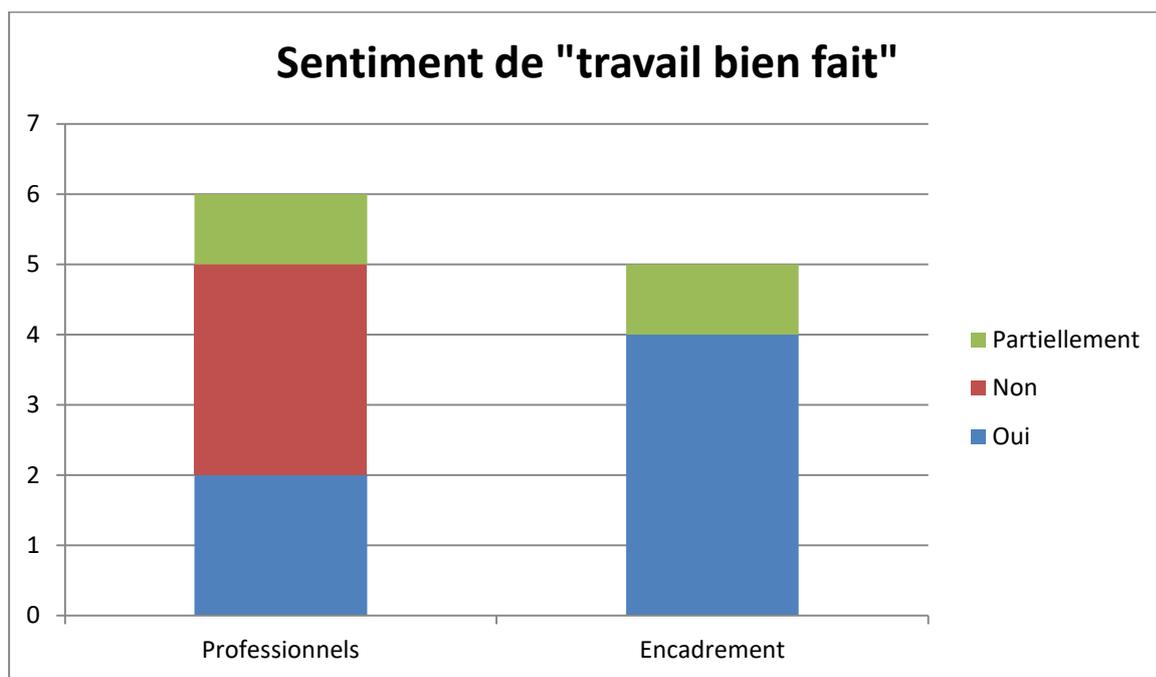
**Thème : Exigences émotionnelles**



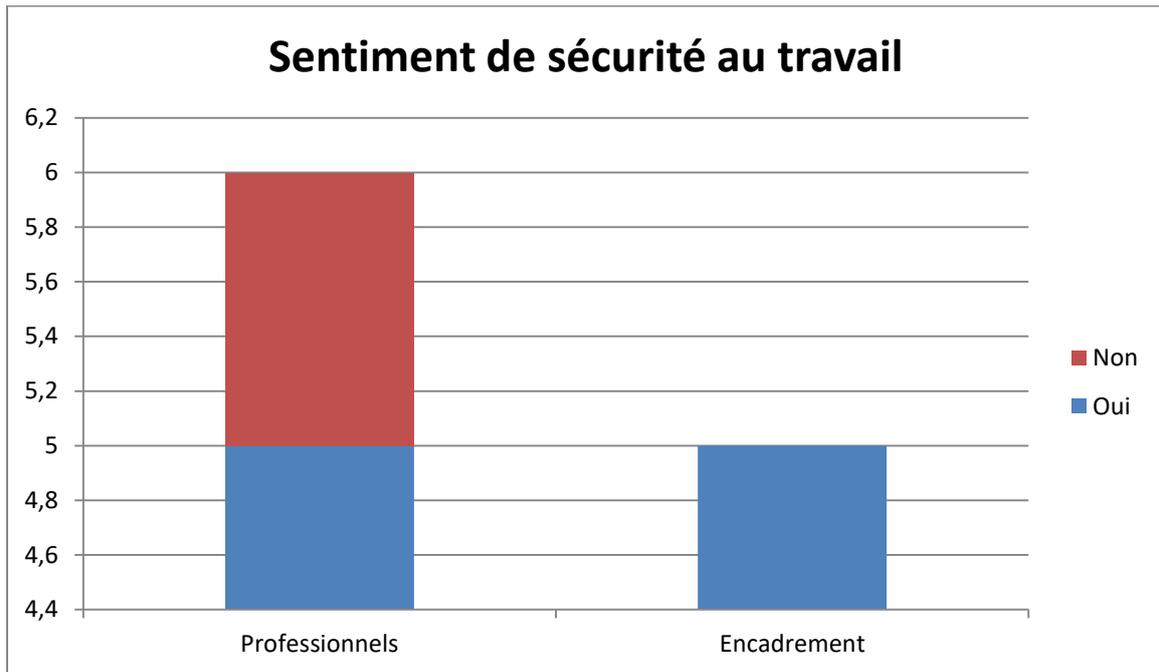
**Thème : Autonomie dans le travail**



## Thème : Rapports sociaux au travail



**Thème : Insécurité de l'emploi et du travail**



#### **D) Annexe 4 : Exploitation qualitative des entretiens (analyse thématique)**

Afin d'exploiter le matériel issu de mes entretiens, j'ai décidé de réaliser une analyse qualitative par thème abordé. Chaque sujet mentionné dans les entretiens sera retranscrit au sein des tableaux synthétiques ci-dessous. Lorsqu'une « croix » apparaît en face de la personne interrogée, cela signifie que cette personne a évoqué ce sujet. Les verbatim correspondants seront également retranscrits afin de rester au plus proche du discours des personnes interrogées, sans biais d'interprétation.

## Thème 1 : Intensité et complexité du travail

Personne interrogée	Augmentation de la charge de travail	Complexité / incompréhension des consignes	Disponibilité des ressources / Renforts accordés	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A	X		X	« Il y avait quelques consignes qui permettaient en tout cas de s'appuyer sur un document et d'encadrer certaines pratiques » « on essayait de maintenir leur repos et leur période de congés »
Directeur d'EHPAD B	X	X		« On recevait les infos la veille pour le lendemain, c'était compliqué à entendre pour les équipes et surtout à expliquer »
Directrice d'EHPAD C	X	X		« Nous avons aucune ressource médicale, je devais appeler les établissements à côté pour m'aider » ; « On a pas mal galéré pour avoir des EPI, pendant longtemps ».
Cadre de santé EHPAD A	X		X	« les vannes étaient ouvertes si je peux dire » ; « nous avons un confort de travail qu'on ne retrouve plus en post crise. Nous avons des ressources à disposition et de façon plus volontaire » « le lien était plus opérationnel avec la Direction » ; disponibilité de la direction qu'on ne retrouve plus en temps normal » « il y avait plus de personnels mais surtout car c'était une période un peu d'euphorie »
Cadre de santé USLD hôpital D	X	X	X	« quand j'appelais [les agents], jamais eu de soucis, tout le monde est toujours revenu quand il y avait besoin mais après voilà c'est une question de confiance entre les cadres et les agents » « Les procédures sont compliquées, il faut s'habiller, mais ça aussi au niveau organisation, à quel moment je dois m'habiller, me déshabiller, si j'ai vu quelque chose dans une chambre, comment faire ? »

IDE au pool hôpital D	X	X	X	« les informations, on ne les avait pas toujours en temps et en heure, il y a des services qui ont dû improviser des restrictions » « c'était la charge de travail, on était épuisé, mais vraiment épuisé » « Bon là satisfaction c'est que niveau matériel on n'avait pas à se plaindre »
IDE EHPAD privé E	X	X	X	« On a eu rapidement du matériel pour s'habiller et se protéger, c'était appréciable »
IDE EHPAD F	X	X		« C'était ordres et contre-ordres donc pas facile à suivre » « J'ai senti que c'était tendu quand toutes mes collègues sont tombés malades et que personne pouvaient venir travailler »
Psychologue EHPAD A	X		X	« j'ai eu une collègue qui arrivait à mi-temps qui était venu un petit peu aider pendant que moi j'étais dans les services »
AS EHPAD G	X	X		« J'ai trouvé que les consignes étaient inhumaines et non applicables à des résidents en UVP »
ASH bionettoyage EHPAD G	X			« On a du nettoyer encore plus que d'habitude » « Je connaissais déjà les produits et pourquoi on les utilisaient, donc ça a été pour les consignes »

## Thème 2 : Horaires de travail et vie personnelle

Personne interrogée	Evolution des horaires de travail personnels	Adaptation de l'organisation de travail	Pas d'impact notable sur la vie personnelle	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A	X	X	X	« D'abord, on faisait des gros horaires, on faisait du 8h-22h parfois jusque minuit en période de déménagement » « avec ma casquette DRH, j'ai vraiment essayé de maintenir le plus possible un rythme de travail qualitatif »
Directeur d'EHPAD B	X	X		« C'était compliqué car mon épouse était en télétravail et moi je rentrais très très tard au tout début de la crise » ; « Les agents ne disaient rien, ils étaient contents de venir travailler pendant le confinement *rires* »
Directrice d'EHPAD C	X	X	X	« On a tous passer beaucoup de temps au travail » ; « les équipes ne comptaient pas leurs heures, j'avais du mal à les faire partir ».
Cadre de santé EHPAD A	X	X	X	« je vous dirais que c'était peut-être les 15 premières semaines où je quittais à pas d'heure » « C'est vrai que certains étaient même contents parfois de venir travailler pendant que tout le monde était confiné. Il y avait une réelle dynamique et ambiance propice au travail »
Cadre de santé USLD hôpital D	X	X		« au niveau de la réorganisation du travail des plannings dans n'importe quel contexte que ce soit de crise ou autre, si on doit effectivement revoir des plannings en urgence on fait appelle souvent aux agents »
IDE au pool hôpital D	X	X	X	« la crise est arrivée de manière très soudaine, donc on n'était pas assez préparé, du coup on a dû très très vite se réorganiser en équipe » « y en a qui faisait les 12h du coup on a pu s'en sortir de cette manière-là »
IDE EHPAD privé E	X	X	X	« On est passé en 12h sur tout l'EHPAD pour mieux prendre en charge les résidents, c'était une demande de notre part » ; « on aimerait bien rester sur cette

				organisation » « Je préférais venir travailler tous les jours que de rester confiner seule à la maison »
IDE EHPAD F	X	X		« je me suis demandée si j'avais pas une de mes collègues qui allait craquer » « ça n'a pas été très comme décision pour le planning et les réorganisations mais en même temps, c'est le boulot du cadre »
Psychologue EHPAD A	X	X	X	« je me suis pas rendue compte, j'arrivais le matin et je pense que je me laisser glisser par ma journée quoi et sans me rendre compte forcément » « dans ma vie personnelle moi mon mari était à la maison en télétravail mes enfants étaient à la maison j'avais aucune question à me poser »
AS EHPAD G	X	X	X	« Alors ça m'a demandé beaucoup plus de travail mais à la limite j'étais mieux au travail qu'à la maison ça ne m'a pas dérangé »
ASH bionettoyage EHPAD G			X	« Ce qui était bien c'est que des bénévoles étaient venus nous aider pour nettoyer les parties communes » ; « quand les bénévoles sont partis ça a été aussi ».

