



HAL
open science

**Interventions en EHPAD de l'équipe mobile de gériatrie
du CHU de Bordeaux durant l'épidémie COVID 19 :
une enquête qualitative s'intéressant au ressenti des
médecins coordonnateurs des EHPADs de Bordeaux
métropole durant la période allant du 16 Mars 2020 au
10 Mai 2020**

Thomas Lafon

► **To cite this version:**

Thomas Lafon. Interventions en EHPAD de l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Bordeaux durant l'épidémie COVID 19 : une enquête qualitative s'intéressant au ressenti des médecins coordonnateurs des EHPADs de Bordeaux métropole durant la période allant du 16 Mars 2020 au 10 Mai 2020. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03588861

HAL Id: dumas-03588861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03588861v1>

Submitted on 25 Feb 2022

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

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

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n°8

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LAFON, Thomas

Né le 7 Février 1993 à Tonneins (47)

Le 21 Janvier 2022

**INTERVENTIONS EN EHPAD DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GERIATRIE DU
CHU DE BORDEAUX DURANT L'ÉPIDÉMIE COVID 19 :**

**Une enquête qualitative s'intéressant au ressenti des médecins coordonnateurs des
EHPADs de Bordeaux métropole durant la période allant du 16 Mars 2020 au 10 Mai 2020**

Sous la direction du Dr Marie-Neige VIDEAU

Membres du jury :

Mme Le Professeur SALLES Nathalie
M. Le Professeur PETREGNE François
M. Le Docteur NAMMATHAO Nousone
Mme Le Docteur VIDEAU Marie-Neige

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur

REMERCIEMENTS :

Aux membres du Jury,

A Madame le Professeur Nathalie SALLES, vous me faites l'honneur et le plaisir de présider ce jury de thèse, soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et de l'intérêt que vous y avez porté. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Nousone NAMMATHAO, je te remercie d'avoir accepté d'être membre de ce Jury, tu as fait partis de mon premier cours d'interne et aujourd'hui ce sera le dernier.

J'éprouve une profonde gratitude à ton égard, merci encore pour ton investissement auprès des internes de médecine générale Lot-et Garonnais dont j'ai fait partie pendant plusieurs semestres.

A Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU, je te remercie pour ton accompagnement et ton investissement dans ce travail. Merci également d'avoir été aussi disponible, sois assurée de mon profond respect et de ma profonde gratitude.

Aux médecins coordonnateurs qui ont acceptés de participer à ce travail. Je vous témoigne mon profond respect et mon admiration pour votre engagement durant cette période, en espérant que les jours prochains soient moins sombres que les précédents.

A mes maitres de stage ambulatoire, pour leur dévotion et leur compagnonnage.

Aux équipes médicale et paramédicale hospitalière de mes différents lieux de stages sans qui ces longs mois n'auraient pas été les mêmes.

A ma famille,

A mes parents, Maman, Papa,
Merci pour votre amour, votre bienveillance et votre soutien sans faille durant ces longues années (et les 47 locations de fourgon pour mes déménagements).

Maman, merci de m'avoir fait comprendre que le plus important c'était d'être honnête envers soi-même.

Pépé, on ne tiendrait pas notre 10ème marche là ? haha A moins qu'on reparte à zéro...

Merci d'avoir de nouveau accepté Tanguy à la maison pendant l'internat même si j'étais plus souvent à l'Hôpital ou entrain de dormir qu'avec vous.

Merci pour la 207 même si après elle sentait la clope haha

Merci pour tout ce que vous m'apportez au quotidien, on forme une belle et grande famille

« ce qui compte c'est pas l'arrivée, c'est la quête ».

Je vous aime

A ma sœur, dit donc t'as bien grandi (Cf. Pyjama de Noël) en très peu de temps, on reliera ces remerciements dans 30 ans et on verra bien si tu es devenue Châtelaine. Fais honneur à nos racines paysannes continue de cultiver ton jardin. Je t'aime

A mamie Nicole, merci d'avoir veiller à ce que je fasse bien mes devoirs devant la cheminée le soir. Tu m'as donné le goût d'apprendre et m'as aidé à cultiver ma curiosité, depuis Caroline j'en ai lu quelques Saga. Merci de m'avoir suivi dans mes délires depuis tout petit.

A papi Jimmy, je n'ai de souvenirs que les photos mais rassure toi, mamie a fait en sorte que tu m'accompagnes toute ces années, je sais que tu aurais été fiers de moi.

A mamie Denise, merci pour l'amour que tu m'as apporté, sans ton savoir-faire culinaire et tes conserves mes premiers hiver bordelais (et les suivants) n'auraient pas été les mêmes.

A papi René, merci pour ta façon bien à toi de me dire que je fais erreur, je me souviendrai toute ma vie de la fois où tu as essayé de me percer le lobe de mon oreille parce que je voulais une boucle d'oreille comme mes copains.

A mes beaux-parents, merci pour ces moments passés tous ensembles et votre générosité à mon égard.

Babeth, ne vous inquiétez pas on finira par avoir la mairie de Palamos !

Pierre, on va devoir monter les meubles Leroy merlin pour la 4eme fois... en espérant qu'il n'y ai pas besoin d'aller toquer chez le voisin pour devoir souder du cuivre !

A Maminou, visiblement il y a un nouveau Docteur Lafon dans votre vie haha Merci pour vos encouragements et votre gentillesse.

A mes amis,

A la clique, pour toutes ces années d'épicuriens, de suitasses et de capucins. Les années passent les amitiés restent.

A toi Tahina pour ton soutien et tes mots apaisants, sans toi je n'aurais pas connu ma dame, profite à fond de tes voyages avec ta moitié.

A tous ceux dont j'ai eu la chance de croiser la route durant ces 10 ans.

A Skittouche, toi qui as récemment perdu quelques dizaines de grammes, sache que nous avons trinqués à ton prompt rétablissement.

A Rio, merci pour toutes ces après-midi « machonnage » de chaussons pendant l'écriture de ce travail et aboiement pendant les retranscriptions des entretiens Ze t'aime comme tu dis (et arrête d'aboyer après ce fichu meuble).

Et enfin, le meilleur pour la fin, je me remercie à moi pour... Non je déconne !

A toi ma petite princesse, mon amour, mon âme sœur, ma petite commandantour adorée...
Merci pour ces années d'Amour et de complicité,
Merci pour ce foyer qu'on a créé, pour nos rires et tes roulades...
Je t'aime... comme on dit chez nous, plus qu'hier et moins que demain

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	9
1.1. Contexte et concepts	10
1.1.1. SARS-COV 2	10
1.1.1.1. Généralités	10
1.1.1.2. Épidémiologie en mars 2020.....	10
1.1.2. Pôle gérontologique du CHU de Bordeaux	11
1.1.2.1. Gérontologie du CHU de Bordeaux	11
1.1.2.2. Plateforme ville-hop COVID	12
1.1.2.3. EHPADs de Bordeaux métropole.....	13
1.2. Question de recherche.....	15
1.3. Objectif de l'étude	15
1.3.1. Objectif principal.....	15
1.3.2. Objectif(s) secondaire(s)	15
2. MATERIEL ET METHODE	16
2.1. Type d'étude	16
2.2. Population et échantillonnage	16
2.3. Recueil des données	16
2.4. Analyse des données.....	16
2.5. Aspects éthiques et règlementaires	16
3. RESULTATS	18
3.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	18
3.2. Présentations des résultats.....	18
3.2.1. Un saut dans l'inconnu : entre méfiance, impuissance et sentiment du condamné	19
3.2.1.1. Une nouveauté qui déstabilise et fait douter : une perte de repères créant de l'anxiété et de l'appréhension	19
3.2.1.2. Un sentiment d'impuissance.....	21
3.2.1.3. Se sentir condamné : entre contraintes, préoccupation et vulnérabilité	22
3.2.2. Un sentiment d'injustice et de trahison chez des soignants dévoués	24
3.2.2.1. Un manque de considération et un dénigrement qui accable.....	24
3.2.2.2. Un sentiment d'abandon et d'incompréhension	24
3.2.2.3. Ténacité et conscience professionnelle : un investissement sans faille sur fond d'éthique	25

3.2.3.	Un apport de Savoir et de soutien qui émancipe et rassure : comment devenir savant renforce l'image du guide	27
3.2.3.1.	Un besoin de Savoir pour faire face : entre quête de réponses, confiance et pragmatisme.....	27
3.2.3.2.	Un désir d'utilité et d'être refuge : entre autonomie, légitimité et bienveillance	28
3.2.3.3.	Un soutien bienvenu : reconnaissance, compréhension et sentiment d'être écouté, suivi	29
3.2.4.	Une demande de changement sous forme de compagnonnage : l'acculturation.....	31
3.2.4.1.	Partager du savoir et apprendre des autres : un esprit d'équipe pour éclairer les pratiques.....	31
3.2.4.2.	Une conscience de ses limites motrice : ouverture au changement, aide concrète et désir de simplicité.....	33
4.	DISCUSSION	36
4.1.	Principaux résultats.....	36
4.1.1.	Ressenti des médecins coordonnateurs des EHPAD vis-à-vis de l'intervention	36
4.1.2.	Objectifs secondaires	36
4.2.	Discussion de la méthode	40
5.	CONCLUSION	41
6.	BIBLIOGRAPHIE	42
7.	ANNEXES.....	45
7.1.	ANNEXE 1 : Livre des codes.....	45
7.2.	ANNEXE 2 : Guide d'entretien initial.....	57
7.3.	ANNEXE 3 : Guide d'entretien final.....	58

LISTE DES ABREVIATIONS

ACCES : équipe Ambulatoire de Coopération et de Coordination pour l'Évaluation Sanitaire et Sociale

ARN : Acide RiboNucléique

ARNm : Acide RiboNucléique Messenger

AV : Auxiliaire de Vie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID 19 : CorOnaVirus Disease 2019

CPIAS : Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

CPP : Comité de Protection des Personnes

EBM : Evidence Based Medicine

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMDE : Équipe Mobile de Dépistage Élargit

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMGE : Équipe Mobile de Gériatrie en EHPAD

EMH : Équipe Mobile d'Hygiène

EMOG : Équipe Mobile à Orientation Gériatrique

IPA : Analyse Phénoménologique Interprétative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PCR : Polymerase Chain Reaction

SARS-COV2 : Severe Acute Respiratory Syndrome du au Coronavirus 2

UP : Unité Protégée

1. INTRODUCTION

En mars 2020, en France, un scénario catastrophe se dessine dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPADs).

En effet, la crise sanitaire liée au SARS-COV2 touche particulièrement les personnes de plus de 75 ans : ceux-ci représentent 79% des décès pour seulement 20% des cas confirmés.(1)

Le nombre de décès attribué à la maladie COVID 19 dans la population générale est de 31.893 au 29 septembre 2020 dont 10.692 dans les EHPADs, soit un peu plus de 33%.

Dès le début de l'épidémie, les équipes médicales et paramédicales des EHPAD se sont retrouvées en grande difficulté, faute de moyens humains et matériels.

Pour pallier à cela, certains hôpitaux, avec le concours de leur Agence Régionale de Santé (ARS), ont mis en place des mesures de soutien parmi lesquelles figurent les équipes mobiles de gériatrie. C'est le cas du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux où, du 23 mars 2020 au 10 mai 2020, 57 interventions ont été menées dans les différents EHPAD de Bordeaux Métropole.

Plusieurs études réalisées avant la crise ont montré les bienfaits des interventions des Équipes Mobile de Gériatrie (EMG) en EHPAD, que ce soit par un avis spécialisé, par l'amélioration de la formation des équipes soignantes mais également par le renforcement du lien ville-hôpital. L'ensemble de ces actions est d'éviter notamment les hospitalisations inappropriées des résidents.

Certaines de ces études se sont intéressées au ressenti de ces professionnels travaillant dans les EHPADs. C'est le cas notamment d'une thèse d'exercice en médecine générale, soutenue en 2014, qui mène une enquête de satisfaction auprès des professionnels des EHPAD de Bretonneau qui bénéficient d'interventions de la part des EMG en EHPAD. (2)

Cependant, les interventions qui font l'objet ces études, ont été menées dans un contexte totalement différent de celui que nous voulions étudier, et la gestion de la crise sanitaire liée au SARS-COV2 dans les EHPAD ne faisait initialement pas partie des missions attribuées à l'EMGE.(3)(4)(5)

L'objectif de notre travail était de déterminer le ressenti global des médecins coordonnateurs des EHPAD ayant bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Bordeaux durant la première vague de l'épidémie à SARS-COV2.

Les objectifs secondaires étaient de dégager l'impact des interventions sur le quotidien des médecins coordonnateurs et d'évaluer les limites de celles-ci.

Nous souhaitons également préciser les attentes des médecins coordonnateurs concernant la mise en place d'interventions de l'EMG en EHPAD de façon plus pérenne.

1.1. Contexte et concepts

1.1.1. SARS-COV 2

1.1.1.1. Généralités

Les premiers cas de SARS-CoV2 ont été enregistrés à Wuhan en décembre 2019. Trois mois plus tard, la quasi-totalité des pays du monde était touchée ; L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré l'état de pandémie mondiale le 11 mars 2020. En 2021, l'origine de ce virus est toujours discutée.

Le SARS-COV 2 est un virus à ARN qui présente 4 protéines de structure :

- Une protéine de membrane (M),
- Une protéine d'enveloppe (E),
- Une protéine de nucléocapside (N)
- Une protéine de surface (S ou Spike).

C'est grâce à cette protéine de surface que le virus peut atteindre le cytoplasme de la cellule qu'il infecte et y libérer son matériel génétique (ARN viral).

Celui-ci sera ensuite traduit en protéines virales qui permettront de créer de nouvelles copies du génome du virus ainsi que l'ARNm codant pour des protéines de structure du virus.

Une fois l'ensemble des composants du virus répliqués, de nouveaux virions s'auto-forment et partent infecter d'autres cellules. (6)

La transmission peut s'effectuer de deux manières :

- Par voie aérienne : gouttelettes contenant des virus, émises par le patient infecté, issues des voies aériennes supérieure et/ou inférieure lors notamment de la toux, du mouchage, de la parole.
- Par contact direct avec une surface infectée ou avec une personne contaminée.

1.1.1.2. Épidémiologie en mars 2020

Le premier rapport hebdomadaire de Santé Publique France est publié le 04 Mars 2020. Il fait état de 285 cas de CoVid-19 confirmés pour 4 décès. 16 % des patients sont âgés de 75 ans et plus.(7)

Une semaine plus tard, le rapport du 10 mars 2020 montre que les 75 ans et plus représentent « seulement » 19% des personnes contaminées. Cependant, ces 19% de personnes positives au SARS-COV 2 représentent 75% des décès liés au virus.(8)

Le lendemain, le gouvernement annonce la fermeture des EHPADs aux visites extérieures. Le 16 mars 2020, le Président de la République Française annonce lors d'une allocution le premier confinement.(9)

1.1.2. Pôle gériatrique du CHU de Bordeaux

1.1.2.1. Gériatrie du CHU de Bordeaux

Une partie du pôle gériatrie du CHU de Bordeaux est tournée vers la médecine de ville par le biais de plusieurs dispositifs (10) :

- **L'hôpital de jour** : il permet une aide à la prise en charge des situations complexes par une évaluation gériatrique (équipe pluridisciplinaire). Les domaines d'expertises sont : la fragilité, les troubles de la marche et chute, plaies chroniques (escarres), soins de support (transfusions), pathologies neurologiques gériatriques (spasticité, troubles cognitifs), diabète, troubles de la déglutition et aide à la décision en cardiologie.
- **La permanence téléphonique gériatrique** : elle permet aux médecins généralistes de contacter un gériatre du lundi au vendredi de 9h à 19h afin de solliciter un avis, une consultation ou une hospitalisation.
- **La télémédecine** : mise en place sur l'hôpital Xavier Arnoz depuis 2014, elle a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes, d'adapter la prise en charge des pathologies chroniques et de repérer leurs problèmes de santé afin de limiter les déplacements ou les hospitalisations. Différentes problématiques peuvent être prises en charge : plaies chroniques complexes, situations palliatives, troubles psycho-comportementaux en lien avec une pathologie neurodégénératives, pathologies psychiatriques, hypertonie déformante acquise.
- **L'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité** : en 2014 la métropole de Bordeaux est retenue comme territoire pilote pour le Programme Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Pour renforcer le lien ville- hôpital, cette nouvelle unité est créée en 2015. Elle est basée à l'Hôpital Saint André et offre la possibilité d'intervenir directement au domicile des patients pour des problématiques gériatriques et/ou sociales. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant un médecin gériatre, une pharmacienne, une infirmière, une assistante sociale et une assistante médico administrative à temps plein ainsi qu'une psychiatre et un ergothérapeute à mi-temps. Les professionnels se déplacent au domicile des personnes âgées de plus de 75 ans, sur sollicitation du médecin traitant. L'unité s'adresse aux personnes âgées, en risque de perte d'autonomie, résidant sur Bordeaux ou les communes voisines qui présentent des problèmes gériatriques tels que le chutes, la dénutrition, la dépression, la poly médication, des troubles cognitifs et qui ne peuvent ou ne veulent pas se déplacer. Elle a pour objectif de faciliter le maintien au domicile et d'améliorer le parcours de soins des patients, d'éviter le passage aux urgences et d'améliorer la prise en charge médicamenteuse en luttant contre la iatrogénie.

1.1.2.2. Plateforme ville-hop COVID

Dans le contexte sanitaire, le CHU de Bordeaux a décidé de mettre en place un dispositif de soutien à l'activité de soins primaires, en donnant une nouvelle dimension au projet préexistant de VilleHop. Celui-ci avait pour objectif d'améliorer la communication entre les équipes médicales hospitalières et ambulatoires. Le 18 mars, a ainsi été inaugurée la plateforme téléphonique VilleHop COVID, ouverte 7 jours sur 7, de 8h30 à 18h30.

Sa mission était d'apporter un soutien logistique, des conseils médicaux et une aide au suivi des recommandations, à tout professionnel de santé de la région Nouvelle-Aquitaine.

Rapidement, une soixantaine de personnes se sont constituées bénévoles pour la plateforme VilleHop COVID (internes en année recherche, médecins retraités et paramédicaux) et ont permis sa mise en place rapide et son fonctionnement. Dans le même temps, le CHU a mis à disposition l'équipement et les locaux nécessaires au bon fonctionnement de ce projet.

La mobilisation de l'ensemble de ces bénévoles a permis d'apporter des conseils, des avis médicaux et des recommandations les plus actualisés et adaptés possibles.

En parallèle des réponses téléphoniques, la plateforme a mis en place une veille scientifique pour que toutes les réponses données respectent le plus possible le principe d'une médecine fondée sur les preuves (ou EBM), les recommandations gouvernementales ou institutionnelles ou à défaut des règles de bon sens discutées de façon collégiale parmi les praticiens présents. L'impact de la pandémie dans les établissements médico-sociaux et notamment dans les EHPADs s'est rapidement imposé à la plateforme. Dans ce contexte, Ville Hop a pu bénéficier, dès le 23 mars, du concours de deux gériatres, l'un retraité et l'autre en thèse universitaire et de l'assistance du pôle de gériatrie clinique du CHU au travers de son unité mobile. Il est en effet apparu évident que la réponse téléphonique n'était pas toujours suffisante pour répondre aux sollicitations des professionnels en EHPAD.

L'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité de Bordeaux a cessé son activité le 17 mars 2020, suite au début du confinement. Elle a rapidement été sollicitée par la plateforme pour intervenir dans les EHPADs de la métropole à compter du 23/3. Ses missions initiales étaient triples :

- Dépister les résidents présentant des symptômes évocateurs du COVID-19, former le personnel des EHPADs au dépistage
- Recenser les besoins en matériel et les difficultés rencontrées sur des problématiques d'hygiène
- Aider le médecin traitant et /ou coordonnateur à orienter les résidents atteints du COVID (Hospitalisation, prise en charge en EHPAD...)

Pour cette mission elle s'est constituée d'une gériatre, d'un interne bénévole (en disponibilité, en stage chez le praticien ou en année recherche) et d'une interne de pharmacie spécialisée en hygiène.

La réorientation de l'activité de cette équipe, en lien quotidien avec la plateforme, a permis la mise en place d'un soutien présentiel aux EHPADs de la métropole bordelaise et la création d'un lien entre ces établissements et les services du CHU.

Dans ce cadre, l'interne d'hygiène effectuait un premier recensement du matériel à disposition (masques, sur-blouses, visières ...) dans les EHPADs, évaluait les connaissances du personnel sur les mesures barrières et sur les mesures spécifiques à mettre en place pour les résidents infectés par le SARS-COV 2.

Il transmettait ensuite ces informations à l'équipe mobile d'hygiène du CHU (EMH), qui pouvait, dans un 2^e temps, se déplacer à l'EHPAD pour effectuer des formations élargies et des interventions plus pointues auprès du personnel.

L'interne de médecine effectuait les prélèvements et formait le personnel des EHPAD à ce geste.

Le gériatre évaluait, de façon collégiale avec le médecin généraliste et/ou coordonnateur l'orientation du patient (maintien à l'EHPAD, hospitalisation, sollicitation de l'équipe Lestey pour une prise en charge palliative).

L'articulation entre la plateforme et l'équipe mobile de gériatrie était permanente. Sept jours sur sept, tout appel concernant les sujets âgés et notamment les résidents d'EHPAD étaient transférés au gériatre d'astreinte présent sur la plateforme. Il déterminait si l'équipe mobile devait intervenir et la joignait alors directement par téléphone, permettant ainsi de répondre à une demande d'intervention dans la journée.

En prolongement de cette équipe, et à la suite des annonces du ministre de la Santé et des Solidarités, Olivier Véran, le 7 avril, la plateforme a entrepris d'organiser une équipe mobile en capacité d'effectuer des dépistages élargis (EMDE) des résidents et des soignants des EHPAD, c'est-à-dire effectuer 150 à 200 prélèvements en une journée dans le but de prévenir toute formation de cluster, et ce dès qu'un résident ou qu'un professionnel de l'EHPAD était dépisté COVID + par PCR. De par sa connaissance des EHPADs et de son expertise en hygiène et en gériatrie, l'équipe mobile de gériatrie a pris part à ces activités de dépistage, en coordonnant notamment sur place les volontaires et en priorisant les patients en fonction de leur état clinique.

Chaque semaine, une réunion avait lieu entre les différentes équipes (hygiène hospitalière, équipe Lestey, EMG, plateforme, direction du CHU) afin de partager les informations sur la situation dans les différents EHPADs et d'organiser un planning des établissements dans lesquels un dépistage élargi était indiqué.

1.1.2.3. EHPADs de Bordeaux métropole

La métropole de Bordeaux compte 28 communes pour 800.000 Habitants. (11). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient en 2018 8% des habitants, soit près de 64.000 personnes.(12)

En 2016 la Gironde comptait 177 (13) Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ce jour la métropole bordelaise en compte 77(14).

En 1999 pour faire face à une population de plus en plus vieillissante, sujette à de nombreuses pathologies du fait de leur fragilités, le gouvernement décide de créer des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Ces « maisons de retraites médicalisées », consolidées en 2002 par une autre loi, ont pour vocation d'accueillir des patients dépendants et âgés de plus de 60 ans et ont plusieurs rôles (15):

- Assurer une aide à la vie quotidienne
- Assurer un hébergement en chambre, une restauration, la lingerie
- Assurer une surveillance médicale, des soins en continu (Infirmières, aides-soignantes)
- Proposer des activités loisir

Le métier de médecin coordonnateur en EHPAD a été créé lui aussi en 1999.

Depuis plusieurs décrets sont venus préciser son action et ses missions qui sont aujourd'hui au nombre de 14 (16):

- 1) Élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonner et évaluer sa mise en œuvre
- 2) Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution
- 3) Organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.
- 4) Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents
- 5) Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins
- 6) Contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation et aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments
- 7) Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement
- 8) Élaborer un dossier type de soins
- 9) Établir un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents
- 10) Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels
- 11) Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés
- 12) Identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques

13) Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins.

14) Élaborer, après avoir évalué les risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1.

1.2. Question de recherche

Comment les médecins coordonnateurs d'EHPAD de Bordeaux Métropole ont-ils ressenti les interventions de l'équipe mobile de gériatrie durant la période du 23 mars au 10 mai 2020 pendant l'épidémie à SARS-COV 2 ?

1.3. Objectif de l'étude

1.3.1. Objectif principal

L'objectif de cette étude était de déterminer le ressenti global des médecins coordonnateurs des EHPADs vis à vis de l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Bordeaux durant la première vague de l'épidémie à SARS-COV2.

1.3.2. Objectif(s) secondaire(s)

Les objectifs secondaires étaient :

- D'appréhender le vécu des médecins coordonnateurs durant la crise
- D'évaluer les limites de ces interventions
- De préciser les attentes des médecins coordonnateurs concernant la mise en place d'interventions de l'EMGE en EHPAD de façon plus pérenne.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins coordonnateurs au sein des EHPAD de la métropole de Bordeaux.

Elle s'est inspirée de la phénoménologie interprétative car nous souhaitons explorer le ressenti de Médecins ayant vécu le même phénomène.

En effet l'analyse phénoménologique interprétative a pour objectif d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécu.

2.2. Population et échantillonnage

Nous avons créé un tableau selon le principe de l'échantillonnage raisonné homogène. Il regroupait les EHPADs et les intervenants rencontrés lors des interventions de l'équipe mobile de gériatrie.

Ont été inclus les médecins coordonnateurs des EHPAD de Bordeaux métropole ayant bénéficié d'au moins une intervention de l'équipe mobile de gériatrie entre le 23 mars 2020 et le 10 mai 2020.

Nous avons exclu les intervenants qui n'étaient pas médecins coordonnateurs.

2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretien individuel compréhensif pour satisfaire à l'Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA).

Ils ont été menés par téléphone pour le premier pour des raisons techniques puis par visioconférence à distance du fait de la pandémie à SARS-COV2.

La plateforme ZOOM® a servi de support pour mener et enregistrer les entretiens.

Ils ont été retranscrits intégralement et rendus anonyme par Thomas Lafon (TL) à l'aide du logiciel Microsoft Word vers 16.43®.

La conduite des entretiens s'est arrêtée après suffisance des données au bout de six entretiens, les deux derniers entretiens ne faisant pas émerger de nouveaux thèmes.

2.4. Analyse des données

L'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (Dr Marie-Neige VIDEAU et Thomas LAFON) pour les trois premiers entretiens.

L'étiquetage initial et l'identification des thèmes ont été conduits à l'aide du logiciel Microsoft Excel vers 16.43® (MNV et TL pour les trois premiers entretiens puis par TL pour les autres entretiens). En revanche l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés par TL à l'aide des logiciels Microsoft Word et Microsoft Excel vers 16.43.®

2.5. Aspects éthiques et règlementaires

Le consentement éclairé des médecins coordonnateurs interrogés a été recueilli à l'oral lors des entretiens.

Les médecins interrogés ont été rendus anonymes par l'emploi du terme « participant » suivi d'un numéro aléatoire entre 1 et 6.

La confidentialité a été assurée lors de la retranscription en remplaçant les noms propres qui ont pu être divulgués par les personnes interrogées par des prénoms choisis aléatoirement, les lieux ayant également pu être divulgués ont été remplacés par des capitales d'autres pays. Les enregistrements audios ont été supprimés immédiatement après retranscription écrite.

Cette recherche n'appartenant pas à la loi Jardé, il n'y a pas eu lieu de réaliser une déclaration au Comité de Protection des Personnes (Avis du CPP de Bordeaux).

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Participant	Tranche d'Age ; entre (Ans)	Sexe	Formation initiale	Med co depuis (Ans)	Nombre d'EHPAD
P1	50 et 60	Femme	MG	2	1
P2	55 et 65	Homme	MG	2	1
P3	65 et 75	Homme	MG	6	1
P4	60 et 70	Homme	MG	18	3
P5	40 et 50	Femme	MG	10	1
P6	45 et 55	Femme	MG	15	1

3.2. Présentations des résultats

12 thèmes se sont dégagés lors de l'analyse ouverte des entretiens. Ils ont été classés en 4 super-thèmes organisés.

- **Un saut dans l'inconnu : entre méfiance, impuissance et sentiment du condamné**
 - Une nouveauté qui déstabilise et fait douter : une perte de repères créant de l'anxiété et de l'appréhension
 - Un sentiment d'impuissance
 - Se sentir condamné : entre contraintes, préoccupation et vulnérabilité
- **Un sentiment d'injustice et de trahison chez des soignants dévoués**
 - Un manque de considération et un dénigrement qui accable
 - Un sentiment d'abandon et d'incompréhension
 - Ténacité et conscience professionnelle : Un investissement sans faille sur fond d'éthique
- **Un apport de savoir/soutien qui émancipe et rassure : comment devenir savant renforce l'image du guide**
 - Un besoin de Savoir pour faire face : entre quête de réponses, confiance et pragmatisme
 - Un désir d'utilité et d'être refuge : entre autonomie, légitimité et bienveillance
 - Un soutien bienvenu : reconnaissance, compréhension et sentiment d'être écouté, suivi

- **Une demande de changement sous forme de compagnonnage : l'acculturation**
 - Partager du Savoir et apprendre des autres : un esprit d'équipe pour éclairer les pratiques
 - Une conscience de ses limites motrices : ouverture au changement, aide concrète et désir de simplicité

3.2.1. Un saut dans l'inconnu : entre méfiance, impuissance et sentiment du condamné

3.2.1.1. Une nouveauté qui déstabilise et fait douter : une perte de repères créant de l'anxiété et de l'appréhension

Du fait du contexte sanitaire les participants ont dû faire face à une situation inédite. Il ressort que la plupart d'entre eux se sont sentis démunis face cette nouveauté, le manque de savoir et la perte des repères étaient générateurs d'anxiété voire même d'appréhension.