### Thème 3 : Exigences émotionnelles

Personne interrogée	Impact sur l'accompagnement des résidents	Situations de tensions professionnels / encadrement	Apparition de questionnements éthiques	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A	X		X	« Je pense que cela a été violent chez les résidents parce qu'on les a déménagé du jour au lendemain sans qu'ils aient vraiment pu être informé la première fois.» « j'ai trouvé qu'on a pas eu de grosse tension avec les équipes. En même temps, nous allions constamment communiquer » « La question de la fin de vie est aussi arrivée quand nous avons sanitarisé une unité complète avec la question sur l'intérêt du transfert en réanimation »
Directeur d'EHPAD B		X	X	« On a rapidement mis en place un groupe de paroles pour répondre aux questionnements éthiques des professionnels » ; « on a trouvé beaucoup de professionnels en souffrance face à certaines situations »
Directrice d'EHPAD C	X	X		« Les professionnels ont rapidement exprimé un mal-être face aux consignes sanitaires qui s'imposaient » ; « « les soignants aussi sont tristes il y a eu une grande phase de deuil, certains services ont été décimés » »
Cadre de santé EHPAD A	X	X	X	« Je pense que pour les résidents ça a été un vrai chaos. Pareil pour les familles car je pense que le COVID a coupé de nombreux liens sociaux » « Je pense que la pratique qui a le plus heurté et la prise en charge des personnes décédées atteintes du COVID. La consigne était la même pour tout le monde mais ça a été très dur qu'on ne puisse pas autoriser la famille à venir les voir » « Lorsque nous sommes revenus à des organisations normales en post-crise, cela a généré un peu de tension envers les encadrants »
Cadre de santé USLD hôpital D		X		« Des gens qui se sont arrêtés pas parce qu'ils étaient contaminés, mais par peur d'être contaminés, du coup ça a créé beaucoup de tensions »

IDE au pool hôpital D	X	X	X	« au moment où il fallait que les soignants qui d'un service non covid, devait aller en service COVID. Il ne voulait pas venir travailler, une réflexion et cela pouvait créer des étincelles »
IDE EHPAD privé E	X		X	« On a dû enfermer certains résidents dans leurs chambres, c'était compliqué humainement »
IDE EHPAD F	X	X	X	« Des boîtes qui disparaissaient comme par magie notamment. Donc certaines s'accusaient entre elles »
Psychologue EHPAD A	X	X	X	« on a traversé une période où tout le monde était triste enfin les résidents n'ont pas vu un visage depuis un an et demi car nous sommes masqués » « je me suis aperçu que y avait des tensions entre les équipes de secteurs traditionnels et le secteur COVID, quand ils sont revenus dans leur service, les tensions sont » « on n'avait pas forcément les infos, pas de manière officielle à tout le monde, du coup les premiers temps ont sentaient aussi les divisions, au départ c'était les cadres qui avaient le droit de savoir nous rien au début ».
AS EHPAD G	X		X	« Il y a eu justement une solidarité parce que là on avait intérêt d'aller toutes dans le même sens. C'était une équipe qui communiquait, ça a vraiment renforcé les liens »  « Non franchement l'encadrement de proximité top parce que je pense qu'il vivait la crise en même temps que nous et ils avaient les mêmes les mêmes difficultés »
ASH bionettoyage EHPAD G		X		« On se serait les coudes au début, mais après y'a eu plein d'arrêt maladie pour rien donc on en avait marre que la cadre ne dise rien » ; « c'est toujours les mêmes qui bossaient ».

## Thème 4 : Autonomie dans le travail

Personne interrogée	Initiative et association des équipes pour organiser le travail	Mise en place d'un lien opérationnel avec la direction	Créativité pour améliorer l'organisation	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A		X	X	« Leur autonomie était encadré par des consignes et recommandations nationales » « Des choses plus innovantes que d'habitude, comme les capsules vidéos de formation à destination des professionnels »
Directeur d'EHPAD B		X		« Au début nous avons été très directif, il fallait agir vite » « J'allais tous les jours dans les services pour faire un debrief des nouvelles mesures et pour appuyer le cadre »
Directrice d'EHPAD C	X	X		« Nous avons parlé des nouvelles organisations aux transmissions avec la cadre, les équipes donnaient leur avis et nous on tranchait »
Cadre de santé EHPAD A	X	X	X	« Les équipes étaient motivées et volontaires tout de suite pour dire : "le matin le tour faudrait qu'on le fasse comme ça peut être que l'aide-soignante faudrait qu'elle travaille avec nous". C'est elles qui ont fait l'organisation » « Nous avons mis en place des capsules vidéos sur le port du masque ou encore le lavage des mains qui était réalisée à destination des professionnels »
Cadre de santé USLD hôpital D	X	X		« Les rapports direction, enfin hiérarchique direct du cadre de santé avec les équipes, je pense pas qu'elle ont changé parce qu'ils se sont renforcés. Avec les professionnels c'était plutôt participatif dans la gestion du quotidien »
IDE au pool hôpital D		X		« Mais n'empêche qu'on avait des réunions d'informations pour nous dire comment évoluent les choses, comment il faut s'y prendre » "Je ne sais pas s'il faut dire rapprocher ou pas. Je ne saurais pas m'exprimer. Il y

				a eu un lien d'humanité qui s'est créé entre nous"
IDE EHPAD privé E	X		X	« La direction nous a consulté pour savoir ce qu'on pesait d'une organisation en 12h, on était ok ». « Pour organiser le service on voyait ça avec la cadre ou même entre nous, on faisait preuve de bon sens quoi ».
IDE EHPAD F		X		« Oui comme je vous disais avec le cadre, il n'y a eu aucun souci, toujours dans l'échange, toujours là si on avait des questions. La direction, bah euh... la direction a été là aussi »
Psychologue EHPAD A		X		« c'est surtout cette proximité bah vous avoir vous, voir Madame X enfin je trouve que ça c'était quand même hyper confortable d'avoir un membre de la direction toujours présent pour répondre à nos questions»
AS EHPAD G		X		« Ils nous faisaient remonter des ordres qu'ils ne comprenaient pas eux même parfois » « Nous sommes des exécutants tout de même, mais on peut dire que pendant la crise il y a eu plus de dialogue qu'avant. »
ASH bionettoyage EHPAD G				« On faisait ce que la cadre nous demandait de faire c'est tout ».

## Thème 5 : Rapports sociaux au travail

Personne interrogée	Sentiment de solidarité	Décloisonnement des rapports professionnels / cadre / direction	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A		X	« on a mis en place de nouvelles procédures qui ont permis aux cadres de santé de trouver de nouveaux liens avec les équipes et de retrouver leur fonction d'accompagnement, un peu plus sur le terrain et avec des fonctions de contrôle un peu plus développées. »
Directeur d'EHPAD B	X	X	« Les équipes ont apprécié qu'on se déplace souvent dans les services, personnellement je n'avais plus l'habitude de la faire, maintenant je continue »
Directrice d'EHPAD C		X	« Les cadres sont plus sur le terrain avec les équipes » ; « de mon côté je vais plus souvent aux transmissions pour appuyer le discours des cadres et répondre aux angoisses des équipes en direct »
Cadre de santé EHPAD A	X		« Complètement, alors plus de marge oui parce que pendant la crise comme il y avait cette solidarité surtout niveau RH et service support (magasin etc..)et une certaine réactivité nous avions toutes les ressources pour travailler » « Je n'ai pas l'impression que les rapports soient toujours décloisonnés. Nous avons perdu en autonomie » « juste la remarque est que ce qu'on a réussi à faire pendant la crise on ne sait plus le refaire mais peut-être parce qu'on est retourné dans notre modèle qui est incrusté depuis des décennies »
Cadre de santé USLD hôpital D	X		« il y avait aussi de la solidarité comme les agents qui revenaient alors qu'ils avaient des vacances pour soulager leurs collègues »
IDE au pool hôpital D	X		« Petit à petit, les tensions ont disparu et c'était plutôt la cohésion d'équipe. On a commencé à vivre les meilleurs moments malgré la pandémie. On était tous main dans la main, unis » « c'est très compliqué qu'ils puissent avoir un créneau pour chaque service, y'en a tellement. Il y a les obligations directionnelles. Je n'ai pas la solution, peut-être organiser une journée par mois pour voir les agents »

IDE EHPAD privé E	X		« On a tous travaillé ensemble et je trouve que ça se perd en ce moment on est revenu sur la situation avant le COVID ».
IDE EHPAD F	X	X	« Oui, oui oui il y a eu cette solidarité entre collègues. Et puis même on réfléchissait ensemble à des solutions » « pour des raisons sanitaires, on évitait les allers/retours donc il y a eu des venues, pas tous les jours mais on sent que les liens étaient resserrés »
Psychologue EHPAD A	X	X	« Avant l'EHPAD c'était le truc au fond de l'hôpital, personne ne s'en souciait trop » ; « on a vu apparaître aussi des renforts d'agents ou des cadres de l'hôpital venir aussi en renfort, venir aider au déménagement »
AS EHPAD G	X		« Par contre le COVID a créé une solidarité d'équipe ça renforcer les liens dans l'équipe et renforcer aussi les liens avec les résidents qui n'avait justement plus de famille et de repères et là nous les soignants nous avons vraiment été leur bouée de sauvetage et leurs uniques figures d'attachement »
ASH bionettoyage EHPAD G	X		« On ne fait pas vraiment partie des équipes de soins d'habitude, mais là la cadre nous a vraiment regroupé pendant le COVID et on connaît mieux les filles des services ».