« J'étais paumé par le...par la modification des pratiques » P1

« On s'est vite rendu compte que le vide, euh le le vide fait peur » P6

« On était dans le brouillard... donc les avis mutiques... parce que l'ARS a été très mutique. Je rappelais les copains de l'ARS en disant et oh on fait quoi ? c'est quoi les consignes ? Et puis en fait ils découvraient aussi. Donc ils ont... au début, rien dit » P2

« Quand le Covid rentre on sait quand il rentre on ne sait pas quand il sort... » P4

« Ils étaient tous habillés de la tête aux pieds en cosmonautes, voilà, ça... c'est quand même pas le fonctionnement habituel d'un EHPAD ! » P5

« Même, on sait pas si...si...si c'est sur nous parce que la guerre quand l'ennemi est pas là mais ... mais là, l'ennemi on sait même pas si il est sur nous » P6

Le doute a parfois créé de la méfiance, comme chez la participante 1.

« On a eu un soi-disant covid plus » P1

« Moi j'ai un peu douté. J'ai... alors... il... j'ai j'ai toujours douté de ce diagnostic... soit disant le temps qu'il arrive aux urgences, alors qu'il avait été aphyrélique, il avait il avait 38... donc je me suis dit un peu que les urgentistes qui étaient friands de voir enfin des covid avaient peut-être... enfin j'ai vraiment remis en cause ça parce que je pense que c'était un... je pense qu'ils ont fait du surdiagnostic » P1

La perte de repère a elle-même était accentuée par l'intensité de la pandémie pour le participant 2.

« Quand on est complètement le nez dans le guidon au bout d'un moment on ne sait plus » P2.

Le fait de devoir sans cesse s'adapter et de ne pas savoir de quoi le lendemain serait fait, a été anxiogène.

« Il y avait toujours la menace d'être infecté parce-que ils auraient pu infecter une autre personne » P3.

« On se disait... on se disait mais qu'est ce qui se passe quand on... quand on les prend ? » P4

« Surtout, c'était une angoisse pour nous par rapport aux résidents, par rapport... et aussi par rapport aux personnels. Il a fallu qu'on réapprenne à... à tout moment à penser Covid et à réfléchir covid entre autres... » P4

« Ça m'a fait prendre conscience qu'en définitive, c'est pas si facile que ça d'être attentif à des... des nouvelles pathologies » P3

« Il a fallu aller, aller piocher partout des infos quoi. » P4

« Quand on voyait ce qu'il se passait aux alentours...c'était quand même le gros stress de se dire quand est-ce que ça va nous arriver. Le nombre de décès qu'il y avait partout voilà donc oui pas très bien dormi pendant quelques temps » P5

3.2.1.2. Un sentiment d'impuissance

Il ressort également un certain sentiment d'impuissance probablement en partie né de cette incertitude.

- Impuissance face à la situation et face à la pathologie.

« On avait l'impression d'être sur la Lune » P4

« Là vous faites ce qu'on appelle des comités de direction toutes les semaines... et vous voyez quasiment la direction tous les jours et l'infirmière cadre tous les jours et on s'asseyait et on disait : qu'est-ce qu'on fait ? » P4

« On a peut-être un peu raté le coche au départ parce que il y a eu un patient qui n'a pas du tout été détecté comme étant covid parce qu'on n'y était pas encore formés » P3

- Impuissance créée par le manque de moyens matériel et humain.

« En plus on n'avait... on n'avait pas de masques ou très peu, on avait pas de test... » P4

« On n'avait pas de test, on avait rien de tout ça, donc on faisait un petit peu comme on pouvait » P3

« C'est vrai qu'on a... on est toujours en manque de personnel, ou euh des postes non pourvus, bon... » P4

- Impuissance liée aux marges de manœuvre restreintes et l'ampleur du travail qu'ils avaient avec un constat accablant mais réaliste pour le participant 4.

« Là, là en effet je vais y passer ma nuit déjà on travaillait jusqu'à 22 heures euh là on s'est dit bon ok, là, je travaille, je dors plus, je... » P6

« Je ne me faisais pas d'illusion et même encore parce que là j'ai eu d'autres cas... sur l'EHPAD sur... la capacité que j'avais de pouvoir hospitaliser les gens qui sont pour la plupart déments et très âgés » P4

« On s'est retrouvé avec 23 cas sur 29... c'est dingue et la seule chose... on était derrière le mur de Berlin quoi... » P4

« On n'a jamais réussi à se reposer quoi. Donc au début on y allait mais après c'est lourd quoi comme quand je vois les nouvelles vagues qui reviennent etc ouais ouais c'est c'est c'est lourd » P6

Ce sentiment d'impuissance est également accentué par une sensation d'être pris au piège.

3.2.1.3. Se sentir condamné : entre contraintes, préoccupation et vulnérabilité

Il ressort également de nos entretiens un sentiment d'être condamné, prisonnier de la situation avec un vécu parfois lourd et un sentiment de vulnérabilité.

La relation avec la hiérarchie a été source de préoccupation par le participant 3 avec un sentiment d'obligation.

« Alors on a été abreuvés de consignes. Euh, qui changeaient quasiment tous les deux jours, qu'il fallait mettre en place qui, alors, qui étaient des consignes tout à fait... qu'on peut pas... pas coercitives mais qui était impératives à mettre en place et qui euh, euh... le manque de matériel qu'on a eu ne permettait pas de les mettre en place » P3

On note également chez ce participant que les contraintes ont été imposées par la situation et le « faute de mieux ».

« Nous on a surveillé les résidents on les a confinés c'était une grosse erreur au départ je pense de les confiner tous comme ça, mais c'était la seule solution qu'on avait je dirais... » P3

Parfois la réalité fait irruption et renvoie le participant 4 à sa propre finitude.

« On a eu donc une dame avec des facteurs de comorbidité qui était intubée ventilée... dans le personnel ! Ça... ça fait drôle quand même... » P4

Chez plusieurs participants émergeait un sentiment de vulnérabilité qui s'est traduit par l'utilisation du champ lexical de la guerre.

« On avait l'impression d'aller à la guerre, sincèrement... » P4

« Moi je partais le matin ; à ma femme, je lui disais, tu sais, je vais au combat, quoi » P4

« Moi j'entendais passer au-dessus, parce que j'habite pas loin de l'aéroport, j'entendais passer les hélicoptères et tout... c'est, c'est, c'est... voilà on avait l'impression de partir au combat c'est un peu ça... » P4

« Il fallait être sur le pont, au front. » P6

« Il fallait affronter un ennemi inconnu et, et, et vraiment rien laisser passer quoi. Donc euh, ce... on, on était un peu en mode guerrier, quoi. » P6

« On est en civil et là on s'est tous habillés. On était tous identiques en fait. La directrice avait une tenue d'infirmière moi je... enfin on était tous habillés pareil et on était en mode combat. » P6

« Heureusement qu'il y a de bons moments, de partage de... c'est c'est vrai qu'il fallait remonter le moral des troupes quoi » P6

« C'est vrai qu'il y a tout ça en plus... de l'organisation, du, du, de la crainte de, de tout ce qui peut se passer mais derrière fallait garder le moral des troupes : soignants résidents, familles. » P6

Le médecin coordonnateur dans son rôle de protecteur, a même pu se sentir pris au piège par des pressions extérieures.

« On a tout fermé donc on s'est fait engueuler par... on s'est fait engueuler par les familles. Au début on s'est fait vraiment, vraiment, euh, agresser quoi. » P4

« Le stress il était... d'abord pour nous. Parce que le sentiment qu'on a quand on est médecin co comme ça, et... médecin traitant ou très impliqué dans les EHPAD c'est qu'on se sent responsable » P4

« On avait l'impression d'avoir un poids sur les épaules énorme. De de de dire, on va nous critiquer... si jamais on a un cluster c'est qu'on a mal fait c'est qu'on a pas... alors que franchement n'importe qui aurait pu avoir un cluster, n'importe qui peut amener sans le savoir euuuh ce virus » P6

3.2.2. Un sentiment d'injustice et de trahison chez des soignants dévoués

3.2.2.1. Un manque de considération et un dénigrement qui accable

La participante 1 s'est sentie peu considérée par sa hiérarchie, voire même dénigrée.

« Ma directrice euuuh m'a reproché euuuh de ne pas mettre tout de suite euuuh d'avoir... d'avoir commencé le travail de préparation du covid sans moi » P1

« Je l'ai vécu euuh avec une certaine fatigue, fatiguée, frustration donc des reproches qui m'ont été fait que... que que j'étais pas très très disponible et donc pas de... aucun commentaire sur, sur toutes les heures sup que j'ai faites, complètement oubliées » P1

Le manque de considération a également été vécu par certains, comme un manque de reconnaissance de leurs compétences.

« En fait et bah, il s'est passé ce qui se passe souvent quand on est médecin co, que le, le médecin co n'a qu'un conseil, n'a qu'un rôle de conseil du directeur et que le directeur il en fait ce qu'il en veut. Donc le directeur a dit non non on va la... on va fermer sa chambre à clé. Donc moi je me bats, je pensais que le gériatre de garde m'avait donné le le bon, le conseil qui était logique qui était en vigueur à l'époque et ben voilà... beaucoup beaucoup de temps pour... pour que finalement mon travail et le sien soit soit invalidés par par la direction, par la direction » P1

« Elle a dit « on a 40 personnes qui rentrent qui sortent, on prend pas plus de risque avec les familles c'est pas la peine (de fermer l'EHPAD) » et on a compté la semaine d'après : 9 cas. 9 cas... et là branle-bas de combat qu'est-ce qu'on fait ? » P4

« Mais par secteur sauf les UP où il y a deux unités qui mangent ensemble c'est pas forcément mon choix » P5

Cela a créé, de fait, un sentiment d'abandon et une certaine incompréhension.

3.2.2.2. Un sentiment d'abandon et d'incompréhension

Les participants 4 et 2 se sont sentis seuls avant les interventions.

« On était vraiment... un peu seul au monde quoi » P4

« Au début on n'avait aucune consigne du national je veux dire il fallait se démerder » P2

« Je suis pile poil passé par une rue où les gens sortaient dans leur rue et applaudissaient comme ça et, et, et je passais par là pour rentrer chez moi au hasard et et, et ça m'a fait du bien » P6

Avec, pour le participant 4 une incompréhension de la stratégie des instances.

« Quelques jours après je croise aussi la direction de Pessac, c'est une directrice, il faudrait absolument fermer l'EHPAD parce que euh il y a des clusters qui s'installent partout. Faut qu'on soit ultra vigilant et elle me dit ok je vais le faire. Elle le fait elle en informe l'ARS. Pour un EHPAD public l'ARS nous dit madame vous n'avez pas le droit de le faire. C'est... ça ça ... c'est important quand même... Et 48 heures après l'ARS a envoyé un message comme quoi il fallait fermer... » P4

Ils ont même exprimé un sentiment de déconnection avec la réalité du terrain.

« On... on...on a senti quand même que... euh... l'ARS nous envoyait des infos tardivement pas toujours adaptées »P4

« Nous on s'est sentis par l'ARS... On s'est sentis lâchés ils nous balançaient des mails, ils nous balançaient des trucs qui étaient très souvent... par exemple il fallait qu'on fasse un relevé complet des... des patients voilà... qui était...on a l'impression... qu'ils avaient besoin de chiffres et on avait jamais de conseils pratiques » P4

3.2.2.3. Ténacité et conscience professionnelle : un investissement sans faille sur fond d'éthique

Pour faire face à ce contexte, les médecins ont réagi et se sont sentis en mission.

« Moi j'ai, dans le feu de l'action, parce que là, j'ai du coup, j'ai travaillé tous les jours. » P3

« Le weekend, je passais deux à trois heures par jour à essayer, à essayer de trouver des infos quoi. A la fois sur les traitements, à la fois sur l'organisation, comment on faisait. Et mon collègue avec qui je partage l'EHPAD, on s'envoyait des infos le weekend on était sur internet le weekend lui il cherchait sa fille est médecin aussi et on cherchait des infos voilà » P4

« On pouvait pas être dans l'inaction. C'est... y'a y'a y'a... on avait tous du stress et on devait tous agir, faire quelque chose, avancer, rassurer, organiser. » P6

« Tout le monde est monté au créneau moi j'ai dû amener les tests une fois faits au labos... fin, voilà... » P4

« Enfin, j'ai fait beaucoup d'heures sup euuuh dans mon... dans mon EHPAD » P1

Le participant 4 évoque également un sens du devoir qui va de pair avec l'engagement du participant 3.

« Les vieux qui faut qu'on s'occupe aujourd'hui ils ont eu la guerre euuh c'était aussi un autre problème donc bon on oublie, ça » P4

« Parmi les soignants j'étais le premier à être dans les, dans les fragiles (rire) vu mon âge donc je le disais moi j'ai pas peur donc faut pas » P3

Un engagement qui touche tous les maillons de la chaîne soignante pour le participant 3 et la participante 6.

« Alors on a eu, on a eu, quand même un certain nombre de soignants qui ont, qui n'ont pas voulu venir travailler mais vraiment, enfin je sais pas les autres EHPAD, ça a été quand même marginal. » P3

« Sur cette première période sur le premier confinement on a eu zéro arrêt de travail [...] Alors que c'est quand même notre quotidien. Une aide-soignante le matin appelle ou appelle pas en disant et puis elle appelle un peu en retard en disant ah beh oui c'est vrai j'ai oublié de vous appeler je suis pas bien je suis vraiment fatiguée euh j'ai mal à la tête ce matin je peux pas venir. C'est notre quotidien... tous les jours on a un débrief le matin pour voir la journée et c'est « alors il manque qui aujourd'hui » » P6

Un professionnalisme qui inclut une responsabilité et des prises de décision.

« Il a fallu inventer tous les jours quelque chose. » P2

« Là le directeur et moi...avec mon confrère on a ... on a décidé de fermer complet. Très très vite très tôt. » P4

On note chez la plupart des participants, de la bienveillance.

- Que ce soit envers les patients comme la participante 1 et la participante 5.

« Éthiquement, vous voyez on parlait de l'éthique toute à l'heure, c'est quand même très très difficile. Voilà parce qu'on a on a quarante résidents en UP, qu'on a fait pour la totalité de force et plus d'autres dans les unités ouvertes ceux qui se font aussi euh de façon pas détendu j'avoue que... on n'aime pas trop. » P5 parlant de la réalisation des tests PCR.

« [...] en gériatrie c'était de la prévention du bien vieillir » P1

- Ou envers les confrères et consœurs comme les participants 4 et 6.

« Deux infirmières qui étaient là, les deux jeunes, ont fait un travail remarquable » P4

« Tous les jours on passait d'équipe en équipe et d'unité en unité pour rassurer, expliquer, répondre aux questions. » P6

3.2.3. Un apport de Savoir et de soutien qui émancipe et rassure : comment devenir savant renforce l'image du guide

3.2.3.1. Un besoin de Savoir pour faire face : entre quête de réponses, confiance et pragmatisme

Le sentiment d'avoir besoin d'un apport de savoir a été au cœur de beaucoup de nos entretiens.

« Je me souviens, à 20 heures, j'étais épuisée et je tombais et des fiches et des fiches et des fiches. On essayait de rassembler les données de de de les résumer aussi pour que ce soit plus facile » P6

Pour les participants 2, 3 et 6, cet apport est le rôle de l'équipe mobile avec l'apport d'un soutien technique et d'une aide dans la prise de décisions.

« On a eu le l'arrivée de la cavalerie légère de l'hôpital qui est venu nous faire des tests partout. » P3

« Avec eux (l'équipe mobile) au début ça a été tant qu'on n'avait pas de protocoles clairs c'était ben voilà là elle m'avait sensibilisé sur l'arrêt des nébulisateurs, sur, euuuh qu'est-ce qu'on a à mettre en place qu'est-ce que... quelle prévention on à mettre en place également et puis tous les signes ! Parce qu'on découvrait les signes les uns après les autres qu'ils apparaissaient, voilà la perte du goût et tout ça c'était pas clair au début hein » P2

« Pour un démarrage c'était indispensable parce que là c'était du lourd, ils venaient avec tous le matériel cette formation, cette sensibilisation, cette réassurance parce qu'on se dit ils sont formés, ils savent, eux » P6

Une recherche de savoir pour le participant 2 qui passe aussi par ses propres relations.

« J'avais la chance d'être, de très bien connaître des médecins co sur Paris et comme Paris avait quatre mois d'avance il y avait tous les clusters avant du coup j'avais un peu les infos les protocoles » P2

Pour les participants 3 et 4 l'existence de l'équipe mobile a généré de la confiance et de l'assurance, rayonnant jusqu'aux équipes de soins.

« Y'avait de l'angoisse... sincèrement euh c'était quand même une période d'angoisse... et là l'équipe mobile ils sont venus, ça nous a rassuré. Tout ce qu'on avait fait déjà... le fait aussi déjà par rapport aux équipes, qu'il y ait l'équipe mobile de l'hôpital qui vienne euh... ça met du poids dans les choses voilà ça dit « bon ok » voilà. » P4

« Voilà, le simple fait d'avoir quelqu'un au téléphone qui dit je comprends et on me répond mon service est plein, la mut c'est plein... euh euh le CHU c'est plein... on peut pas trop mais essayez de faire comme ça, comme ça, voilà ! C'est ça qui est important » P4

« Le fait qu'ils aient l'équipe mobile, qu'on ait les renseignements, qu'on ait un appui comme ça téléphonique ou je leur dis, tiens j'ai téléphoné bon ils pensent pas que ce soit ça, faut attendre un petit peu, faut surveiller... c'est vrai qu'il y a eu une meilleure ambiance, enfin meilleure ambiance... euh... moins stressé, les gens étaient beaucoup moins stressé donc ça ça allait beaucoup mieux. » P3

3.2.3.2. Un désir d'utilité et d'être refuge : entre autonomie, légitimité et bienveillance

Durant cette épreuve il ressort que certains se sont positionnés comme des guides, des refuges pour les autres.

Les participants 3 et 4 se positionnent comme une figure paternelle là pour rassurer et tempérer les émotions avec bienveillance.

« J'ai travaillé tout le temps pour justement essayer d'aborder... d'être... de rassurer les équipes parce que les aides-soignants les les AV, même les infirmières, ont été euh... ont passé je dirais une bonne semaine à paniquer. Parce que... elles avaient l'impression de, d'être dans un bunker » P3.

« Nous sentant, nous sentant relativement sereins, je pense que ça a joué un rôle sur leur capacité de rés... on dit maintenant même si le mot a été un petit peu galvaudé, de résilience. C'est à dire qu'ils ont accepté, ils ont accepté le confinement... relativement... au départ hein, au départ. Euuuh c'est vrai que le confinement après ça a été vraiment quelque chose de... très très difficile pour les résidents. Vraiment... ça a donné une surcharge de travail énorme pour les, pour le personnel qu'il soit administratif qu'il soit soignant qu'il soit... les gens qui faisait les auxiliaires de vie » P3

« J'étais en congés, on m'a appelé pour me demander on fait quoi. Donc vous... ça dépend de votre implication dans la structure. Moi je suis assez impliqué puisque je suis médecin co un peu mais surtout beaucoup médecin traitant. Mais médecin co c'est comment dire... c'est... naturel et que vous avez en face de vous une direction et un infirmier cadre qui dit on fait quoi et là il faut trouver... il faut avoir les bonnes paroles. Faut avoir la bonne décision... » P4

Pour le participant 4 le soutien de l'équipe mobile avec cette possibilité d'apport du savoir a pu également permettre une certaine légitimité de son rôle de guide.

« Ça permet de... en plus par rapport aux équipes soignantes, infirmières aides-soignantes, ça permet de dire ben on est pas isolés et que on arrive à faire actionner des leviers. C'est important quoi, on est pas au fin fond de la campagne de la girondine voilà quoi. On est pas isolés. » P4

La participante 1 a plutôt un désir d'autonomie dans la pratique et l'apport de savoir par l'équipe mobile peut lui permettre d'arriver à son objectif.

« On aurait besoin d'une équipe mobile dans les ehpad oui... en fait, en fait on en aurait besoin. Si on était parfaitement formés en... normalement, dans l'idéal, et moi je vais tendre vers ça, c'est d'être aussi performante que les médecins de l'équipe mobile et à ce moment- là, j'en n'aurai plus besoin. Mais tant que les médecins co ne seront... n'auront pas la formation aussi aussi évoluée que les gériatres eh beh ça nous servirait toujours d'avoir d'avoir ses interventions » P1

« Je sais que j'ai des carences sur troubles du comportement et psychiatrie donc donc je sais c'est là que je vais me former huuuummmm donc c'est là aussi où je vais le plus avoir besoin de... d'aide. Mais je pense que si on pouvait atteindre, atteindre un niveau de compétence, un certain niveau de compétence en gériatrie, bah on n'aurait plus besoin de l'équipe mobile de gériatrie ou de psychiatrie et moi je pense que ce serait quand même la solution. » P1

Elle ressent aussi de la satisfaction à guider, son expérience précédente la rendant légitime aux yeux des autres et d'elle-même.

« J'avais de l'expertise, j'avais de l'avance sur les autres ehpad puisque j'avais été cluster à Bordeaux le premier le 1er septembre et le groupe m'a m'a demandé d'aller en renfort dans des ehpad cluster. Je suis allée jusqu'à Toulouse et du coup j'ai renforcé mon expertise » P1

3.2.3.3. Un soutien bienvenu : reconnaissance, compréhension et sentiment d'être écouté, suivi

Les médecins coordonnateurs ayant bénéficié de leurs interventions ont exprimé une reconnaissance envers l'équipe mobile.

En effet les interventions ont été mises en place quand le doute était à son apogée.

« Au début on s'est tous débrouillés et ça a été pour moi le boulot de l'EMOG. C'était essayer de dire il n'y a rien d'écrit pour l'instant au niveau de la DGS au niveau de l'HAS tout ça mais voilà vitamine D vitamine C et puis lovenox... » P2

Le sentiment d'appartenance a également pu diminuer la peur générée par l'isolement.

« Là on n'avait franchement... par les forums de discussion qu'on pouvait avoir, j'avais vraiment l'impression que la... le monde gériatrique Bordelais s'était retrouvé entre nous derrière les hospitaliers pour qu'on avance quoi » P4

« Je je je me suis senti faisant partie d'un groupe » P4

Il apparaît que l'accès à ce soutien a rassuré les médecins coordonnateurs.

« L'organisation des dépistages c'était euh indispensable parce que c'était trop lourd donc c'était indispensable qu'ils soient là » P6

« En tout cas on l'avait au cas où ça c'est quand même un côté rassurant » P6

Outre cet accès, la disponibilité et la réactivité du dispositif ont été la plupart du temps appréciés et soulignés.

« Ils ont été vraiment disponibles » P2

« Moi ça a été très rassurant je trouve qu'ils ont été très bons ils ont été très bons très très réactifs surtout » P2

« Honnêtement par le CHU, enfin franchement à chaque fois qu'on a appelé voilà on était content de pouvoir avoir ce relais local » P5

« C'était plutôt chouette ouais ouais très, très... enfin moi j'ai été... j'ai trouvé que c'était... ça s'était mis en place assez vite, euh la cellule d'appui moi j'ai aussi appelé à plusieurs reprises... » P5

« Ils nous ont permis, parce que à l'époque on n'avait pas du tout accès de manière rapide et en grand nombre aux tests PCR donc ils sont venus et ils ont fait un paquet de test PCR. Ah très bien vraiment... non sincèrement... sincèrement j'ai trouvé ça sympa. » P4

« C'était quand même une période tellement dense et j'avoue que l'équipe mobile qui est venue pour dire allez ok, on vient, on va aller euh ben pour les soignants on venait dans la salle de réunion, on avait tout mis en place. Et puis après, on passera de chambre en chambre, on peut être assez autonome, on peut faire des tests etc ça c'était du pain béni hein » P6

On note également un certain sentiment de reconnaissance du travail en EHPAD.

« C'est une chouette équipe sur l'EHPAD où je suis et puis on se donne vraiment les moyens d'accueillir et d'avoir un retour positif ça fait vraiment du bien Rien qu'un merci vraiment on a été super bien accueillis etc ouf alors on se dit qu'on fait pas ça pour rien » P6

Le fait d'aider à prendre une décision, à donner un avis même si parfois les décisions conjointes n'ont pas pu être appliquées a été vécu de façon positive.

« Mais bon il m'a quand même, il m'a quand même soutenu dans le sens où il m'a aidé à prendre à donner à donner mon... il m'a aidé à donner mon avis même si cet avis n'a pas été suivi » P1

Certains médecins ont également apprécié le suivi et ne se sont donc pas sentis abandonnés après les interventions.

« Ce que j'ai bien aimé aussi c'est que j'ai eu une question, elle savait pas. Ce qui est complètement normal, mais elle m'a envoyé un mail deux jours après en disant ben voilà j'ai vu telle chose à tel autre endroit peut-être que ça peut vous intéresser et puis vous pouvez téléphoner » P2

« Parfois on pouvait avoir des intervenants qui n'avait pas la réponse, ça peut arriver mais qui euh enfin moi, à chaque fois que quelqu'un... que j'ai eu quelqu'un et qu'il m'a dit je vous rappelle la personne a toujours rappelé. Il y avait un vrai suivi derrière même si la réponse était pas donnée immédiatement la personne allait aux infos chercher la réponse et rappelé » P5

« Je sais pas si c'était comme ça dans tous les territoires mais honnêtement heureusement qu'il y avait cet... cet appel possible et ce soutien possible. » P5

3.2.4. Une demande de changement sous forme de compagnonnage : l'acculturation

3.2.4.1. Partager du savoir et apprendre des autres : un esprit d'équipe pour éclairer les pratiques

Il semble que pour le participant 1, 2, 3 et 6 l'important ait été d'apprendre des autres et de partager des connaissances avec le médecin de l'équipe mobile.

« C'était un lien c'était une relation à deux personnes » P1

« Là que ce soit en télémédecine ou l'équipe mobile, les équipes sont là donc il y a de vrais échanges. » P6

« On a pu réfléchir ensemble. Moi c'est ce que j'avais besoin, ce dont j'avais besoin plutôt, c'est de pas quelqu'un qui voilà, c'est de réfléchir ensemble » P2

« Ils ont été très bons dans le... beh on est avec et puis on explore ensemble. Et les infos qu'ils peuvent avoir par le chu il nous les ont fait passer » P2

« Ils ont dû venir que deux fois sur site mais après il y a un compagnonnage qui se fait, un échange. » P2

« Le seul conseil que je peux vous donner c'est de justement de... d'être entre guillemet humble c'est à dire ne pas...ne pas penser qu'on sait tout... qu'on est des manitous. On n'est pas des sorciers non plu,s et qu'il faut parfois... et parfois nos nos patients, nos patients nous apprennent pleins de choses » P3

« Il y a un rôle... de maîtrise technique on va dire. Et de et de et de soutien dans les décisions... » P4

Pour le participant 2 et 5 il est primordial que cet échange se fasse, en dehors du contexte, au moins en partie en présentiel.

« Bien que l'expertise vienne sur place et discute avec l'aide-soignante et l'infirmière le med co ça pour moi c'est... donc c'est très intéressant pour moi sur des situations cliniques précises » P2

« La personne ne peut pas se déplacer parce qu'on sait très bien que prendre l'ambulance, aller passer une journée à l'hôpital de jour c'est compliqué. Et que du coup la famille n'est pas d'accord non plus. Du coup, on fait rien. » P5

Le participant 4 souligne également cette idée de partage.

« J'ai eu l'impression de faire partie vraiment, d'être dans la boucle. Et et on et qu'on avait cette aide euh de la réflexion que pouvez amener les hospitaliers puisqu'ils ont une formation qui n'est pas la nôtre, qui est.. ils ont aussi accès à des infos plus vite et en réseau, chose qu'on a pas quoi. » P4

3.2.4.2. Une conscience de ses limites motrice : ouverture au changement, aide concrète et désir de simplicité

Les participants 4, 6 et 2 font face à plusieurs problématiques.