## Thème 6 : Conflits de valeur

Personne interrogée	Sentiment du « travail bien fait »	Changement de la vision du métier après le COVID	Des bonnes pratiques à conserver de l'expérience COVID ?	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A			X	<p>« il y a eu plein de réorganisation qui ont été faite à l'issue du COVID. Je ne sais pas si elles sont toutes en lien avec le COVID, elles sont surtout en lien avec l'impulsion que l'on veut donner aux organisations »</p> <p>« Je pense que la crise n'a pas fondamentalement changé la vision de mon métier. Je pense qu'on est des managers avant tout, on doit gérer des projets, c'est notre travail d'accompagner les équipes, d'amener une certaine rigueur, de se donner des objectifs par l'établissement »</p> <p>« Je pense que les cadres doivent avant tout rester sur le terrain. Ils doivent auditer régulièrement leurs organisations en menant des audits ciblés »</p>
Directeur d'EHPAD B			X	<p>« Je dirais conserver la démarche qualité, se remettre en question tout le temps pour s'améliorer »</p>
Directrice d'EHPAD C			X	<p>« Je pense que faire de la pédagogie en direct auprès des équipes est quelque chose qu'il faut conserver et de façon régulière »</p>
Cadre de santé EHPAD A		X	X	<p>« Pendant la crise j'ai ressenti ce rôle de manager de proximité. Après la crise, on est revenu à ce rôle d'intendance et de secrétaire »</p> <p>« Il faut garder le lien opérationnel, ça franchement je pense que c'est le plus important. Le lien entre le corps médical, la hiérarchie, l'encadrement, les professionnels de terrain »</p> <p>« créer une salle de lean management où par secteur suivre nos projets et</p>

				objectifs de façon régulière »
Cadre de santé USLD hôpital D			X	« Une relation avec tous les intervenants, que ce soit technique, les services économiques, une réactivité de tous. Il y avait vraiment une solidarité énorme avec tous les intervenants » « Il y a une communication qui n'existait pas avant »
IDE au pool hôpital D		X	X	« oui il y a plein de collègues infirmières qui ont été dégoûtées du métier » « Si on reparle de la tablette, c'est bien pour ceux qui ont des familles très loin »
IDE EHPAD privé E				
IDE EHPAD F	X	X	X	« Personnellement, si je peux parler comme ça, je suis fière d'avoir été là et d'avoir continué à exercer mon métier malgré les circonstances et la peur surtout » « Pour moi, ça a renforcé la vision que j'ai de mon métier » « : La qualité de l'accompagnement bah euh ... j'pense que l'on a fait du mieux que l'on pouvait » « l'esprit d'équipe ça c'est sûr. Et puis même tout le monde était arrangeant quoi ouais voilà ... »
Psychologue EHPAD A			X	« On a réussi à libérer la parole grâce aux groupes de soutien et de paroles, je pense qu'il faut le conserver à l'avenir ». « J'ai quand même gagné en en proximité avec les familles depuis cette crise voilà il y a eu aussi les groupes de parole qu'on a fait avec les familles »
AS EHPAD G	X	X		« on se sentait même coupable de ne pas faire partie cette crise parce que nous on était dans un cocon il ne se passait rien en fait. On continuait à vivre et à protéger les résidents. Je n'ai pas eu l'impression d'être la soignante qui a sauvé la crise » « Avant, machine à toilette. Pendant c'est vrai mais ce n'est pas que ça » « Une AS, elle travaille le relationnel, l'autonomie. Elle peut révolutionner un service, faire de l'animation » « La désinfection des portes, du matériel, des mains tout ça je pense que ça il faut le garder parce que bizarrement nous avons eu 0 cas de d'épidémie de gastro.»

ASH EHPAD G	bionettoyage	X		X	« J'ai l'impression d'avoir vraiment bien aidé pendant la crise, on a revu plein de procédures avec la cadre pour mieux travailler » ; « je ne sais pas peut-être plus être écouté par la direction et la cadre ».
----------------	--------------	---	--	---	--

### **Thème 7 : Insécurité de l'emploi et du travail**

Personne interrogée	Sentiment d'hostilité et/ou de peur	Disponibilité des experts et des ressources pour sécuriser les pratiques	Accompagnement et soutien de l'encadrement / direction	Verbatim correspondants
Directrice EHPAD A	X	X	X	« Il y avait la peur de la maladie et en même temps l'envie et l'intérêt de travailler dans ce type d'unité que nous avons médicalisé avec des renforts de médecins pour prendre en charge les résidents COVID » « Avant de mettre en place les unités COVID, on a fait un briefing avec les équipes comme j'avais fait sur le MCO. On a réuni toutes les personnes qui étaient volontaires pour participer à la prise en charge des résidents COVID »
Directeur d'EHPAD B	X	X	X	« Les professionnels ont surtout eu peur de la réaction de certains proches » ; « La direction a souhaité rencontrer l'ensemble des familles qui avaient un comportement agressif et insultant vis-à-vis des soignants »
Directrice d'EHPAD C			X	« Nous n'avions pas de ressource médicale, nous avons donc fait appel à l'établissement sanitaire le plus proche pour répondre à mes questions »
Cadre de santé EHPAD A		X		« Les personnes ressources qui étaient quand même assez dispo pour qu'on trouve un consensus pour sécuriser nos pratiques »
Cadre de santé USLD hôpital D	X	X		« Les agents avaient peur d'attraper la maladie » ; « de mon côté j'ai plutôt eu peur de la réaction des familles, mais j'essayais de ne rien montrer aux équipes ».

				« Le masque chirurgical seul portée 4h, après on nous a dit de le garder 12h00 parce qu'il n'en avait pas assez »
IDE au pool hôpital D		X		« Après on a aussi été accompagné par les infirmières hygiénistes qui nous ont guidés dans les procédures, les comportements du côté hygiène à avoir pour maximiser et éliminer au mieux le risque de transporter le COVID chez nous ou bien à nos à nos patients”
IDE EHPAD privé E	X			« Nous avons attendu longtemps avant d’avoir des masques, mes collègues avaient peur de contaminer leur famille ».
IDE EHPAD F	X			« il y a eu des arrêts par peur d’être contaminé ou de contaminer ses proches »
Psychologue EHPAD A	X		X	« pendant 10-15 jours voilà ça a été vraiment une peur je pense et puis après moi je pense que je me suis vraiment mis dans une bulle» « j'ai trouvé très agréable la proximité »
AS EHPAD G				
ASH bionettoyage EHPAD G	X	X		« j’avais peur de ramener le COVID chez moi » ; « le médecin est intervenu pour nous expliquer comment bien se servir du masque et j’ai beaucoup aimé »



## **E) Annexe 5 : Retranscriptions de trois entretiens**

### **Entretien 1 : Directrice par intérim de l'EHPAD A et DRH du CH rattaché.**

#### **Pouvez- vous vous présenter et me parler de votre parcours au sein de la structure ?**

Alors je suis arrivé en octobre 2017, DRH adjointe du CHU et en charge la DRH de X avec l'EHPAD de X de 280 résidents rattaché. Du coup pendant la crise à partir de fin mars début avril j'ai pris l'intérim de l'EHPAD en plus de la DRH. Depuis 2017 je me suis déjà pas mal occupée des EHPAD de la direction commune. J'avais toujours à cœur de mener des projets qui étaient à destination de tous les professionnels et de donner du sens à la direction commune. Que l'établissement support puisse réellement venir en appui des autres établissements tout en gardant les spécificités de chacun.

#### **Si on reprend la période de la crise, comment décririez-vous la complexité du travail dans le traitement de cette crise ?**

Tout d'abord, j'ai participé à la cellule de crise en tant que DRH quand nous avons eu les premiers cas de COVID au sien de l'EHPAD. Je n'ai pas tellement suivi car c'était Mr.X (ancien directeur de l'EHPAD) qui s'en occupait. Quand il est tombé malade, c'est moi qui ait repris donc je faisais tout le temps le lien avec la cellule de crise. Ce qui fait que toutes les décisions prises en cellule de crise je pouvais les décliner de façon opérationnelle mais sur un modèle de management plutôt directif. On a testé des organisations, on a fait le lien avec le médecin coordonnateur avec qui on s'entendait très bien et un retour vers l'encadrement pour qu'ils nous proposent des organisations et qu'on mette du personnel à disposition. L'idée était aussi que les cadres expliquent chaque décision, ce qu'on allait faire et demander aux équipes. On a passé les agents en 12h, on a mis des infirmières de nuit, des équipes dédiées pour les tests PCR. Il a fallu avoir une dynamique car c'était difficile pour les soignants de changer des résidents d'unité. Certains soignants étaient en unité COVID d'autres non. Il y avait la peur de la maladie et en même temps l'envie et l'intérêt de travailler dans ce type d'unité que nous avions médicalisé avec des renforts de médecins pour prendre en charge les résidents COVID. Les déménagements étaient durs aussi pour les équipes. Tout d'abord, c'était un travail physique mais il fallait aussi réapprendre les résidents. Cela a permis de remettre en place des nouvelles pratiques comme les fiches de suivi de l'autonomie qui ont été mises pour tous les transferts.

#### **Pour revenir sur la complexité du travail, est-ce que les consignes nationales qu'on recevait ont permis de décomplexifier le travail, d'y voir plus clair pendant cette période où on connaissait peu la maladie ?**

Devoir de réserve (\*rires\*). Décomplexifier pas forcément parce que y'avait beaucoup d'ordre et de contre-ordres. Il y avait quelques consignes permettaient en tout cas de s'appuyer sur un document et d'encadrer certaines pratiques. Même si la cellule de crise n'était pas toujours en accord avec ce qui était évoqué, notamment sur les dépistages, il fallait dépister 3 personnes pour considérer que tout le monde était positif. Les médecins n'étaient pas d'accord avec ce principe, il voulait qu'on teste tout le monde pour pouvoir isoler, séparer et assurer la surveillance des cas positifs. On avait des consignes qui évoluaient régulièrement et assez souvent.

#### **Comment la cellule de crise a décliné de façon opérationnelle ces consignes et les décisions prises ? Quelle pratiques pour décomplexifier ces consignes pour les équipes ?**

On avait un **médecin gestionnaire des risques** qui lisait très précisément les consignes pour qu'on les analyse en cellule de crise. Pour ma part, **j'animais** les réunions cadres sup tous les jours pour faire le point sur les dernières consignes et les organisations aussi bien sur le sanitaire que sur le médico-social et en lien avec le directeur de soins qui était partagé avec le CHU.

Concrètement on a mis en place des **lettres d'informations pour communiquer largement** à tout le personnel de l'établissement en étant le plus transparent possible. Aussi bien sur l'évolution des consignes, que sur le nombre de patients et de résidents atteints par la maladie.

### **En termes de charge de travail comment avez-vous vu évoluer cette charge ?**

D'abord, on faisait des grosses horaires, on faisait du 8h-22h parfois jusque minuit en période de déménagement.