« C'est vrai qu'en gériatrie en EHPAD on est souvent un peu tout seul » P4

« Je pense qu'ils auraient vraiment des réflexions à faire au niveau Alzheimer, au niveau troubles du comportement, au niveau... » P2

« Pour moi euh la gériatrie en institution c'est une vraie spécialisation. C'est c'est c'est un vrai métier quoi... voilà bon il se trouve que moi je fais ça depuis très longtemps mais gérer un trouble du comportement on le gère pas en venant une fois par mois. » P4

« J'ai quelques exemples en tête ou il faut les appeler les rappeler ... et ils viennent pas. Le médecin co si il fait pas de soins, il est un peu embêté quoi... » P4 parlant des médecins traitants se rendant en EHPAD

« On a on a eu ça a été pour nous plus soit un recours pour avoir des indications au niveau diagnostic euuuh puisque des fois on vous disait est ce que c'est vraiment ça, est-ce que c'est pas vraiment ça, on n'avait pas de test... ». P3

« On est bien formé sur les troubles du comportement généralement de plus en plus euh pour les équipes soignantes mais aux pathologies psychiatriques là on est vraiment perdu quoi ». P6

Plus encore que le simple apport de Savoir, les participants 1,2,3,4 et 6 sont en quête d'une solution plus pérenne qui illustre un des rôles de l'équipe mobile : l'acculturation.

« Du coup ça fait pédagogie pour les autres donc ça fait des micros formation ouais c'est vraiment le job des équipes mobiles de soins palliatifs c'est, on traite un cas et finalement en traitant un cas on vous montre comment il faut faire les autres. A mon avis c'est à développer pour l'EMOG. » P2

« En fait on se forme aussi beaucoup... moi je me suis beaucoup, moi je suis beaucoup formée en psychiatrie en faisant des téléconsultations. En assistant aux téléconsultations, en menant les téléconsultations avec avec des missions. J'en apprends chaque fois et donc on se forme aussi beaucoup en co-consultant en assistant à l'expertise de nos... de nos confrères plus compétents que nous. » P1

« Il faut arriver à trouver des intervenants avec... un niveau de compétences... c'est ça le problème. L'avantage c'est que le niveau de compétence est amené par ... que ce soit les équipes mobiles de gériatrie ou que ce soit quand on fait de la télé médecine. » P4

« Je pense que c'est nécessaire il faudrait même faire appel plus souvent... enfin pas pour n'importe quoi mais mais je pense qu'il ya il ya une indication à ce que ce soit pérennisé. Pas seulement pour la covid hein C'est pas SOS médecins. C'est vraiment quelqu'un qui vient pour me donner, non seulement un avis mais je dirais... euh oui soutenir l'équipe soignante » P3

« Ça nous a montré la voie pour faire après par nous-même »P6

« Donc avoir une équipe mobile c'est génial parce que ça permet de former en même temps. » P6

« Le CPIA c'est l'équipe d'hygiène qui dépend du CHU donc alors que c'est vraiment que de l'hygiène mais très très performant sur la réflexion sur... c'est ce qui nous a fait par exemple décider après réflexion avec le CPIA de mettre du gel hydroalcoolique dans un distributeur dans toutes les chambres ce qui dans les EHPAD ne se fait pas. » P2

« Moi je voyais ça comme étant un appui pour pour prendre en charge des situations complexes » P3

Les participants 3 et 6, bien qu'en total accord avec le principe d'acculturation, soulignent également des limites de ce modèle : le côté réfractaire à une intervention extérieure de certains médecins traitant intervenant en EHPAD, le délai d'intervention de certaines équipes et le manque de temps du personnel soignant.

« Je pense que mes confrères n'ont pas l'humilité obligatoire de reconnaître que ça leur apporte... déjà de l'expérience et, deuxième chose, que ce qu'ils ont rencontré, même si ça se reproduit pas obligatoirement systématiquement de la même façon, ça leur donne des armes pour mieux traiter ou mieux prendre en charge les... les les problèmes des personnes » P3

« Combien de fois j'ai dû annuler l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs parce que la personne était décédée avant leur arrivée... » P6

« Ça permet d'avoir un avis spécialisé, de former en même temps mais il faut que nous, en interne, on ait ce temps-là de formation, d'explication en fait. Donc, pour moi, il y a ce frein-là. C'est que on est tous au taquet et que pour un sujet qui pose problème, une situation de soins palliatifs très complexe un... un... une pathologie psychiatrique qui bon, voilà, à chaque fois ça nous fait perdre tellement de temps... on stresse, ça nous met le bazar dans l'organisation des soins etc. Là on va prendre le temps de rencontrer l'équipe mobile de se former, de comprendre, d'ajuster les traitements etc... mais faire ça tous les jours, pour chaque situation, pour améliorer la qualité des soins, on pourra pas » P6

Ce à quoi le participant 4 répond en soulignant l'importance d'un dispositif à la demande et non pas substitutif.

« Tout l'intérêt d'une unité de soins mobile c'est de renforcer, à la demande bien sûr, renforcer le niveau de compétence pour les prises en charge. » P4

Pour la participante 5 c'est une aide concrète tournée vers le patient et pour le patient.

« Parce qu'une évaluation sur place c'est... ça serait bien utile dans beaucoup de cas » P5

« Ça permet aussi de se rencontrer directement, de voir comment est l'établissement. Je pense qu'il y a des choses qui passent pas sur une télé consultation. » P5

« L'évaluation sur place ça permet parfois de voir l'environnement voir vraiment la personne fin c'est pas pareil qu'une télé consultation » P5

« C'est génial. Beh, oui c'est le mieux on peut pas... une équipe qui se déplace qui est professionnelle qui vient sur place y'a pas mieux pour moi » P6

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

4.1.1. Ressenti des médecins coordonnateurs des EHPAD vis-à-vis de l'intervention

Dans notre travail, les interventions de l'équipe mobile de gériatrie au sein des EHPAD de Bordeaux métropole semblent avoir été accueillis positivement par les médecins coordonnateurs.

L'EMG a pu, grâce à un soutien technique et humain, apporter sa compétence.

L'apport de savoir et la connaissance de ce dispositif semblent avoir rassuré les médecins coordonnateurs et leur a également permis d'asseoir un peu plus leur position de Guide vis-à-vis de leur équipe soignante.

Le sentiment d'être écouté, le suivi prodigué ainsi que la réactivité du dispositif ont généré une satisfaction et un sentiment de gratitude.

Il s'est ainsi formé une alliance « équipe mobile-médecin coordonnateur » génératrice d'une certaine reconnaissance professionnelle pour des soignants en EHPAD qui souffrent souvent d'un manque de considération.

Certains soulignent également le « rayonnement » de cette réassurance sur l'équipe soignante.

Dans la littérature, on retrouve cette satisfaction vis-à-vis des interventions d'une équipe mobile de gériatrie. (17)(18)

Cependant, ces études ne sont pas qualitatives, de plus elles n'ont pas été réalisées auprès de médecins coordonnateurs et le contexte n'était pas celui de la crise sanitaire que nous avons voulu étudier.

Aucune étude réalisée auprès de médecins coordonnateurs français et européens durant la crise sanitaire n'a été retrouvée dans la littérature.

4.1.2. Objectifs secondaires

L'épidémie à SARS-COV 2 a été vécue comme un véritable saut dans l'inconnu par la plupart des participants, en lien avec le manque de connaissances que les médecins coordonnateurs avaient face à cette menace. Cette méconnaissance a généré une perte de repères ainsi que de l'incertitude et du doute allant parfois jusqu'à la méfiance et la remise en question.

Un article s'intéressant au ressenti des soignants des EHPADs du bassin Viennois durant la pandémie a lui aussi permis de mettre en évidence cette perte de repères mais également une quête de reconnaissance. Pour les auteurs, ces deux éléments s'inscrivent dans une atteinte de l'identité professionnelle des soignants. (19)

Selon ce même article, les soignants « ont dû se réinventer ».

Nous avons observé des soignants qui sont dévoués et se sentent investis d'une mission, envers les patients mais également envers leurs équipes. Cette dévotion fait écho à une perte de sens multifactorielle préexistante chez les soignants qui semblent s'être amenuiser durant cette crise.(20)

Certains ont ressenti un sentiment d'abandon, de trahison et d'injustice venant même parfois des instances administratives sensés faciliter l'exercice.

Ce sentiment d'abandon des EHPADs durant la pandémie a aussi été retrouvé dans la thèse d'exercice de médecine générale de A. FRANCOPOULO soutenu en janvier 2021 à Bordeaux.(21)

Élaborée dans le cadre de l'enquête nationale ENCOPAD, cette étude descriptive, observationnelle a donc été réalisée sur l'ensemble du territoire national par questionnaire auprès de médecins et infirmiers coordonnateurs d'EHPAD durant la pandémie et a pu mettre notamment en évidence :

- un sentiment d'abandon pour 42,4% des interrogés
- une aggravation du sentiment de discrimination des patients d'EHPAD pour 30% des interrogés

Parallèlement à cela, pour faire face, il a été nécessaire d'être proactif pour « remplir sa mission ». Cela a pu générer un sentiment d'impuissance, alimentant de fait le sentiment d'être condamné. Ce sentiment est accentué par l'effet « être en guerre ».

Une des limites de ces interventions semblent avoir été un allongement du temps de l'intervention au fur et à mesure qu'augmentaient les demandes.

Néanmoins, le rôle de la formation dispensée par l'équipe, notamment à l'encontre des soignants des EHPADS (hygiène, prélèvements, orientation des patients, équipements...) a permis de cibler les interventions pour les cas les plus complexes.

Un médecin coordonnateur relate la réticence qu'ont certains médecins traitants à solliciter des équipes extérieures et ce, même en dehors de la pandémie.

Dans le cas de l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité, une enquête de satisfaction réalisée par J. Brasseur n'avait pas retrouvé de réticence de la part des médecins traitants pour des patients vivant au domicile. (22)

Au contraire, le taux de satisfaction était important (90.7 % de médecins traitants satisfaits ou très satisfaits) qu'ils soient ou non à l'origine de l'intervention de l'équipe.

De plus, 92.2 % des médecins se disaient prêts à faire appel à l'unité ultérieurement pour un autre de leur patient.

Chez certains participants, la pandémie a agi comme un révélateur, mettant en lumière des problématiques propres à l'EHPAD, qui préexistaient néanmoins avant la pandémie comme le montre le rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD déposé à l'Assemblée Nationale par Mme Iborra et Mme Fiat.(23)

Cette prise de conscience, ainsi que la collaboration qui s'est nouée avec l'équipe mobile conduit les médecins coordonnateurs à souhaiter la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie dédiée aux EHPAD. Leurs attentes sont multiples : réactivité, expertise, partage du savoir, formation.

De ces entretiens nous avons pu isoler des thématiques qui nécessiteraient, selon les participants, un soutien de l'EMG :

- Troubles du comportement
- Conciliation médicamenteuse
- Situations complexes

Plusieurs études ont fait état des missions des EMG que ce soit en intra hospitalier ou en extrahospitalier et notamment en EHPAD (24).

Une enquête de satisfaction a été effectuée en 2015 à Bretonneau, auprès des soignants de l'EHPAD, elle visait à évaluer la mise en place de l'unité mobile de gériatrie depuis 2018. (2) On y apprend que, comme dans notre travail, les principaux motifs de recours à l'EMGE étaient :

- La formation
- L'évaluation des patients
- La volonté d'éviter l'hospitalisation

La demande concernait majoritairement les patients atteints de troubles du comportement. Le nombre des interventions était estimé entre 1 à 5 fois par an. 91.6% des personnes interrogées dans cette étude souhaitaient une pérennisation de ces interventions.

Cependant, même s'il semble qu'une équipe mobile de gériatrie dédiée soit une volonté des équipes soignantes des EHPAD à Bordeaux, la création d'une telle unité n'est actuellement pas envisagée. En effet la priorité des instances semble être d'appliquer le virage ambulatoire hospitalier au monde Gériatrique comme l'atteste le projet de réforme de la sécurité sociale et le rapport Iborra et Fiat avec les expérimentations « EHPAD hors des murs » en cours.

A ce jour, des dispositifs permettent d'apporter un soutien aux soignants des EHPAD :

- La permanence téléphonique décrite ci-dessus
- L'équipe ACCESS : créée en 2017, l'équipe Ambulatoire de Coopération et de Coordination pour l'Evaluation Sanitaire et Sociale (ACCESS) est créée au sein du pôle 347 de l'Hôpital Charles Perrens. Elle a notamment comme objectif de faciliter l'accès aux soins des résidents des structures sociales et médico-sociales du secteur 347 par des évaluations et des prises en charges adaptées à l'état du patient. Elle permet également de prévenir les hospitalisations lors d'acutisation symptomatique et situation de crise
- La téléconsultation : certains des médecins interrogés ont souligné une complémentarité avec la télémédecine.

En effet, bien que pour eux la consultation physique soit indispensable, ils estiment que la téléconsultation est une réponse adaptée à un suivi entre deux interventions physiques et ce pour plusieurs raisons :

- La consultation physique peut être chronophage de par la mise à contribution de plusieurs acteurs au sein d'un EHPAD déjà en manque d'effectif (25)
- La téléconsultation semble être très réactive, bien acceptée par les patients et leurs familles ainsi que par le personnel soignant.(26)

4.2. Discussion de la méthode

L'enquêteur était novice dans la réalisation d'études qualitatives, il a donc pu induire des réponses dans sa façon de poser les questions, bien que les entretiens se soient progressivement dirigés vers de l'écoute active.

Le guide d'entretien initial comportait des questions et s'est rapidement mué en thèmes à aborder ce qui a permis de recueillir un récit non biaisé par les questions de l'enquêteur.

Il peut exister un biais d'animation, la directrice de thèse de l'enquêteur faisant partie de l'équipe mobile qui intervenait dans les EHPADS.

Les participants ont été choisis au hasard parmi la liste des EHPADS où il y a eu au moins une intervention de l'équipe mobile du 23 mars au 10 mai 2020.

Il n'y a pas eu de retour des retranscriptions ; néanmoins il est prévu que ce travail soit envoyé à chaque participant.

Par ailleurs, on pourrait également évoquer un biais de mémoire. En effet, les médecins coordonnateurs ont été interrogés en 2021 après deux autres vagues épidémiques pour une étude qui s'intéressait au ressenti durant la période fin mars à fin mai 2020.

Les forces de cette étude sont l'apport d'un point de vue différent concernant la pandémie à SARS-COV 2 durant le premier confinement avec une méthodologie originale inspirée de l'étude phénoménologique interprétative.

En effet les entretiens ont été analysés de façon indépendante, phrase par phrase, afin d'en déduire des unités de sens (ce qu'a voulu exprimer précisément l'interlocuteur).

Ces différentes unités de sens ont ensuite été regroupées en thèmes pour chaque entretien.

Un thème étant en réalité un phénomène caractérisé par plusieurs unités de sens.

Le troisième niveau d'analyse consistait à trouver une interdépendance des thèmes de chaque entretien afin d'en déduire des super thèmes organisés.

C'est de cette façon que nous avons pu mettre en évidence un ou des ressentis partagés extraits du vécu individuel d'une expérience commune.

5. CONCLUSION

De mars 2020 à mai 2020, la pandémie à SARS-COV 2 a touché l'ensemble des soignants mais de façon inégale selon le territoire, le lieu d'exercice.

Les EHPADs ont vécu une situation particulière du fait de la fragilité des patients et d'un manque de moyen matériel et humain déjà présent bien avant la crise.

Face à cet ennemi invisible pour lequel les connaissances médicales manquaient, les personnels soignants se sont fortement mobilisés pour « livrer bataille ».

Malgré les difficultés éthique, professionnelle, personnelle et administratives les médecins coordonnateurs se sont engagés pleinement.

Cette crise sanitaire a eu pour effet de montrer les limites d'un système déjà bien éprouvé (27) et il semblerait que le défi soit d'utiliser la pandémie « comme un levier pour améliorer l'accompagnement ».(28)

A Bordeaux la création d'une plateforme « COVID » et d'une équipe de gériatrie dédiée aux EHPAD a permis de soutenir les professionnels de santé dans les EHPADs.

Notre travail a montré que ces mesures ont été accueillies très positivement et ont constitué un soutien.

Enfin, la réforme du Grand Age et la création de la 5eme branche de l'assurance maladie est en cours.(29)

Il semblerait que ces réformes s'axent plutôt sur une volonté de prolonger le maintien au domicile des personnes âgées.

Dans un même temps, plusieurs rapports concernant les EHPADs sont parus.

Le rapport du compte rendu de la mission d'information de l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-Covid 19 du 21 juillet 2020 ainsi que le rapport des Pr JEANDEL et GUERIN pour le ministère des Solidarités et de la Santé nous apportent quelques réflexions pour l'avenir des EHPADs (23)(30)(31) :

- Les plateformes de régulation et de conseil téléphonique semblent faire partie d'une solution à développer dans l'avenir pour pallier aux difficultés grandissantes.
- De la même façon il semble nécessaire d'opérer une modernisation de certains locaux, qui ont pour la plupart 30 à 40 ans, afin de permettre la montée en charge de la télé-médecine.
- Il est également question du manque de personnel avec des ratios minimum soignants/soignés à définir
- Plusieurs expérimentations « EHPAD hors des murs » ayant pour but d'apporter au domicile du patient les mêmes services qu'en institution tout en gardant la possibilité d'un accueil en urgence ou temporaire au sein de l'établissement. (32)

Il ne fait aucun doute qu'à ce qui semblerait être le crépuscule d'une crise sanitaire sans précédent et à l'aube de l'année 2022, la Santé soit pour les Français un des enjeux majeurs de la prochaine élection présidentielle.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Etard J-F, Vanhems P, Atlani-Duault L, Ecochard R. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. *Eurosurveillance*. 16 avr 2020;25(15):2000448.
2. Braga C, Chansiaux C, Raynaud-Simon A. Évaluation du dispositif d'équipe mobile de gériatrie et Ehpad. *Soins Gériatrie*. nov 2015;20(116):18-21.
3. Bordne S, Schulz R-J, Zank S. Effects of inpatient geriatric interventions in a German geriatric hospital: Impact on ADL, mobility and cognitive status. *Z Gerontol Geriatr*. juin 2015;48(4):370-5.
4. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Cestac P, Vellas B, Rolland Y. Effects of a geriatric intervention aiming to improve quality care in nursing homes on benzodiazepine use and discontinuation. *Br J Clin Pharmacol*. avr 2016;81(4):759-67.
5. Salles N. Les équipes mobiles de gériatrie en France. *Soins Gériatrie*. nov 2015;20(116):12-4.
6. D'Ortenzio E, Lina B, Yazdanpanah Y. Coronavirus et Covid-19 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
7. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 4 mars 2020 [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-4-mars-2020>
8. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 10 mars 2020 [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-10-mars-2020>
9. Macron, Emmanuel. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur la mobilisation face à l'épidémie de COVID-19, la guerre sanitaire contre le coronavirus et sur les nouvelles mesures adoptées (report du 2e tour des municipales, suspension des réformes [Internet]. *Vie publique.fr*. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
10. CHU de Bordeaux. Améliorer la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. Améliorer la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
11. Bordeaux Métropole. 1 métropole 28 communes - [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.bordeaux-metropole.fr/Metropole/1-metropole-28-communes/28-communes?page=3>

12. INSEE. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de Bordeaux Métropole (243300316) | [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-243300316>
13. ARS Nouvelle-Aquitaine. Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2016 [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/STATISS_ARS_NA_2016.pdf
14. Le département de Gironde. Liste des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.P.H.A.D) Tarifs 2021 [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2021-07/Liste%20et%20Tarifs%202021%20EHPAD.pdf>
15. Code de l'action sociale et des familles. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
16. Code de l'action sociale et des familles. Article D312-158 - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033628132/2021-10-12/
17. Decelle G. Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD: enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. :68.
18. Gaydu J. Équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière dans le Var-Est: enquête de satisfaction des médecins traitants. 2018;57.
19. Baronnier M, Arnold C. Bouleversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpads. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 1 juill 2021;N° 145(2):119-29.
20. Routelous C, Ruiller C, Lux G. La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ? Gest Manag Public. 7 oct 2021;91(1):9-35.
21. Francopoulo A. Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs concernant la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les EHPAD, sur le territoire national. :119.
22. Brasseur J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux: enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Évaluation Gériatrique Standardisée. :80.
23. France, Nationale A. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (Mme Monique Iborra et Mme Caroline Fiat) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information
24. Buisson A, Ojardias E, Viceriat A, Fakra É, Celarier T. Intérêt d'une unité mobile multidisciplinaire extra-hospitalière de neuro-psychogériatrie intervenant en EHPAD : analyse de 288 interventions. L'Encéphale. 1 sept 2019;45(4):327-32.

25. France, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Près d'un Ehpad sur deux confronté à des difficultés de recrutement | [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/pres-dun-ehpad-sur-deux-confronte-des-difficultes-de-recrutement#toc--sources-outils-enqu-tes->
26. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD: représentations, attentes et expériences. 2018;129.
27. « La crise du covid-19 a mis en lumière ce que l'on savait d'un crépuscule d'un monde sanitaire non structuré vers l'intérêt de filières et de logique de parcours » (ITV Pr Olivier Guérin, AgeVillagePro) – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gériologie (SFGG). 2020 [cité 4 oct 2021].
28. Grand âge : faire de la crise un « levier » pour améliorer l'accompagnement [Internet]. Le Média Social.2020
29. Dépendance : Jean Castex annonce un tarif horaire national pour l'aide à domicile [Internet]. Les Echos. 2021
30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de mission 25 Recommandations USLD / EHPAD - PR JEANDEL ET PR GUERIN [Internet]. calameo.com. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/006250597fc1335871f19>
31. France, assemblée nationale Compte rendu Mission d'information de la conférence des Présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie du Coronavirus-Covid 19-Audition du Dr Nathalie Maubourguet, présidente de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD et du Dr Odile Reynaud-Levy, vice-présidente de l'association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social. [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/CRCANR5L15S2020PO771231N043.html>
32. Braverman L, Dufour-Kippelen S, Fermon B. Un dispositif Ehpad « hors les murs » : l'utilisation par ses bénéficiaires. Gerontol Soc. 27 sept 2021;43165(2):263-77.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1 : Livre des codes

Thème super ordonnées	Thème	Verbatim	Part
Un saut dans l'inconnu : entre méfiance, impuissance et sentiment du condamné	Une nouveauté qui déstabilise et fait douter : une perte de repères créant de l'anxiété et de l'appréhension	« J'étais paumé par le...par la modification des pratiques » « on a eu un soit disant covid plus » « Moi j'ai un peu douté. J'ai... alors... il... j'ai j'ai toujours douté de ce diagnostic... soit disant le temps qu'il arrive aux urgences, alors qu'il avait été apyrétique, il avait il avait 38... donc je me suis dit un peu que les urgentistes qui étaient friands de voir enfin des covid avaient peut-être... enfin j'ai vraiment remis en cause ça parce que je pense que c'était un... je pense qu'ils ont fait du sur diagnostic »	P1
		On était dans le brouillard... donc les avis mutiques... parce que l'ARS a été très mutique. Je rappelais les copains de l'ARS en disant et oh on fait quoi ? c'est quoi les consignes ? Et puis en fait ils découvraient aussi. Donc ils ont... au début, rien dit. « Quand on est complètement le nez dans le guidon au bout d'un moment on ne sait plus »	P2
		« il y avait toujours la menace d'être infecté parce que ils auraient pu infecter une autre personne » « ça m'a fait prendre conscience qu'en définitive c'est pas si facile que ça d'être attentif à des des nouvelles pathologies »	P3
		« on sait quand il rentre on ne sait pas quand il sort.. » « il a fallu aller, aller piocher partout des infos quoi. » « Surtout, c'était une angoisse pour nous par rapport aux résidents, par rapport... et aussi par rapport aux personnels. Il a fallu qu'on réapprenne à... à tout moment à penser Covid et à réfléchir covid entre autres... » « on se disait... on se disait mais qu'est ce qui se passe quand on quand on les prend ? »	P4
		« Ils étaient tous habillés de la tête aux pieds en cosmonautes, voilà, ça... C'est quand même pas le fonctionnement habituel d'un EHPAD ! » « Quand on voyait ce qu'il se passait aux alentours...c'était quand même le gros stress de se dire quand est-ce que ça va nous arriver. Le	P5

		nombre de décès qu'il y avait partout voilà donc oui pas très bien dormi pendant quelques temps »	
		« même, on sait pas si...si...si c'est sur nous parce que la guerre quand l'ennemi est pas là mais ... mais là l'ennemi on sait même pas si il est sur nous. » « On s'est vite rendu compte que le vide, euh le le vide fait peur »	P6
	Un sentiment d'impuissance	« On avait l'impression d'être sur la Lune » « Là vous faites ce qu'on appelle des comités de direction toutes les semaines... et vous voyez quasiment la direction tous les jours et l'infirmière cadre tous les jours et on s'asseyait et on disait : qu'est-ce qu'on fait ? » « En plus on n'avait... on n'avait pas de masques ou très peu, on avait pas de test... » « C'est vrai qu'on a... on est toujours en manque de personnel, ou euh des postes non pourvus, bon... » « je ne me faisais pas d'illusion et même encore parce que là j'ai eu d'autres cas... sur l'EHPAD sur... la capacité que j'avais de pouvoir hospitaliser les gens qui sont pour la plupart déments et très âgés » « On s'est retrouvé avec 23 cas sur 29... c'est dingue et la seule chose... on était derrière le mur de Berlin quoi... »	P4
		« On a peut-être un peu raté le coche au départ parce que il y a eu un patient qui n'a pas du tout été détecté comme étant covid parce qu'on n'y était pas encore formés » « On n'avait pas de test, on avait rien de tout ça, donc on faisait un petit peu comme on pouvait »	P3
		« Là, là en effet, je vais y passer ma nuit déjà on travaillait jusqu'à 22 heures euh là on s'est dit bon ok là je travaille je dors plus je... » « On n'a jamais réussi à se reposer quoi. Donc au début on y allait mais après c'est lourd quoi comme quand je vois les nouvelles vagues qui reviennent etc ouais ouais c'est c'est c'est lourd »	P6
	Se sentir condamné : entre contraintes préoccupation et vulnérabilité	« Alors on a été abreuvé de consignes. Euh qui changeaient quasiment tous les deux jours qu'il fallait mettre en place qui, alors qui étaient des consignes tout à fait... qu'on peut pas... pas coercitives mais qui était impératives à mettre en place et qui euh euh... le manque de matériel qu'on a eu ne permettait pas de les mettre en place »	P3

		« Nous on a surveillé les résidents, on les a confinés. C'était une grosse erreur au départ je pense de les confiner tous comme ça, mais c'était la seule solution qu'on avait je dirais... »	
		« On a eu donc une dame avec des facteurs de comorbidité qui était intubée ventilée... dans le personnel ! Ça... ça fait drôle quand même... » « On avait l'impression d'aller à la guerre, sincèrement... » « Moi je parlais le matin à ma femme je lui disais tu sais je vais au combat quoi » « Moi j'entendais passer au-dessus, parce que j'habite pas loin de l'aéroport, j'entendais passer les hélicoptères et tout... c'est, c'est, c'est... voilà on avait l'impression de partir au combat c'est un peu ça... » « On a tout fermé donc on s'est fait engueuler par... on s'est fait engueuler par les familles. Au début on s'est fait vraiment vraiment euh agresser quoi. » « Le stress il était... d'abord pour nous. Parce que le sentiment qu'on a quand on est médecin comme ça, et.. médecin traitant ou très impliqué dans les EHPAD c'est qu'on se sent responsable »	P4
		« Il fallait être sur le pont, au front. » « Il fallait affronter un ennemi inconnu et et, et vraiment rien laisser passer quoi. Donc euh ce.. on, on était un peu en mode guerrier quoi. » « On est en civil et là on s'est tous habillés. On était tous identiques en fait. La directrice avait une tenue d'infirmière moi je... enfin on était tous habillés pareil et on était en mode combat. » « Heureusement qu'il y a de bons moments, de partage de... c'est c'est vrai qu'il fallait remonter le moral des troupes quoi » « C'est vrai qu'il y a tout ça en plus... de l'organisation, du, du, de la crainte de, de tout ce qui peut se passer mais derrière fallait garder le moral des troupes : soignants résidents, familles. » « On avait l'impression d'avoir un poids sur les épaules énorme. De de dire, on va nous critiquer... si jamais on a un cluster c'est qu'on a mal fait c'est qu'on a pas...alors que franchement n'importe qui aurait pu avoir un cluster, n'importe qui peut amener sans le savoir euuh ce virus »	P6
Un sentiment d'injustice et de trahison chez des soignants dévoués	Un manque de considération et un dénigrement qui accable	« Ma directrice euuh m'a reproché euuh de ne pas mettre tout de suite euuh d'avoir... d'avoir commencé le travail de préparation du covid sans moi »	P1