Pour les professionnels, avec ma casquette DRH, j'ai vraiment essayé de **maintenir le plus possible un rythme de travail qualitatif**. Ils sont passés en 12h mais on essayait de **maintenir leur repos et leur période de congés**. On a vraiment essayé de ne pas les surcharger de travail.

### **Pensez-vous que les changements d'organisation de travail ont été sources de tension entre la direction et les professionnels ?**

J'ai envie de dire que c'est de la **conduite du changement**, donc il y a toujours des professionnels qui ne sont pas d'accord avec les organisations. Après je dirais pas que ça a été source de tensions. Pour certaines infirmières on a un peu râlé parce qu'elles avaient 4 résidents à prendre d'un côté parce qu'on avait fermé l'unité. Mais globalement j'ai trouvé qu'on a pas eu de grosse tension avec les équipes. En même temps, **nous allions constamment communiquer**, on allait dire les choses. Avant de mettre en place les unités COVID, on a fait un **briefing** avec les équipes comme j'avais fait sur le MCO. On a réuni toutes les personnes qui étaient volontaires pour participer à la prise en charge des résidents COVID dans les unités pour leur expliquer comment serait la prise en charge, quelles seraient les horaires, comment on organisera les soins, et les renforts apportés. Bien sûr on leur a **permis de poser toutes les questions**, ce qui a permis d'**éviter qu'il y ait une absence de connaissance des éléments**.

### **A votre avis, est-ce qu'on peut dire la même chose pour les résidents et les familles ?**

Alors on a pu faire le Conseil de la Vie Sociale (CVS) pour que les résidents et familles s'expriment. Je pense que cela a été **violent chez les résidents** parce qu'on les a déménagés du jour au lendemain sans qu'ils aient vraiment pu être informés la première fois.

**La deuxième fois on a vraiment essayé d'anticiper** en appelant les familles et en préparant les résidents. Je pense qu'au début ça a été un peu **chaotique** mais au fur et à mesure du temps c'était mieux organisé. On a fait des **lettres d'informations** aux familles, je pense quasiment toutes les semaines au moins. L'objectif était d'informer les familles sur ce qui se passait. Les médecins ont appelé **les familles pour faire les fiches LATA des résidents** qui étaient en unité COVID. Donc toutes les familles ont été informées. On a aussi décliné les lettres d'informations pour les résidents en les adaptant. On a essayé de communiquer largement, les familles nous ont fait un bon retour.

### **Sur un axe, autonomie dans le travail : Est-ce vous pensez que les équipes ont pu être force de proposition pendant cette période.**

Je ne sais pas car je n'étais pas assez près du terrain au début mais c'était quand même assez **directif**. Leur **autonomie était encadrée par des consignes et recommandations nationales**. En termes d'autonomie on a quand mis en place des choses **sur la formation sur cette période**. Des

choses plus innovantes que d'habitude, comme les capsules vidéos de formation à destination des professionnels. Elles étaient faites soit par les médecins, soit par d'autres professionnels pour expliquer comment on mettait les différents types de masques, les signes des problèmes respiratoires, les protocoles de désinfection et de bionettoyage. Les capsules étaient communiquées sur l'intranet et sur le site qualité de l'établissement.

Ca a plutôt bien marché et cela a aussi permis de remettre du sens clinique à l'accompagnement en EHPAD.

**Est-ce que vous pensez que la crise a modifié les liens qu'il y avait entre les professionnels, l'encadrement et la direction ?**

Je pense mais c'est difficile de répondre pour moi car je n'étais pas sur la direction avant la crise. En tout cas je pense qu'on a mis en place de nouvelles procédures qui ont permis aux cadres de santé de trouver de nouveaux liens avec les équipes et de retrouver leur fonction d'accompagnement, un peu plus sur le terrain et avec des fonctions de contrôle un peu plus développées.

Cela a créé des nouveaux liens, j'avais déjà l'habitude d'aller dans les unités sur le MCO et c'est peut-être une habitude qu'on avait plus. Nous avons également été voir les équipes de nuit avec le directeur de soins pour les remercier en post-crise. Je pense donc que ça a vraiment développé de nouveaux liens.

**Auriez-vous des exemples où la prise en charge liée à la période de crise a provoqué des questions éthiques chez les professionnels ou même chez vous ?**

Oui les déménagements forcés en quelque sorte. On se posait la question : "est-ce qu'on doit ou pas cohorte les résidents, même s'ils ne veulent pas, est-ce qu'on cohorte quand même ?". La question de la fin de vie est aussi arrivée quand nous avons sanitarisé une unité complète avec la question sur l'intérêt du transfert en réanimation. C'est pour cette raison que nous avons engagé le travail sur les fiches LATA avec les médecins et que nous avons mis en place un staff quotidien entre les équipes. C'est à ce moment que les questions éthiques ont pu être soulevées entre les équipes mais aussi l'équipe mobile de soins palliatifs.

Et puis quand il y a eu la reprise des visites, les questions sur la façon dont on organise, comment on demande aux résidents s'ils souhaitent recevoir telle visite.

**En tant que directeur mais aussi manager, comment avez-vous ressenti la transition entre la première vague et les période de désescalade de l'épidémie puis de post crise ? Avez-vous vu des changements dans la façon de manager des cadres, de gérer des projets. Est-ce que ça a permis de mettre en place de nouvelles pratiques de management pendant la période de crise ?**

Plusieurs choses, on a remis de la rigueur dans les prises en charges médico-sociales mais parce que je pense que c'est très impulsé par le directeur. Je considère qu'il faut d'abord une grande rigueur sur la base clinique, parce qu'on reste dans un EHPAD, si les personnes sont dans un EHPAD c'est qu'elles ont besoin de soins. Donc une grande rigueur sur la prise en charge pour évoluer sur le volet médico-social pur dans un 2nd temps et donc faire plein de projets avec l'encadrement et les équipes.

On a demandé à l'encadrement de proximité d'être beaucoup plus présent sur le terrain on a développé des protocoles spécifiques de prises en charge des escarres, de la dénutrition. On a demandé aux cadres d'expliquer aux équipes mais surtout d'exercer leur fonction de contrôle derrière pour s'assurer que les protocoles soient bien respectés. On a également mis en place des audits mensuels des dossiers de tous les résidents entrants et de 2 dossiers par unité par mois pour s'assurer que la douleur ainsi que les autres protocoles étaient correctement suivies.

Je pense que ça a modifié quand même les rapports mais aussi sous l'impulsion du manager comme dans toutes les structures. Savoir ce que nous on perçoit en tant que manager et ce qu'on veut pour la structure.

**Est-ce qu'il faut dissocier ou pas le sanitaire et le médico-social. A mon avis c'est non**, parce que je pense qu'il faut qu'on puisse mettre en place une base solide sur les prises en charge cliniques pour réellement évoluer sur du médico-social.

C'est comment en tant que manager on se positionne vis-à-vis de l'encadrement. Sur la dynamique de projet on a vraiment adapté les projets à la situation sanitaire, mais en même temps on a mis plein de projet en place qui ont été source de plaisir pour les équipes et pour les résidents parce qu'ils se retrouvaient aussi sur le côté médico-social et la rigueur clinique d'un autre côté.

Par exemple, l'achat de robots de cuisine c'est purement du médico-social, les repas thématiques aussi. Mais on a réussi à mettre en place de la mixité entre les deux en l'amenant sur l'aspect dénutrition ou encore le plaisir pendant le repas.

### **Y a-t-il eu de nouvelles façons d'amener et accompagner les nouveaux projets ou organisations qui n'existaient pas avant ?**

Oui, il y a eu plein de réorganisation qui ont été faite à l'issue du COVID. Je ne sais pas si elles sont toutes en lien avec le COVID, elles sont surtout en lien avec l'impulsion que l'on veut donner aux organisations. Est-ce que les organisations qui ont été faite il y a 15 ans doivent rester figées, ou est-ce qu'on les réévalue régulièrement au regard de plusieurs critères d'amélioration de la prise en charge ?

Pour la méthodologie, pour moi elle n'a pas changé, mais c'est parce que c'est la méthode qu'en tant que DRH je demandais aux cadres d'appliquer.

C'est-à-dire, la concertation avec les équipes centrée d'abord sur la prise en charge du résident et son accompagnement puis la qualité de vie au travail des professionnels. Tout ça selon le critère d'effectifs cible qu'on aura déterminé.

### **Quelle était la vision de votre métier avant cette période et maintenant ?**

Je pense que la crise n'a pas fondamentalement changé la vision de mon métier. Je pense qu'on est des managers avant tout, on doit gérer des projets, c'est notre travail d'accompagner les équipes, d'amener une certaine rigueur, de se donner des objectifs pour l'établissement. Peu importe les objectifs, je pense qu'il faut garder une vision optimiste et dynamique de l'avenir. Ce qui a peut-être changé pour moi, c'est que la période a mis en exergue le fait qu'on ne peut pas dissocier le sanitaire et le médico-social. On ne peut pas avoir des infirmières ou aides-soignantes qui ne savent pas repérer un résident qui a une saturation qui se dégrade par exemple.

### **Concrètement, quelles pratiques et outils managériaux pourriez-vous porter avec l'encadrement après la crise ?**

Je pense que les cadres doivent avant tout rester sur le terrain. Ils doivent auditer régulièrement leurs organisations en menant des audits ciblés, c'est-à-dire de temps en temps auditer une particularité de la prise en charge et de l'accompagnement. Donc exercer leur fonction de contrôle ça veut dire regarder, dire les choses aux agents, expliquer ce qui va et ne va pas et réunir régulièrement les agents. Mener des projets avec les agents, leur amener, et faire des retours réguliers aux équipes, donc vraiment être le chef d'orchestre de son unité. A la fois pouvoir faire redescendre et remonter les informations.

## Entretien 2 : Cadre de santé à l'EHPAD A

### Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours au sein de la structure ?

Avant de devenir cadre j'étais infirmière. 6 mois après j'ai dû avoir une interruption pour mon congé de maternité à mon retour de congé de maternité on m'a proposé de devenir faisant fonction pour parfaire mon parcours qui était un peu court. Je suis resté quasi un an sur le court séjour en médecine gériatrique avant de rentrer à l'école des cadres. Je suis sorti de l'école l'année dernière en juin 2020 et donc au retour de mes vacances j'ai été à l'EHPAD X en transversalité. Jusqu'au mois de décembre et là je suis arrivé donc en cardio pneumo depuis début janvier.