		<p>« Je l'ai vécu euuh avec une certaine fatigue, fatiguée, frustration donc des reproches qui m'ont été fait que... que que j'étais pas très très disponible et donc pas de... aucun commentaire sur, sur toutes les heures sup que j'ai faites, complètement oubliées »</p> <p>« En fait et bah il s'est passé ce qui se passe souvent quand on est médecin co, que le le médecin co n'a qu'un conseil, n'a qu'un rôle de conseil du directeur et que le directeur il en fait ce qu'il en veut. Donc le directeur a dit non non on va la... on va fermer sa chambre à clé. Donc moi je me bats, je pensais que le gériatre de garde m'avait donné le le bon, le conseil qui était logique qui était en vigueur à l'époque et ben voilà... beaucoup beaucoup de temps pour... pour que finalement mon travail et le sien soit soit invalidés par par la direction, par la direction »</p>	
		« Elle a dit « on a 40 personnes qui rentrent qui sortent, on prend pas plus de risque avec les familles c'est pas la peine (de fermer l'EHPAD) » et on a compté la semaine d'après : 9 cas. 9 cas... et là branle-bas de combat qu'est-ce qu'on fait ? »	P4
		« Mais par secteur sauf les UP où il y a deux unités qui mangent ensemble c'est pas forcément mon choix »	P5
	Un sentiment d'abandon et d'incompréhension	<p>« On était vraiment... un peu seul au monde quoi »</p> <p>« Quelques jours après je croise aussi la direction de Pessac, c'est une directrice, il faudrait absolument fermer l'EHPAD parce que euuh il y a des clusters qui s'installent partout. Faut qu'on soit ultra vigilant et elle me dit ok je vais le faire. Elle le fait elle en informe l'ARS. Pour un EHPAD public l'ARS nous dit madame vous n'avez pas le droit de le faire. C'est... ça ça ... c'est important quand même... Et 48 heures après l'ARS à envoyé un message comme quoi il fallait fermer... »</p> <p>« on on on a senti quand même que... euh.. l'ARS nous envoyait des infos tardivement pas toujours adaptées »</p> <p>« Nous on s'est sentis par l'ARS... On s'est sentis lâchés ils nous balançaient des mails, ils nous balançaient des trucs qui étaient très souvent. par exemple il fallait qu'on fasse un relevé complet des des patients voilà... qui était...on a l'impression qu'ils avaient besoin de chiffres et on avait jamais de conseils pratiques »</p>	P4
		«au début on n'avait aucune consigne du national je veux dire il fallait se démerder »	P2

	<p>Ténacité et conscience professionnelle : Un investissement sans faille sur fond d'éthique</p>	<p>« Le weekend, je passais deux à trois heures par jour à essayer, à essayer de trouver des infos quoi. A la fois sur les traitements, à la fois sur l'organisation, comment on faisait. Et mon collègue avec qui je partage l'EHPAD, on s'envoyait des infos le weekend on était sur internet le weekend lui il cherchait, sa fille est médecin aussi et on cherchait des infos voilà »</p> <p>« Tout le monde est monté au créneau moi j'ai dû amener les tests une fois fait au labo... fin voilà... »</p> <p>« Les vieux qui faut qu'on s'occupe aujourd'hui ils ont eu la guerre euuh c'était aussi un autre problème donc bon... on oublie, ça... »</p> <p>« Là le directeur et moi...avec mon confrère on a ... on a décidé de fermer complet. Très très vite très tôt. »</p> <p>« Deux infirmières qui étaient là, les deux jeunes, ont fait un travail remarquable »</p>	<p>P4</p>
		<p>« Enfin j'ai fait beaucoup d'heures sup euuh dans mon dans mon EHPAD »</p> <p>« [...] en gériatrie c'était de la prévention du bien vieillir »</p>	<p>P1</p>
		<p>« On pouvait pas être dans l'inaction. C'est... y'a y'a y'a... on avait tous du stress et on devait tous agir, faire quelque chose, avancer, rassurer, organiser. »</p> <p>« Sur cette première période sur le premier confinement on a eu zéro arrêt de travail [...] Alors que c'est quand même notre quotidien. Une aide-soignante le matin appelle ou appelle pas en disant et puis elle appelle un peu en retard en disant ah beh oui c'est vrai j'ai oublié de vous appeler je suis pas bien je suis vraiment fatiguée euh j'ai mal à la tête ce matin je peux pas venir. C'est notre quotidien... tous les jours on a un débrief le matin pour voir la journée et c'est « alors il manque qui aujourd'hui » »</p> <p>« Tous les jours on passait d'équipe en équipe et d'unité en unité pour rassurer, expliquer, répondre aux questions. »</p>	<p>P6</p>
		<p>« Moi j'ai, dans le feu de l'action parce que là j'ai du coup j'ai travaillé tous les jours. »</p> <p>« Parmi les soignants j'étais le premier à être dans les dans les fragiles rire vu mon âge donc je le disais moi j'ai pas peur donc faut pas »</p> <p>« Alors on a eu, on a eu, quand même un certain nombre de soignants qui ont, qui n'ont pas voulu venir travailler mais vraiment, enfin je sais pas les autres EHPAD, ça a été quand même marginal. »</p>	<p>P3</p>

		« Il a fallu inventer tous les jours quelque chose. »	P2
		« Éthiquement, vous voyez on parlait de l'éthique toute à l'heure, c'est quand même très très difficile. Voilà parce qu'on a on a quarante résidents en UP, qu'on a fait pour la totalité de force et plus d'autres dans les unités ouvertes ceux qui se font aussi euh de façon pas détendu j'avoue que... on n'aime pas trop » Parlant de la réalisation des tests PCR	P5
Un apport de savoir/soutien qui émancipe et rassure : comment devenir savant renforce l'image du guide	Un besoin de Savoir pour faire face : entre quête de réponses, confiance et pragmatisme	« Je me souviens, à 20 heures, j'étais épuisée et je tombais et des fiches et des fiches et des fiches. On essayait de rassembler les données de de de les résumer aussi pour que ce soit plus facile »	P6
		« Pour un démarrage c'était indispensable parce que là c'était du lourd, ils venaient avec tous le matériel cette formation, cette sensibilisation, cette réassurance parce qu'on se dit ils sont formés, ils savent, eux »	
		« Avec eux (l'équipe mobile) au début ça a été tant qu'on n'avait pas de protocoles clairs c'était ben voilà là elle m'avait sensibilisé sur l'arrêt des nébulisateurs, sur euuuuh qu'est-ce qu'on a à mettre en place qu'est-ce que... quelle prévention on à mettre en place également et puis tous les signes parce qu'on découvrait les signes les uns après les autres qu'ils apparaissaient, voilà la perte du goût et tout ça c'était pas clair au début hein »	P2
		« J'avais la chance d'être, de très bien connaître des médecins co sur paris et comme paris avait quatre mois d'avance il y avait tous les clusters avant du coup j'avais un peu les infos les protocoles »	
		« On a eu le l'arrivée de la cavalerie légère de l'hôpital qui est venu nous faire des tests partout. »	P3
		« Le fait qu'ils aient l'équipe mobile, qu'on ait les renseignements, qu'on ait un appui comme ça téléphonique ou je leur dis, tiens j'ai téléphoné bon ils pensent pas que ce soit ça, faut attendre un petit peu, faut surveiller... c'est vrai qu'il y a eu une meilleure ambiance, enfin meilleure ambiance... euh moins stressé, les gens étaient beaucoup moins stressé donc ça ça allait beaucoup mieux. »	
		« Y'avait de l'angoisse... sincèrement euuh c'était quand même une période d'angoisse... et là l'équipe mobile ils sont venus, ça nous a rassuré. Tout ce qu'on avait fait déjà... le fait aussi déjà par rapport aux équipes, qu'il y ait l'équipe mobile de l'hôpital qui vienne euh... ça met du poids dans les choses voilà ça dit « bon ok » voilà. »	P4
		« Voilà, le simple fait d'avoir quelqu'un au téléphone qui dit je comprends et on me répond mon service est plein, la mut c'est plein... euh euh le CHU c'est plein... on peut pas trop mais essayez	

		de faire comme ça, comme ça, voilà ! C'est ça qui est important »	
Un désir d'utilité et d'être refuge : entre autonomie, légitimité et bienveillance		« J'ai travaillé tout le temps pour justement essayer d'aborder... d'être... de rassurer les équipes parce que les aides-soignants les les AV, même les infirmières, ont été euuh... ont passé je dirais une bonne semaine à paniquer. Parce que... elles avaient l'impression de, d'être dans un bunker »	P3
		« Nous sentant, nous sentant relativement serein, je pense que ça a joué un rôle sur leur capacité de rés... on dit maintenant même si le mot a été un petit eu galvaudé, de résilience. C'est à dire qu'ils ont accepté, ils ont accepté le confinement... relativement...au au départ hein, au départ. Euuuh c'est vrai que le confinement après ça a été vraiment quelque chose de... très très difficile pour les résidents. Vraiment... ça a donné une surcharge de travail énorme pour les, pour le personnel qu'il soit administratif qu'il soit soignant qu'il soit... les gens qui faisait les auxiliaires de vie »	
		« J'étais en congés, on m'a appelé pour me demander on fait quoi. Donc vous... ça dépend de votre implication dans la structure. Moi je suis assez impliqué puisque je suis médecin co un peu mais surtout beaucoup médecin traitant. Mais médecin co c'est comment dire... c'est... naturel et que vous avez en face de vous une direction et un infirmier cadre qui dit on fait quoi et là il faut trouver... il faut avoir les bonnes paroles. Faut avoir la bonne décision... »	P4
	« ça permet de... en plus par rapport aux équipes soignantes, infirmières aides-soignantes, ça permet de dire ben on est pas isolés et que on arrive à faire actionner des leviers. C'est important quoi, on est pas au fin fond de la campagne de la girondine voila quoi. On est pas isolés. »		
	« On aurait besoin d'une équipe mobile dans les ehpad oui... en fait, en fait on en aurait besoin. Si on était parfaitement formés en... normalement, dans l'idéal, et moi je vais tendre vers ça, c'est d'être aussi performante que les médecins de l'équipe mobile et à ce moment- là, j'en n'aurai plus besoin. Mais tant que les médecins co ne seront... n'auront pas la formation aussi aussi évoluée que les gériatres eh beh ça nous servirait toujours d'avoir d'avoir ses interventions »	P1	
	« Je sais que j'ai des carences sur troubles du comportement et psychiatrie donc donc je sais c'est là que je vais me former huuuummm donc c'est là aussi où je vais le plus avoir besoin de... d'aide. Mais je pense que si on pouvait atteindre, atteindre un niveau de compétence, un certain niveau de compétence en gériatrie, bah on n'aurait plus besoin de l'équipe mobile de gériatrie ou de		

	<p>psychiatrie et moi je pense que ce serait quand même la solution. »</p> <p>« J'avais de l'expertise, j'avais de l'avance sur les autres ehpad puisque j'avais été cluster à Bordeaux le premier le 1er septembre et le groupe m'a m'a demandé d'aller en renfort dans des ehpad cluster. Je suis allée jusqu'à Toulouse et du coup j'ai renforcé mon expertise »</p>	
Un soutien bienvenu : reconnaissance, compréhension et sentiment d'être écouté, suivi	<p>« Au début on s'est tous débrouillés et ça a été pour moi le boulot de l'EMOG. C'était essayer de dire il n'y a rien d'écrit pour l'instant au niveau au niveau de la DGS au niveau de l'HAS tout ça mais voilà vitamine D vitamine C et puis lovenox... »</p> <p>« Ils ont été vraiment disponibles »</p> <p>« Moi ça a été très rassurant je trouve qu'ils ont été très bons ils ont été très bons très très réactifs surtout »</p> <p>« Ce que j'ai bien aimé aussi c'est que j'ai eu une question, elle savait pas. Ce qui est complètement normal, mais elle m'a envoyé un mail deux jours après en disant ben voilà j'ai vu telle chose à tel autre endroit peut-être que ça peut vous intéresser et puis vous pouvez téléphoner »</p>	P2
	<p>« Là on n'avait franchement... par les forums de discussion qu'on pouvait avoir, j'avais vraiment l'impression que la... le monde gériatrique Bordelais s'était retrouvait entre nous derrière les hospitaliers pour qu'on avance quoi »</p> <p>« Je je je me suis senti faisant partie d'un groupe »</p> <p>« Ils nous ont permis, parce que à l'époque on n'avait pas du tout accès de manière rapide et en grand nombre aux tests PCR donc ils sont venus et ils ont fait un paquet de test PCR. Ah très bien vraiment... non sincèrement... sincèrement j'ai trouvé ça sympa. »</p>	P4
	<p>« L'organisation des dépistages c'était euh indispensable parce que c'était trop lourd donc c'était indispensable qu'ils soient là »</p> <p>« En tout cas on l'avait au cas où ça c'est quand même un coté rassurant »</p> <p>« C'était quand même une période tellement dense et j'avoue que l'équipe mobile qui est venue pour pour dire allez ok, on vient, on on va aller euh ben pour les soignants on venait dans la salle de réunion, on avait tout mis en place. Et puis après, on passera de chambre en chambre, on peut être assez autonome, on peut faire des tests etc ça c'était du pain béni hein »</p>	P6

		<p>« C'est une chouette équipe sur l'EHPAD où je suis et puis on se donne vraiment les moyens d'accueillir et d'avoir un retour positif ça fait vraiment du bien Rien qu'un merci vraiment on a été super bien accueillis etc ouf alors on se dit qu'on fait pas ça pour rien »</p>	
		<p>« Honnêtement par le chu aussi enfin franchement à chaque fois qu'on a appelé voilà on était content de pouvoir avoir ce relais local »</p> <p>« C'était plutôt chouette ouais ouais très très... enfin moi j'ai été... j'ai trouvé que c'était... ça s'était mis en place assez vite, euh la cellule d'appui moi j'ai appelé à plusieurs reprises... »</p> <p>« Parfois on pouvait avoir des intervenants qui n'avait pas la réponse, ça peut arriver mais qui euuuh enfin moi, à chaque fois que quelqu'un... que j'ai eu quelqu'un et qu'il m'a dit je vous rappelle la personne a toujours rappelé. Il y avait un vrai suivi derrière même si la réponse était pas donnée immédiatement la personne allait aux infos chercher la réponse et rappelé »</p> <p>« Je sais pas si c'était comme ça dans tous les territoires mais honnêtement heureusement qu'il y avait cet... cet appel possible et ce soutien possible. »</p>	P5
		<p>« Mais bon il m'a quand même il m'a quand même soutenu dans le sens où il m'a aidé à prendre à donner à donner mon... il m'a aidé à donner mon avis même si cet avis n'a pas été suivi »</p>	P1
<p>Une demande de changement sous forme de compagnonnage : l'acculturation</p>	<p>Partager du Savoir et apprendre des autres : un esprit d'équipe pour éclairer les pratiques</p>	<p>« On a pu réfléchir ensemble. Moi c'est ce que j'avais besoin, ce dont j'avais besoin plutôt, c'est de pas quelqu'un qui voilà, c'est de réfléchir ensemble »</p> <p>« ils ont été très bons dans le beh on est avec et puis on explore ensemble et les infos qu'ils peuvent avoir par le chu ils nous les ont fait passer »</p> <p>« ils ont dû venir que deux fois sur site mais après il y a un compagnonnage qui se fait, un échange. »</p> <p>« Bien que l'expertise vienne sur place et discute avec l'aide-soignante et l'infirmière le med co ça pour moi c'est... donc c'est très intéressant pour moi sur des situations cliniques précises »</p>	P2
		<p>« C'était un lien c'était une relation à deux personnes »</p>	P1
		<p>« le seul conseil que je peux vous donner c'est de justement de... d'être entre guillemet humble c'est à dire ne pas...ne pas penser qu'on sait tout... qu'on est des manitous. On n'est pas des sorciers non plus, et qu'il faut parfois... et parfois nos nos</p>	P3