### Pendant la période de crise, comment décririez-vous la complexité du travail vis-à-vis de la gestion de crise ?

Alors moi ma première expérience du COVID du coup c'était lorsque j'étais encore à l'école donc j'avais été réquisitionné pour ouvrir du la première unité COVID à l'hôpital Bizarrement je pense que y avait une certaine euphorie. Il y avait très peu d'interrogation on était tous dans le bain à se dire on va y arriver, de toute façon il faut qu'on le fasse. Déjà, il y avait cette dynamique où tout le monde était volontaire, c'était que du volontariat. J'avais une équipe qui ne se connaissait pas du tout parce qu'elles venaient de partout. Il y avait de tout horizon mais tout le monde était volontaire pour venir donc je pense que ça a été fait monter l'équipe.

Ce qui a été facilitant c'est qu'au niveau RH par rapport à notre quotidien ou les ficelles sont toujours très tenu, là, les vannes étaient ouvertes si je peux dire.

Finalement, on s'est appuyé sur notre expertise pour établir les maquettes organisationnelles ou les déroulés de tâches par exemple on nous a pas imposé en disant : "Voilà faudra qu'on travaille avec une pour 30". Cet environnement a été facilitant parce que la charge de travail, même si elle était importante, nous avions un confort de travail qu'on ne retrouve plus en post crise. Nous avions des ressources à disposition et de façon plus volontaire. En termes de charge de travail c'était beaucoup plus acceptable car il y avait plus de de personnel mais surtout car c'était une période un peu d'euphorie.

### Comme vous le dites, il y a eu une période d'euphorie, mais la crise a duré de nombreux mois. Est-ce que vous avez vu cette période d'euphorie tenir dans le temps ?

Non, nous avons eu des moments où l'organisation s'est essouffée. Pendant cette période, le relationnel et le lien de travail que nous avons avec la direction était beaucoup plus opérationnel, beaucoup moins descendant qu'en temps normal. Cela a été très constructif, c'était action réaction des 2 côtés et finalement ça marchait bien. La période d'euphorie, je trouve qu'elle est restée sur le premier mois. Pendant la 2e vague, par contre, ce n'était pas du tout la même ambiance parce que c'était du "réchauffé" entre guillemets. Les personnels étaient quand même un peu moins volontaires on avait beaucoup moins d'aide d'extérieur. Les personnes retraitées ne venaient plus, des réserves sanitaire non plus. Tout de suite, nous avons pu moins jouer sur le volontariat c'était plus imposer donc la dynamique n'est pas la même. Ce passage du volontariat à une obligation de service a eu un impact sur la façon de manager. C'était parfois très tendu dans les équipes, pour elles c'étaient du réchauffé même si elles n'oubiaient pas leur mission de service public.

Je pense aussi que les équipes souffraient d'un manque de reconnaissance sur le terrain qui fait qu'il y a un moment donné elles n'ont plus envie d'être corvéables. Leur dire : "un coup t'es du matin ou du soir un coup on annule tes vacances" et bien je pense que dans la durée ça devient compliqué pour elles. Pour nous gérer derrière ce n'est pas la meilleure période franchement. C'est délicat puisqu'en parallèle nous avons aussi des demandes de direction de retour à la

normale en termes de ressources humaines. En même temps, on sent qu'on peut pas non plus trop bridé sur le terrain parce qu'il y a de l'absentéisme, parce qu'il y a du ras-le-bol.

**Si on reste toujours sur la thématique de l'intensité et la complexité du travail : Pendant la crise comment ressenti et reçu les différentes consignes produits par l'ARS, le national ou encore en interne ? Quel impact ces consignes sanitaires sur votre management ?**

Au sujet des consignes descendantes, le lien était plus opérationnel avec la Direction à l'époque. Je pense cependant que nous avons un peu manqué de communication. Je pense avec du recul que c'était Madame X qui était principalement dédiée et référente sur le terrain. Cela avait facilité mon quotidien parce que clairement la communication se faisait, on savait où on allait, pas toujours de façon anticipé parce qu'on ne pouvait pas. Mais en tout cas, de façon très opérationnel, Madame X était là. Nous la voyions souvent sur le terrain et si on la voyait pas elle restait très disponible. Il y avait une disponibilité de la direction qu'on ne retrouve plus en temps normal.

**Au-delà de la communication interne de l'équipe de direction, est-ce que vous avez trouvé que les consignes et recommandations nationales étaient assez clair pour les appliquer de façon opérationnelle ?**

Clair non, mais avec du recul alors c'était très perturbant parce que, par exemple, la prise en charge des personnes décédées COVID était différente d'un jour à l'autre. Cela a été compliqué sur le terrain et a créé des tensions et instabilité. Avec du recul je me dis finalement qu'à tout niveau c'était une nouveauté. Même pour les tutelles et je ne sais pas comment on aurait pu anticiper davantage.

**Ces consignes, comment les faisiez vous passer sur le terrain en tant qu'encadrante de proximité ? Avez-vous utiliser des outils particuliers ?**

Comme c'était très changeant et que l'équipe changeait aussi beaucoup j'avais mis en place un outil sur le modèle du lead management. J'avais mis des grandes feuilles blanches ou du coup je m'étais toujours tous les sujets irritants ou toute leurs questionnements. Je remettais les nouveautés par thématiques. J'ai essayé de d'organiser comme on pouvait. Sinon, nous avions pris l'habitude à chaque fois avant les transmissions de faire un mini briefing de ce qui les a mis en difficulté la veille sur une dizaine de minutes. J'ai essayé de glisser des nouveautés et on continue.

**Est-ce que ce sont des outils et des pratiques managériales que vous n'utilisiez pas avant et que vous continuez à utiliser aujourd'hui ?**

J'aime bien cette pratique là euh mais après je pense que c'est aussi très personne-dépendante en fait parce que c'est notre organisation perso.

**Avez-vous utilisez d'autres outils pour communiquer et avoir une ligne cohérente auprès des professionnels ?**

Il y avait aussi des communications de façon numérique. Je pense que pour le post-crise, il faudrait qu'on arrive à être un peu plus moderne sur nos outils de communication.

**Si nous abordons maintenant les horaires de travail. Personnellement, est-ce que vous avez vu votre rythme de travail évoluer ? Comment ce rythme a évolué sur les différentes phases de la crise ?**

Le rythme de travail a évolué forcément il était intense. Les premières semaines ce qui a été aussi facilitant c'est qu'à l'époque ayant eu ma petite fille en bas âge tout a été fait autour pour que rapidement les enfants puissent être gardé par l'hôpital pour qu'on puisse venir travailler. C'était quand même facilitant parce que sur la 2 e vague ce n'était pas tout à fait la même chose. Le fait qu'on ait plus de problèmes personnels à régler entre guillemets ça c'était facilitant. De mémoire, je vous dirais que c'était peut-être les 15 premières semaines où je quittais à pas d'heure parce que je voulais aussi rencontrer l'équipe du soir et que c'était nouveau pour tout le monde. Je pense qu'il fallait lancer la dynamique de notre organisation et pour moi ça a duré 15 jours où j'ai été présente de 8h à 22h00.

Une fois que l'organisation était rodé c'était moins chargé en terme de temps de travail. Ce qui était assez facilitant c'est aussi que nous avons qu'une pathologie à prendre en charge. Dans notre organisation c'était plus simple.

### **Avez-vous observé un impact de la crise du temps professionnel sur le temps personnel de votre équipe ?**

Au début non, même si quelques jours avant on ne savait pas encore comment s'organiser parce qu'on ne savait pas qu'il y allait avoir une crèche sur l'hôpital. Mais je pense que le fait qu'il y ait eu cet élan de solidarité avec l'image un peu particulière des soignants qui vont au front, tout a été organisé à côté pour que pour qu'on puisse gérer la crise. C'est vrai que certains étaient même contents parfois de venir travailler pendant que tout le monde était confiné. Il y avait une réelle dynamique et ambiance propice au travail.

### **Nous avons évoqué les changements d'organisations fréquents, pensez-vous qu'ils ont eu un impact dans l'organisation (source de tensions entre les professionnels et entre les professionnels et vous) ?**

Tout l'inverse, mais je pense encore une fois qu'il y avait une certaine reconnaissance affichée qui avait été perdu depuis longtemps qui a été retrouvé par les soignants. Nous on avons une proximité et une disponibilité physique qui a permis d'instaurer un confort de travail.

### **Si on change, de vision est ce que vous diriez la même chose de votre expérience sur les EHPAD ?**

J'ai travaillé sur les EHPAD pendant une période de désescalade de la crise. Le post crise a été compliqué pour les résident en termes d'isolement social clairement.

Je pense que pour les résidents ça a été un vrai chaos. Pareil pour les familles car je pense que le COVID a coupé de nombreux liens sociaux.

Pendant la crise, je pense que les EHPAD ont aussi bénéficié de renfort en ressources humaines qui a permis de conserver un confort de travail.

Au sujet des soignants, finalement ils se disent "bon d'accord on nous a applaudi, d'accord il y a une revalorisation financière". Mais finalement je pense que le fond du problème c'est la reconnaissance sur le travail au sein du système. Lorsque nous sommes revenus à des organisations normales en post-crise, cela a généré un peu de tension envers les encadrants.

Aujourd'hui, il est plus difficile de changer les plannings. Les soignants souhaitent davantage de stabilité, de perspectives. Changer le planning tous les 15 jours, à cause de l'absentéisme devient contraignant, donc on a encore plus d'absentéisme et plus de réfractaires. Aujourd'hui, on ne peut pas leur donner une perspective, je pense qu'ils n'ont plus d'objectifs concrets. Après les fortes période de crise, ils n'ont plus ressenti le sens de leur travail je pense.

**Comment abordez-vous avec les professionnels le passage du sentiment où "les vannes sont ouvertes" et le moment où les organisations reviennent à la normale ? Est-ce un sujet que vous abordez avec eux ? Si oui, comment les accompagnez-vous ?**

Ces situations de tension ne sont pas évidentes. Je suis tout de même adepte à faire des **réunions de service** assez courtes. Mais on peut pas plus trop avec la crise sanitaire donc ça me met en **difficulté**. Pour communiquer en groupe c'est plus compliqué. Je me dis en attendant il faut bien qu'on trouve une alternative pour communiquer autrement. Du coup je me suis dit peut être que je vais essayer, mais ça passe ou ça casse, de **mettre en place une boîte à idées** pour faire remonter ce que les équipes aimeraient améliorer au quotidien dans notre environnement de travail. J'aimerais pouvoir **les amener à ce qu'elle trouve des solutions** et que je les accompagne. Mais on sent que c'est quand même un peu complexe parce qu'il y a des personnalités qui vont être prêtes à faire ça et d'autres qui vont dire "attends on en a ras-le-bol quoi laisser nous déjà travaillé en nombre". J'ai aussi fait des **notes d'info** à l'échelle du service en essayant de dire quelles sont les nouveautés sur le service où sur le pôle, quelles sont les personnes qui arrivent justement pour dire que nous avons quand même quelqu'un de plus. **Nous avons aussi lancé des projets sur le pôle des choses afin de maintenir la dynamique en alerte avec des choses positives** dans un milieu qui n'est pas terrible. Franchement ce n'est pas simple.

**Comment faites-vous pour que les professionnels s'approprient les projets, soient forces de propositions pendant cette période ? Est-ce que pendant la crise vous vous êtes aperçu que finalement les professionnels étaient davantage force de proposition pour améliorer l'environnement de travail au quotidien ?**

**Complètement**, en tout cas déjà sur l'organisation du travail parce que finalement c'était nouveau pour tout le monde avec la prise en charge médicale on ne savait pas du tout sur quoi on tablait.

Sur la première unité qu'on avait ouvert pour le coup l'objectif était de réussir à standardiser nos prises en charge. **Les équipes étaient motivées et volontaires** tout de suite pour dire : "le matin le tour faudrait qu'on le fasse comme ça peut être que l'aide soignante faudrait qu'elle travaille avec nous". C'est elles qui on fait l'organisation.

**En post-crise est-ce une dynamique que vous avez retrouvé sur l'EHPAD ?**

**Un peu moins**, mais je pense que ça dépend aussi du dynamisme qui est lancé du dessus. Lorsque j'étais au sein de l'EHPAD il y avait un certain dynamisme et une volonté **en fonction des personnalités**.

**Avez-vous mis en place des formations pendant la période de crise ?**

Oui, nous avons mis en place des **capsules vidéos** sur le port du masque ou encore le lavage des mains qui était réalisée à destination des professionnels.

**A votre avis est-ce que ce mode de communication doit être maintenu en post-crise ? Ou est-ce que c'est un format uniquement adapté à une période de crise ?**

C'est un format qui est peut être transposable. Je pense que la vidéo a tout de même ses limites dans le sens où le support pour la diffuser. Le problème des vidéos capsule est que **si on ne le dit pas** les gens n'iront peut le voir.

Cependant, le format **formation flash** peut être transposé par exemple sur des formations pansements, audit sur les escarres etc ...

Je pense que c'est un support qui plaît parce que c'est rapide il faut qu'on soit concis. C'est la même chose pour les réunions qui s'éternisent. Il y a un moment où les professionnels ont besoin d'autre chose, un peu de nouveauté.

**Est-ce que ces modalités de formation étaient mis en place avant la survenue de la crise ?**

Ces supports ont été impulsés par la crise puis là ça a vocation à être maintenu, mais encore une fois cela est dépendant des personnes.

Institutionnellement, on navigue aussi à vue en termes de projets. Donc je ne sais pas s'il y a un portage institutionnel aussi est prévu pour redonner les perspectives. Je pense que ce portage est nécessaire en tant qu'encadrante.

**Pendant la crise avez-vous eu l'impression d'avoir plus de marge de manœuvre pour prendre des décisions ?**

Complètement, alors plus de marge oui parce que pendant la crise comme il y avait cette solidarité surtout niveau RH et service support (magasin etc..) et une certaine réactivité nous avions toutes les ressources pour travailler. En temps normal, on aurait pu nous dire tu l'auras dans 2 mois, là on avait tout. On se dit que cela a décloisonné un peu toutes les professions.

**Vous dites que des rapports se sont décloisonnés pendant la crise, et en post-crise ?**

Je n'ai pas l'impression que les rapports soient toujours décloisonnés. Nous avons perdu en autonomie.

**Si je comprends bien vous évoquer une prise d'autonomie pendant la crise qui n'a pas perdurer ensuite. En termes de pratiques managériales quels éléments sont nés de la crise et doivent être maintenus selon vous ?**

Encore une fois les liens opérationnels, il me semble que nous sommes dans un système qui est assez descendant.

Pendant la crise on n'avait plus du tout ce système là donc ça en tout cas et ça fonctionnait plutôt bien. Encore une fois, est ce que ce n'est pas le fait qu'on se soit rallié tous à un même objectif et qu'on "soit mis d'accord" sur ce qu'était notre objectif commun : combattre le COVID.

Finalement, en post-crise on a l'impression qu'il y a plus cet objectif comment.

Chacun reprend finalement ses habitudes. Je pense que ce qu'il faudrait qu'on garde c'est vraiment une communication adaptée pour définir réellement ce qu'est notre objectif maintenant parce que finalement là on navigue à vue. La sensation est que nous sommes encore dans le COVID mais sans y être et finalement nous ne savons pas quel est l'objectif pour notre établissement en cette période.

**Pour être sur de bien comprendre, pendant les crises vous avez constaté les rapports entre direction / encadrement et professionnels étaient décloisonnés car il y avait un vrai objectif commun défini. Et finalement, en post-crise une impression que chacun est retourné de son côté avec son propre objectif ?**

Oui, juste la remarque est que ce qu'on a réussi à faire pendant la crise on ne sait plus le refaire mais peut-être parce qu'on est retourné dans notre modèle qui est incrusté depuis des décennies. Mais encore une fois je pense quand même que si cela ne part pas d'une impulsion institutionnelle j'ai du mal à croire que cela va fonctionner. Je pensais même en tant que cadre de proximité si nous on impulse une dynamique en espérant que ça va suivre. Finalement, on dépend tellement d'autres choses, notamment d'un portage institutionnel.

**Est-ce que vous considérez que la crise a eu un impact sur l'accompagnement des résidents et la qualité de la prise en charge ?**

Oui vraiment, au début je pense que ça a été difficile parce que médicalement on savait pas trop on avait des malades qui n'étaient vraiment pas stables et on n'avait pas de traitements. En tout cas il n'y avait pas de protocole de prise en charge, donc là-dessus je pense que y'a eu des prises en charge perdu par manque de connaissance.

Par contre en termes de qualité prise en charge je pense qu'on avait une bonne qualité parce qu'encore une fois déjà on avait un ratio soignants qui était bien plus confortable qu'en temps normal.

Après je pense qu'il y a eu défaut sur l'isolement encore une fois même quand les patients/résidents étaient hospitalisés nous avions la consigne de laisser les portes fermées et nous n'avions pas mis en place tout ce qui était Skype.

Il y a eu une collision entre les consignes qu'on recevait et la qualité de la prise en charge que veut apporter un soignant.

**Est-ce que cette collision a provoqué quelque chose en vous en tant que professionnel de santé ? Y a-t-il des anecdotes qui ont heurtés vos équipes ?**

Je pense que la pratique qui a le plus heurté et la prise en charge des personnes décédées atteintes du COVID. La consigne était la même pour tout le monde mais ça a été très dur qu'on ne puisse pas autoriser la famille à venir les voir. La famille n'avait pas la possibilité de venir les voir et non plus faire le deuil puisque de toute façon vous aviez pour consigne à l'époque de réaliser une mise en bière immédiate.

Nous étions les dernières quand les soignants faisaient les soins mortuaires à voir la personne, donc ça je pense que ça a été dur. Et puis au début même les premiers décès qu'on avait ne portaient pas habillé, enfin ils portaient en tenue d'hôpital parce que les familles ne pouvaient pas venir nous apporter de vêtements. Il fallait tout faire rapide. Les professionnels ont exprimé des choses là-dessus rapidement.

**Avez-vous des exemples de terrain ?**

J'en ai personnellement qui m'a marqué éthiquement. Je me souviens de cette dame qui n'avait pas de vêtements mais c'était les premiers jours.

Je pense que le manque de communication nous a aussi pris de court, les consignes étaient peu claires, on s'est dit : « bah c'est tout faut qu'elle parte en en pyjama de l'hôpital parce qu'elle n'a pas de vêtements ». Là le questionnement c'était au niveau de la dignité de la personne, même des questions sur le retrait ou non des bijoux.

C'était surtout la prise en charge des personnes décédées et puis de se dire encore une fois qu'on était les dernières personnes à les voir.

Quelques mois après les choses ont évolué mais sans ligne conductrice c'était compliqué. En même temps on avait la consigne de pas de visite fin il y avait rien de clair.

**Vous sentiez vous en sécurité dans le cadre de votre travail ?**

Franchement oui, parce que j'avais encore cette cohésion. Les médecins pour le coup ne savaient pas ce qu'il prenait en charge entre guillemets. Ce n'est pas par méconnaissance c'est parce que c'était nouveau encore une fois pour tout le monde mais ils étaient très dispo.

S'il n'était pas sur le terrain il y avait une réactivité ce soit téléphonique soit par mail enfin il y avait une cohésion qui faisait que si on n'avait pas la réponse en interne on avait toujours les personnes ressources qui étaient quand même assez dispo pour qu'on trouve un consensus.

**Vous avez aussi été mise à disposition pour gérer la crise au sein d'un autre EHPAD du territoire, un établissement autonome, quel comparatif faites-vous avec votre expérience ?**

Nous ce qui nous a aidé pour le coup c'est la proximité avec l'hôpital a aidé puisque nous sur les unités Covid on avait déjà travaillé sur les organisations de soins, sur les prise en charge des patients donc facilement on leur a transféré notre expérience.

Quand nous avons ouvert notre première unité dédié à la prise en charge du COVID au sein de l'EHPAD, on avait déjà 3 semaines de recul. On a ensuite pu transmettre notre expérience assez facilement je pense que pour eux ça a été facilitant d'être attaché à l'hôpital.

En ce qui concerne mon renfort au sein de l'établissement autonome, j'y suis resté qu'une semaine mais il n'y avait pas de cadres de proximité à la base. C'est un IDEC qui était en poste et on m'avait demandé de de pouvoir aller les aider.

L'IDEC était normalement en arrêt COVID parce qu'il était positif. Finalement quand je suis arrivé sur site il était là donc du coup ça m'a un peu mise en difficulté, c'était délicat. Je pensais pouvoir leur apporter mon expérience sur la gestion la gestion de crise et finalement il était là mais à part le conseiller je ne pouvais trop rien faire de plus. Finalement, je me suis rendue compte qu'il y a plein de circuit qui marchait pas du tout. Mais j'étais en difficulté car la personne que j'étais censé remplacer était là quoi, puis il était persuadé que ces pratiques étaient bonnes.

J'ai vu une différence parce que clairement les circuits n'étaient pas bien définis. Pour moi le plus urgent c'était l'hygiène enfin les protections individuelles, la désinfection des mains et les circuits de linge sale et de déchets.

Il n'arrivait pas à se faire approvisionner en sac, je leur ai dis d'augmenter les dotations tout simplement.

De façon comparative comment avez-vous ressenti les équipes ?

Déjà c'est un accompagnement plus de proximité du coup. En fait je me suis complètement détaché juste pour les accompagner sur le terrain. Il me semble qu'en période de crise on est obligé de répondre à des exigences sanitaires : avoir un minimum de solution hydroalcoolique dans les couloirs est déjà une base, pareil pour les équipements de protection Enfin, il n'y avait aucun respect de ses précautions de base.