		patients, nos patients nous apprennent pleins de choses »	
		« il y a un rôle... de maîtrise technique on va dire. Et de et de et de soutien dans les décisions... » « j'ai eu l'impression de faire partie vraiment, d'être dans la boucle. Et et on et qu'on avait cette aide euh de la réflexion que pouvez amener les hospitaliers puisqu'ils ont une formation qui n'est pas la nôtre, qui est... ils ont aussi accès à des infos plus vite et en réseau, chose qu'on a pas quoi. »	P4
		« la personne ne peut pas se déplacer parce qu'on sait très bien que prendre l'ambulance, aller passer une journée à l'hôpital de jour c'est compliqué. Et que du coup la famille n'est pas d'accord non plus. Du coup, on fait rien. »	P5
		« Là que ce soit en télé-médecine ou l'équipe mobile, les équipes sont là donc il y a de vrais échanges. »	P6
	Une conscience de ses limites motrices : ouverture au changement, aide concrète et désir de simplicité	« C'est vrai qu'en gériatrie en ehpad on est souvent un peu tout seul » « Pour moi euh la gériatrie en institution c'est une vraie spécialisation. C'est c'est c'est un vrai métier quoi... voilà bon il se trouve que moi je fais ça depuis très longtemps mais gérer un trouble du comportement on le gère pas en venant une fois par mois. » « j'ai quelques exemples en tête ou il faut les appeler les rappeler ... et ils viennent pas. Le médecin co si il fait pas de soins, il est un peu embêté quoi... » parlant des médecins traitants se rendant en EHPAD « Il faut arriver à trouver des intervenants avec... un niveau de compétences... c'est ça le problème. L'avantage c'est que le niveau de compétence est amené par ... que ce soit les équipes mobiles de gériatrie ou que ce soit quand on fait de la télé médecine. » « tout l'intérêt d'une unité de soins mobile c'est de renforcer, à la demande bien sûr, renforcer le niveau de compétence pour les prises en charge. »	P4
		« Je pense qu'ils auraient vraiment des réflexions à faire au niveau Alzheimer, au niveau troubles du comportement, au niveau... » « Du coup ça fait pédagogie pour les autres donc c'est fait des micros formation ouais c'est vraiment le job des équipes mobiles de soins palliatifs c'est, on traite un cas et finalement en traitant un cas on vous montre comment il faut faire les autres. A mon avis c'est à développer pour l'EMOG. » « Le CPIA c'est l'équipe d'hygiène qui dépend du CHU donc alors que c'est vraiment que de l'hygiène mais très très performant sur la réflexion	P2

		<p>sur... c'est ce qui nous a fait par exemple décider après réflexion avec le CPIA de mettre du gel hydro alcoolique dans un distributeur dans toutes les chambres ce qui dans les EHPAD ne se fait pas. »</p> <p>« Du coup ça fait pédagogie pour les autres donc c'est fait des micros formation ouais c'est vraiment le job des équipes mobiles de soins palliatifs c'est, on traite un cas et finalement en traitant un cas on vous montre comment il faut faire les autres. A mon avis c'est à développer pour l'EMOG. »</p>	
		<p>« On a on a eu ça a été pour nous plus soit un recours pour avoir des indications aux niveau diagnostic euuuh puisque des fois on vous disait est ce que c'est vraiment ça, est-ce que c'est pas vraiment ça, on n'avait pas de test... ».</p> <p>« Je pense que c'est nécessaire il faudrait même faire appel plus souvent... enfin pas pour n'importe quoi mais mais je pense qu'il y a il y a une indication à ce que ce soit pérennisé. Pas seulement pour la covid hein, c'est pas SOS médecins. C'est vraiment quelqu'un qui vient pour me donner non seulement un avis mais je dirais... euh oui soutenir l'équipe soignante »</p> <p>« Moi je voyais ça comme étant un appui pour pour prendre en charge des situations complexes »</p> <p>« je pense que mes confrères n'ont pas l'humilité obligatoire de reconnaître que ça leur apporte...déjà de l'expérience et, deuxième chose, que ce qu'ils ont rencontré, même si ça se reproduit pas obligatoirement systématiquement de la même façon, ça leur donne des armes pour mieux traiter ou mieux prendre en charge les... les les problèmes des personnes »</p>	P3
		<p>« On est bien formé sur les troubles du comportement généralement de plus en plus euh pour les équipes soignantes mais aux pathologies psychiatrique là on est vraiment perdu quoi ».</p> <p>« ça nous a montré la voie pour faire après par nous-même »</p> <p>« Donc avoir une équipe mobile c'est génial parce que ça permet de former en même temps. »</p> <p>« Combien de fois j'ai dû annuler l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs parce que la personne était décédée avant leur arrivée... »</p> <p>« Ça permet d'avoir un avis spécialisé, de former en même temps mais il faut que nous en interne on ait ce temps-là de formation, d'explication en fait. Donc pour moi il y a ce frein là. C'est que on est tous au taquet et que pour un sujet qui pose problème, une situation de soins palliatifs très</p>	P6

		<p>complexe un... un... une pathologie psychiatrique qui bon voilà à chaque fois ça nous fait perdre tellement de temps... on stresse, ça nous met le bazar dans l'organisation des soins etc. Là on va prendre le temps de rencontrer l'équipe mobile de se former, de comprendre, d'ajuster les traitements etc... mais faire ça tous les jours pour chaque situation pour améliorer la qualité des soins, on pourra pas »</p> <p>« C'est génial. Beh oui c'est le mieux on peut pas... une équipe qui se déplace qui est professionnelle qui vient sur place y'a pas mieux pour moi »</p>	
		<p>« En fait on se forme aussi beaucoup... moi je me suis beaucoup, moi je suis beaucoup formée en psychiatrie en faisant des téléconsultations. En assistant aux téléconsultations, en menant les téléconsultations avec avec des missions. J'en apprends chaque fois et donc on se forme aussi beaucoup en co-consultant en assistant à l'expertise de nos... de nos confrères plus compétents que nous. »</p>	P1
		<p>« Parce qu'une évaluation sur place c'est... ça serait bien utile dans beaucoup de cas »</p> <p>« Ça permet aussi de se rencontrer directement de voir comment est l'établissement je pense qu'il y a des choses qui passent pas sur une télé consultation. »</p> <p>« L'évaluation sur place ça permet parfois de voir l'environnement voir vraiment la personne fin c'est pas pareil qu'une télé consultation »</p>	P5

7.2. ANNEXE 2 : Guide d'entretien initial

- Préambule

« Bonjour, tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cette thèse. L'entretien va se dérouler en deux phases, des questions préliminaires pour que nous apprenions à nous connaître puis des questions plus ciblées sur la période s'étalant de fin mars à fin mai 2020. »

- Questions préliminaires

- Tranche d'âge
- Depuis quand êtes-vous médecins coordonnateurs ?
- Dans combien d'EHPAD interveniez-vous ?
- Quelle est votre formation médicale initiale ?
- Comment avez-vous vécu la crise sanitaire lors du 1^{er} confinement dans votre EHPAD ? Avez-vous rencontré des difficultés ? si oui, lesquelles ?

« Le but de ce travail est de s'intéresser au ressenti des médecins coordonnateurs à propos des interventions de l'équipe mobile de gériatrie durant le 1^{er} confinement (mars/mai 2020). En effet, pendant cette période l'équipe mobile de gériatrie est intervenue dans votre EHPAD. »

- 1) Quels sont selon vous les rôles de l'EMG en général ?
- 2) Comment avez-vous accueilli l'annonce des interventions de l'EMG du CHU de Bordeaux ?
- 3) Quelles attentes aviez-vous à ce moment-là les concernant ?
- 4) Quelle a été la nature de leurs interventions dans les EHPADs dans lesquelles vous intervenez ? /Comment décririez-vous leur intervention ?
- 5) Que pensez-vous du rôle de l'EMG dans la gestion de cette crise ? /Quel a été l'impact des interventions dans la gestion de cette crise ?
- 6) Pensez-vous qu'il faudrait pérenniser l'intervention de l'EMG en EHPAD sur la métropole Bordelaise ? Si oui, pour quels types de problème ?

7.3. ANNEXE 3 : Guide d'entretien final

Après un premier entretien test dans lequel j'ai pu me rendre compte de la fluidité d'un échange de ce type, le guide a été revu et s'est transformé en simple support présentant les thèmes à aborder s'ils n'avaient pas été exprimés spontanément.

« Bonjour, tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cette thèse.

Le but de ce travail est de s'intéresser au ressenti des médecins coordonnateurs à propos des interventions de l'équipe mobile de gériatrie durant le 1^{er} confinement (mars/mai 2020).

En effet, pendant cette période l'équipe mobile de gériatrie est intervenue dans votre EHPAD. »

- Ressenti global de la période, vécu personnel
- Distinction avant/après l'intervention
- Comment s'est déroulé l'intervention en elle-même
- Axes d'amélioration Ressenti de l'intervention
- Pérennisation ? comment, pourquoi, pour quels motifs ?

RESUME :

INTERVENTION EN EHPAD DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GERIATRIE DU CHU DE BORDEAUX DURANT L'ÉPIDÉMIE COVID 19 :

Une enquête qualitative s'intéressant au ressenti des médecins coordonnateurs des EHPADs de Bordeaux métropole durant la période allant du 16 Mars 2020 au 10 Mai 2020.

INTRODUCTION - CONTEXTE :

En décembre 2019, un ennemi d'origine inconnu fait son apparition à Wuhan en Chine.

D'où vient-il ? Comment se transmet-il ? Comment le combattre ?

Rapidement, les 5 continents sont atteints, une catastrophe sanitaire mondiale s'annonce.

La maladie devient épidémie et l'épidémie est reclassée pandémie en Mars 2020.

Dans un même temps, en France, les personnes âgées représentent l'essentiel des décès.

Le Président de la République annonce la fermeture des visites en EHPAD et le premier confinement national est promulgué.

Les soignants des EHPADS font face malgré le manque de moyens matériel et humain.

A l'échelle locale Girondine, pour les soutenir, le CHU de Bordeaux avec le concours de l'ARS Nouvelle Aquitaine décide de faire intervenir l'équipe mobile de gériatrie du CHU dans les EHPADs de Bordeaux métropole.

Les interventions ont eu lieu du 16 Mars 2020 au 10 Mai 2020.

Notre travail s'est intéressé à la façon dont ont été vécu ces interventions par les médecins coordonnateurs.

OBJECTIF : Recueillir le ressenti des médecins coordonnateurs des EHPADs de Bordeaux Métropole ayant bénéficié de ces interventions.

METHODE : Le matériel a été recueilli à partir d'un guide d'entretiens explorant les différents aspects du ressenti des médecins interrogés vis-à-vis des interventions et vis-à-vis de leur vécu du premier confinement lors d'entretiens individuels réalisés à distance avec enregistrement vidéo et/ou audio. Une analyse inspirée de l'Analyse Phénoménologique Interprétative à partir des verbatims a permis de faire émerger les thèmes et les super thèmes ordonnés permettant une meilleure compréhension du phénomène qu'ils ont vécu.

RESULTATS : Les interventions de l'équipe mobile de gériatrie en EHPAD lors du premier confinement ont été perçues de façon très positive, générant une certaine gratitude à l'égard des intervenants. Le soutien technique et humain ainsi que l'apport de savoir dans une période où les médecins coordonnateurs faisaient face à un réel saut dans l'inconnu générateur d'angoisse, et d'impuissance a pu rassurer et à contribuer à créer une alliance de professionnels de santé tournée vers le patient.

CONCLUSION : Les interventions de l'équipe mobile de gériatrie semble avoir été ressentie de façon très positive par les médecins coordonnateurs des EHPAD de Bordeaux métropole.

Pour l'avenir, ils sont demandeurs de la multiplication des alliances de professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des problématiques de leur patients.

Ils demandent la multiplication des alliances thérapeutique autour de leurs patients.

Dans le même temps, différents rapports de mission parlementaire préconisent, entre autres, également la pérennisation de ces approches pluri professionnelles.

ABSTRACT:

INTERVENTIONS IN EHPADS OF THE MOBILE GERIATRIC TEAM OF CHU OF BORDEAUX DURING THE COVID 19 EPIDEMIC: A qualitative study focusing on the feelings of the coordinating doctors of EHPADs in Bordeaux metropolitan during the period from March 16, 2020 to May 10, 2020

INTRODUCTION: In December 2019, an enemy of unknown origin appeared in Wuhan, China. Where is he from? How is it transmitted? How to fight it? Quickly, the 5 continents were reached, a global health catastrophe was on the horizon. The disease becomes epidemic and the epidemic is reclassified as pandemic in March 2020. At the same time, in France, the elderly people represent the bulk of deaths. The President of the Republic announces the closure of visits to the residential facilities and the first national confinement is promulgated.

EHPAD's caregivers are coping despite the lack of material and human resources. At the local Girondine level, to support them, the Bordeaux University Hospital with the support of ARS Nouvelle Aquitaine decided to involve the mobile geriatric team of the CHU in residential facilities in the Bordeaux metropole. The interventions took place from March 16, 2020 to May 10, 2020. Our work has looked at how these interventions were experienced by the coordinating physicians.

OBJECTIVE: To collect the feelings of the coordinating doctors of EHPADs in Bordeaux Metropole who have benefited from these interventions.

METHOD: The material was collected from an interview guide exploring the different aspects of the feelings of the doctors questioned regarding the interventions and their experiences of the first confinement during individual interviews carried out remotely with video and / or audio recording. An analysis inspired by the Interpretative Phenomenological Analysis from the verbatims made it possible to bring out the themes and the super ordered themes allowing a better understanding of the phenomenon they experienced.

RESULTS: The interventions of the mobile geriatrics team in EHPAD during the first confinement were viewed very positively, generating a certain gratitude towards the workers. The technical and human support as well as the contribution of knowledge in a period when the coordinating doctors were facing a real leap into the unknown generating anxiety, and helplessness could reassure and help create an alliance of health care professional geared towards the patients.

CONCLUSION: The interventions of the mobile geriatric team seem to have been felt very positively by the coordinating doctors of the EHPADs in Bordeaux metropole. For the future, they are asking for more alliances of health professionals for better management of their patients' problems. They ask for the multiplication of therapeutic alliances around their patients. At the same time, various parliamentary mission reports also recommend, among other things, the sustainability of these multi-professional approaches.