Ce qui a été difficile c'est que quand je suis arrivé je crois qu'à la louche il y avait moitié d'intérim ou les étudiants qui étaient recrutés, donc finalement c'est un flou total ou personne ne savait. Il n'y avait pas d'organisation sur le terrain.

**Est-ce que les professionnels ont accepté votre partage d'expérience ?**

C'était accepté parce qu'en fait au tout début je me suis dit je pense que je vais être face à un mur parce que moi je pensais travailler plutôt en binôme avec l'IDEC. Finalement, je pense qu'il avait lui sa vision des choses et on avait des idées qui était complètement divergentes. Finalement j'ai essayé de les sensibiliser plus à titre individuel mais ce n'était pas évident, c'est ma méthode. Je pense que c'était apprécié. Les équipes étaient quand même contentes de sentir accompagné, j'étais plutôt pédagogue. Je me devais de ne pas les culpabiliser et les inciter à faire ce qu'elle pouvait avec les moyens du bord, pour limiter la casse.

### Autre sujet , quel a été l'impact de la crise sur la gestion de projets ?

Tout s'est arrêté, mais moi j'ai quand même l'impression que ça a du mal à reprendre finalement. Mais là on manque de projets en fait, on navigue à vue enfin en tout cas c'est le ressenti qu'on a. Peut-être que jusqu'à la fin de l'année on va être obligé de jongler comme ça avec des secteurs Covid / non Covid.

On a besoin de revoir des projets.

### Comment vous envisagez de remettre en place une dynamique de projet au sein des équipes ? Est-ce que la dynamique est toujours là à ce stade ou est-ce qu'elle s'essouffle?

Elle s'essouffle mais du coup je me demande si c'est pas aussi le moment pour qu'on change notre façon de faire très descendante.

Est ce que maintenant il faut pas qu'on reparte un peu du terrain pour un évaluer les demandes avant ? Puis essayer de les remobiliser peut être tranquillement sur les projets institutionnels plutôt que de repartir sur du descendant ou là je pense qu'on aura aucune adhésion.

Je pense qu'on en a besoin sur le terrain d'avoir un peu de visibilité, qu'on arrive à retrouver le sens au travail pour investir.

Je pense qu'il faudrait qu'on change nos façons de faire.

### Comment vous voyez votre métier d'encadrante avant la crise, pendant et après ?

Avant, je comment je voyais mon métier plutôt comme un manager de proximité ou je me voyais plutôt en appui des projets par exemple qui étaient lancés institutionnel.

Je voulais réfléchir à mon niveau sur comment faire pour impacter, dynamiser l'équipe. Je me voyais aussi à faire un binôme avec les médecins parce que finalement je me rends compte que sur le terrain s'il n'y a pas de cohésion avec le médecin c'est voué à l'échec. Même si officiellement ils n'ont pas de pouvoir n'adhère pas c'est peine perdue.

La réalité en fait je pense que on est phagocyté par par la gestion complexe des ressources humaines (l'absentéisme, les changements d'horaire), la sonnette qui marche pas en fait on fait beaucoup d'intendance et de secrétariat.

Pendant la crise j'ai ressenti ce rôle de manager de proximité.

Après la crise, on est revenu à ce rôle d'intendance et de secrétaire.

C'est marrant de voir que comment on voit le métier de cadre et comment c'est en réalité.

En fait pendant la crise cela avait du sens. Quand ça revient à la normale, tout le monde reprend ses habitudes sans remettre nos organisations en question.

La crise nous a aidé parce qu'on s'est inventé une organisation autour de quelque chose qu'on ne connaissait pas et je pense que maintenant on est chacun retombé dans nos travers.

### Pour conclure un peu qu'est ce que vous pensez qu'il faut garder des pratiques qu'on avait pendant la crise pour améliorer nos pratiques managériales de demain ?

Il faut garder le lien opérationnel, ça franchement je pense que c'est le plus important. Le lien entre le corps médical, la hiérarchie, l'encadrement, les professionnels de terrain.

Il faudrait qu'on le garde ou plutôt qu'on le mette en place tout court parce qu'on l'a perdu.

Je pense qu'il y a des outils qui pourraient nous aider à communiquer davantage avec les équipes, qu'on perd et qu'on ne mets pas forcément en place institutionnellement.

Il faudrait qu'on ait de vrais projets institutionnels ou au moins de pôle. Par exemple, créer une salle de lean management où par secteur suivre nos projets et objectifs de façon régulière.

Faire perdurer le volontariat aussi parce que finalement, quand on rappelle les soignants et qu'ils sont volontaires à travailler ça aide et en temps normal on n'a pas toujours les moyens d'accéder à la demande de l'agent.

Je pense aussi qu'il faut qu'on arrive à se staffer à chaque début de service pour se discuter des éléments qui ont posé difficulté la veille. Les petits temps de parole au moment des transmissions sont très importants.

Pendant la crise on a eu une vraie démarche qualité en fait finalement on se remettait tout le temps en question et une erreur n'était pas une erreur c'était un moyen de s'améliorer.

**A votre avis, comment en post-crise, dans une période où on observe des désescalades puis des reprises épidémiques nous, vous arrivez en qualité de manager à organiser votre équipe ?**

On n'y arrive pas toujours, parce que encore une fois on est revenu dans une gestion des ressources humaines pur et dur où il faut qu'on retrouve nos ratios habituels. à notre niveau on s'épuise parce que on est censé avoir un effectif pour pouvoir tourner, on ne l'a pas toujours déjà l'effectif cible ce qui veut dire que du coup on génère des heures d'office. Sans compter les absentéismes. J'ai remis en place un tableau que j'avais trouvé justement sur le CHU de V pour qu'on ait une vision annuelle de nos ressources humaines. Même institutionnellement on s'en sert pas et ce qui bloque c'est qu'on se dit qu'on n'a pas les ressources et finalement on nous fait entendre qu'on a les ressources. Sur le terrain il faut quand même appeler certains agents pour qu'ils reviennent. Les temps de repos franchement je ne vois pas vraiment où les placer.

**Enfin, quel est le sentiment des équipes en ce moment ?**

Je pense que clairement il y avait un ras-le-bol déjà qui était un peu sous-jacent. Il a eu l'euphorie de la crise où on s'est distingué et où les équipes appréciés le lien opérationnel avec l'encadrement et la présence sur le terrain des équipes de Direction. Je pense que c'est une fatigue générale du système, du fonctionnement.

### Entretien 3 : Aide-soignante à l'EHPAD G au sein d'une Unité de Vie Protégée

#### Pouvez-vous me présenter votre parcours au sein de l'établissement ?

Donc école d'hôtesse qui forme à la grâce à la classe mais voilà le public c'était pas vraiment le mien parce que vraiment trop guindé. Voilà on n'était pas vraiment dans l'humain mais dans le surjoué, sur fait. Je ne me suis pas senti à l'aise avec ça. J'ai été secrétaire dans une maison de retraite à X ensuite j'ai fait les marchés pendant 10 années donc commerçantes j'ai fait le Tour de France en faisant les foires et là je me suis régalée. Après, j'ai eu des enfants, j'ai pu faire partie de plein d'associations et j'ai appris la langue des signes puis j'ai été fleuriste pendant 10 ans aussi. Je ne reste pas longtemps dans un métier quand j'ai fini de découvrir, quand j'ai compris comment ça fonctionne et ça m'intéresse plus en fait je veux un challenge supplémentaire. De là je suis devenu aide-soignante, je me suis dit je vais faire l'école d'aide-soignante pour faire un travail un petit peu plus dans l'humain. Le premier jour de la formation je me suis dit je me suis planté en fait je ne veux pas faire ça trop tard. Aucun stage ne me plaisait alors je faisais mon métier. Faire des toilettes aux gens ne m'apportait pas de plaisir donc j'imaginai que ça ne leur apportait pas de plaisir non plus. En fait personne n'a envie de se faire laver par quelqu'un d'autre.

Je ne trouvais pas ma place donc j'ai plus travaillé sur des formations et sur le relationnel. Je me suis spécialisé à mon niveau dans le relationnel en intégrant les Unité de Vie Protégé et travailler sur les prises en soins non médicamenteuses, sur le relationnel et la compréhension des comportements.

Là je me suis vraiment régalé et j'ai mis plein de projets en place.

J'ai essayé voilà d'amener à mon équipe une dynamique et de changer le regard sur les personnes. Un jour une élève cadre est venue elle était éducatrice spécialisée et puis elle m'observe et elle me dit mais " qu'est-ce que vous faites ici parce que nous faisons le même travail ?". A partir de là, j'ai fait une VAE pour devenir éducatrice spécialisée et puis j'ai obtenu le poste de responsable du service animation au sein de l'EHPAD X. Entre temps, j'ai aussi donné des formations en IFAS, je suis jury d'école etc ...

#### Vous étiez soignante pendant le COVID très rapidement comment vous décririez une journée en tant que soignante dans un EHPAD en période COVID ?

Ce qui a changé c'est qu'on voulait vraiment protégée les résidents au sein de cette unité de vie protégée. Donc on a pas écouté toutes les directives mais on a surtout fait en sorte que personne ne rentre au sein de l'Unité. On a installé des chariots devant tous les accès.

Ce qui change quand on travaille dans une UVP, c'est qu'au départ on nous dit qu'il faut créer une ambiance familiale ou on vit en communauté. Et là d'un seul coup vous avez le cadre qui vous dit qu'on va mettre des barrières on va essayer de mettre les gens chacun dans leur chambre et puis on va arrêter les activités qu'on faisait puis on va mettre un espace d'un mètre entre chaque table.

Je n'ai pas écouté en fait j'ai fait ma petite révolution parce que ce qui est écrit sur le papier c'est pas possible de mettre en place quand on travaille dans des UVP.

J'ai montré par A+ B que mettre une barrière pouvait rapidement engendrer un syndrome de glissement. Les résidents n'avaient pas cette capacité à comprendre pourquoi il était enfermé, ce qu'était le virus.

Par contre le COVID a créé une solidarité d'équipe ça renforcer les liens dans l'équipe et renforcer aussi les liens avec les résidents qui n'avait justement plus de famille et de repères et là nous les soignants nous avons vraiment été leur bouée de sauvetage et leurs uniques figures d'attachement.

Donc nous, on a vécu dehors, dans les jardins d'avril jusqu'à la fin de l'été. Il s'est créé des choses très fusionnelles en cette période.

**Vous dites que vous avez peu été touchés dans votre unité, mais est-ce que la période a eu tout de même un impact sur votre charge de travail ?**

Ouais totalement parce qu'il a fallu au **niveau logistique** qu'on s'organise différemment. Je veux dire désinfecter, mettre les barrières aux portes, porter le matériel. Il a fallu **désorganiser ce qu'on avait mis des années à créer**.

**Aviez-vous des consignes ? Comment les avez-vous reçues ?**

Alors je les ai trouvées **débiles, incohérentes, décidées par des gens qui ne travaillent pas sur le terrain** et pas **applicables**. Avec des gens qui déambulent ce n'est pas possible. Ce n'est pas possible donc moi les barrières dans l'unité **j'ai dit non**. Les gens vont mourir, qu'il meurt du covid plutôt que de **dépression**, qu'ils fassent un **syndrome de glissement**. Puis, il n'y avait pas de raison, on ne laissait entrer personne, on respectait nous-mêmes toutes les consignes. On essayait de tout faire mais le risque 0 n'existait pas. Ce n'est pas en enfermant des gens dans des chambres que cela allait solutionner le problème. **J'ai trouvé que les consignes étaient inhumaines et non applicables à des résidents en UVP**.

**Est-ce que vous avez un exemple concret ? Ou qui vous a frappé ?**

Par exemple là j'ai une résidente qui pendant le Covid **s'est cassé le bras**, donc a été hospitalisé et puis il est revenu avec son plâtre donc du coup **protocole 7 jours en chambre**. Donc avec une barrière, cela a été terrible parce que les 23 premiers jours la personne n'a pas pu se déplacer. Sinon ce qui m'a marqué le plus c'est le port du masque, parce que nos résidents ne comprennent pas pourquoi d'un seul coup on entraine dans une chambre masquée. Je ne sais pas si on peut imaginer quelqu'un qui n'a pas cette faculté de compréhension et qui voit arriver un espèce de cosmonaute pour faire la toilette. Bien sûr on explique les choses, mais je ne pense pas que ce soit intégrer.

**En tant que professionnel à ce moment-là, est-ce que votre intensité de travail ainsi que vos horaires ont évolué ? Et est-ce que la période sur la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle ?**

C'est le cas, cela a eu un impact sur notre ma qualité de vie en général. J'ai divorcé en août (Rires). Alors ça m'a demandé beaucoup plus de travail mais à la limite **j'étais mieux au travail qu'à la maison ça ne m'a pas dérangé**. Oui, aussi une **charge de travail supplémentaire avec horaire supplémentaire**.

Ce qui a été frustrant aussi pour toute l'équipe soignante, c'est que nous n'ayons eu peu de cas de covid, on se sentait même **coupable** de ne pas faire partie cette crise parce que nous on était dans un **cocon** **il ne se passait rien en fait**. On continuait à vivre et à protéger les résidents. Je n'ai pas eu l'impression d'être la soignante qui a sauvé la crise.

**Est-ce que cet élément a été source de tension avec vos autres collègues ?**

Il y a eu justement une **solidarité** parce que là on avait intérêt d'aller **toutes dans le même sens**. C'était une équipe qui **communiquait**, ça a vraiment **renforcé les liens**. Quand, il y en a qui était plus fatigué que d'autres on **s'échangeait nos week-ends**.

**Vous sentiez-vous autonome dans votre organisation de travail ?**

Non zéro, alors le jour des barrières, le cadre est passé dans l'unité pour demander à qui on pouvait mettre des barrières pour ne pas qu'ils sortent de leurs chambres.

Il y avait des ordres le lundi et des contre-ordres le mercredi. Et puis des nouveaux ce n'était pas fluide c'était pas clair rien que l'histoire des masques **on se faisait incendier quand on avait des masques au départ et ensuite si on en avait pas.**

Je pense que tout le monde marchait un peu sur des œufs. Pour les ordres, comme c'était pas toujours possible en UVP, on ne les a pas toujours suivis. En fait, on a fait les choses de façon cohérentes, on interdisait simplement les allers et retours au sein de notre unité.

**Maintenant que vous êtes sur un poste de manager depuis quelques mois, vous prenez aussi des décisions pour votre service. Vous avez vécu la prise de décision en période de crise, que reprenez-vous désormais pour votre nouveau poste d'encadrante ?**

Ce que je retiens pour le après, c'est que les décisions pour les cadres ou responsables sont comme ça, **elles viennent de plus haut donc on est obligé de s'y attacher.**

Je déteste ne pas comprendre, **en réalité on a juste besoin d'être écouté sur certains sujets et entendus.**

Venir se renseigner **pour évaluer une décision**, pour savoir si elle a eu un impact positif ou non, si elle a permis de faire avancer ou non une situation. A aucun moment cela a été demandé.

**Selon vous, la période de crise a-t-elle modifié votre relation avec l'encadrement ?**

J'avais déjà de super relation, donc c'était déjà assez fluide. Si la **communication** reste, et c'est **l'outil numéro 1** pour faire avancer les choses dans une équipe.

Il y a des collègues qui étaient peut-être plus en **souffrance** et qui ont réussi à **verbaliser** et qui ont été entendus il y a eu des choses de mise en place.

Non franchement **l'encadrement de proximité top** parce que je pense qu'**il vivait la crise en même temps que nous** et ils avaient les mêmes les mêmes difficultés.

Ils nous faisaient **remonter des ordres qu'ils ne comprenaient pas eux même parfois.**

Nous sommes des exécutants tout de même, mais on peut dire que pendant la crise **il y a eu plus de dialogue qu'avant.**

**A votre avis quelles pratiques ont été introduites pendant la crise et qu'il faudrait garder en post-crise ?**

La **désinfection** des portes, du matériel, des mains tout ça je pense que ça il faut le garder parce que bizarrement nous avons eu 0 cas de d'épidémie de gastro.

Ce qui prouve bien que la désinfection, le lavage des mains c'est quand même la base.

**Quel était votre vision du métier avant quand vous avez démarré votre formation, votre vision du métier pendant la crise et aujourd'hui comment vous envisagez le métier d'AS ?**

**Avant, machine à toilette.** Pendant c'est vrai mais ce n'est pas que ça. Après, je pense qu'il faut qu'on fasse un travail sur la formation et qu'on reprenne les bases parce que nous ne les apprenons pas, on forme des machines à toilettes.

On ne travaille plus l'autonomie, on fait à la place et ce n'est pas de la faute de toutes ces AS qui pensent bien faire et être dans la bienveillance.

On sert à faire des toilettes dans les services, mais il faut que ça devienne un moment où on rééduque la personne ou on réapprend le geste. Quand on change son regard on se rend compte que le résident sait se raser, se laver seul, on a juste besoin de le guider. Finalement, je vais lui dire de faire tout seul, je vais m'asseoir pour le regarder et gagner du temps.

Une AS, elle travaille le **relationnel**, l'autonomie. Elle peut révolutionner un service, **faire de l'animation**.

**Vous êtes depuis quelques semaines sur un poste de responsable du service de l'animation. Comment êtes-vous arrivé dans ce contexte, qu'est-ce que vous avez senti ?**

L'équipe avait besoin de **se raccrocher à quelqu'un** je pense qu'elles ont été **trop longtemps toute seule**. Elle attendait beaucoup de moi en fait ou elles attendent peut être même encore beaucoup de moi. Quelqu'un pour les guider je pense qu'elle elles ont été comme ça sans filet, à faire un peu au pifomètre.

Elles avaient **peur que je vienne tout bouleverser**.

Je suis arrivé en période de crise **où je savais pas ce que j'avais le droit de faire** de pas faire : de sortir les résidents, de pas sortir d'ailleurs. Ce n'était pas fluide.

Un moment donné l'équipe n'a plus fait du travail d'animation mais elles ont fait du travail de brancardage, de logistique de visio...

**Nous sommes dans une période de désescalade de la crise, comment avez-vous essayer de remettre en place une dynamique au sien de l'équipe ?**

Tout d'abord, je fais une petite réunion de 10 minutes tous les matins. Je me mêle de tout sur les projets en cours, sans être intrusive et en faisant totalement confiance à l'équipe. Tout le matin je demande à mon équipe dans quel état d'esprit ils sont : "aujourd'hui comment on peut faire ça ?" ; "qu'est-ce qu'on pourrait faire pour ce que tu portes avances mieux ?" ; "est-ce que tu as des craintes sur tel sujets ?" ...

Ayant été soignante, j'ai des exemples et contre-exemples d'encadrement. **Je sais ce qu'un agent attend de son encadrant**. On attend quelqu'un avec qui on puisse communiquer, qui nous tire vers le haut et qui reconnaît notre travail.

**D'autres choses, qu'un agent pourrait attendre de son encadrant en sortie de crise à votre avis ?**

**La reconnaissance, le remerciement et rappeler aux agents que si ça se reproduit je sais que je peux compter sur eux**. Mon rôle c'est de proposer de faire des choses qu'on fait avec plaisir pas de façon automatique comme avant. Par exemple, on va organiser des pique-niques, Mme. X va emmener les résidents au lac. On va faire des trucs un peu "régressif" mais des trucs qui nous font plaisir. On va essayer de remettre le résident au centre, en leur demandant ce qu'ils souhaitent faire et plus en imposant les ateliers selon un calendrier défini.



BACHELLE

Kélvín

Novembre 2021

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2020-2021

**Manager la sortie de crise et piloter le changement :  
l'exemple de la crise du Covid-19 sur les établissements  
sanitaires et médico-sociaux**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

**Résumé :**

*"Le manager hospitalier constitue un acteur clé qui doit faire preuve d'agilité (Anton.P, 2020).*

Depuis plus d'un an, la crise sanitaire met à l'épreuve les professionnels et les managers du secteur.

Pour le Directeur les enjeux sont multiples : assurer la continuité et la qualité du service tout en prenant soin des professionnels.

L'expérience de la crise a incité la pratique managériale à faire preuve de proximité et d'agilité organisationnelle pour répondre à l'urgence.

Dans un contexte où la vaccination représente une opportunité de sortir durablement de la crise, l'heure est venue de capitaliser sur les bonnes pratiques professionnelles et managériales introduites par la crise.

La crise a incité les managers à établir davantage de liens entre la prise de décision stratégique et sa déclinaison opérationnelle.

Cela a été rendu possible en introduisant davantage de relationnel dans l'action managériale afin de donner du sens, faire adhérer les équipes ou encore piloter le changement.

Grâce aux différentes analyses et entretiens menés auprès de managers et professionnels des ESMS, le présent mémoire propose plusieurs préconisations managériales et pistes de réflexion pour envisager le management en sortie de crise.

**Mots clés :**

Management, crise, changement, organisation, qualité de vie au travail, stratégie, opérationnel, proximité, contrôle, télétravail, encadrement, agilité, créativité, communication, apprenance

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*