

RAPPORT FINAL

PROJET "ESMS ET COVID 19 : FOCUS SUR DES INITIATIVES EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL EN GRAND EST"

« Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes » correspondant au thème 3 : « Innover pour le lien social, la communication, les loisirs et la participation citoyenne des personnes âgées ou en situation de handicap en période de crise »

Ce document a été rédigé par Johan Freichel - Chargé de projets et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé, Ireps Grand Est.

Avec la contribution de :

Nathalie Chandioux – Chargée de projets et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé, référente de l'axe « Programme », Ireps Grand Est.

Catherine Ezo'o – Assistante de site, Ireps Grand Est.

Cathy Noell – Chargée de projets et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé, responsable territoriale Aube et Haute-Marne, Ireps Grand Est.

Anne Patris – Directrice de la Gestion et du Développement Interne, Ireps Grand Est.

Marie Persiani – Directrice Générale, Ireps Grand Est.

Réalisé avec le soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Mars 2023

REMERCIEMENTS

L'Ireps Grand Est tient à remercier l'ensemble des personnes impliquées tout au long de ce projet sans lesquelles ce dernier n'aurait pu aboutir.

Nous remercions tout d'abord Madame Diane Desprat, cheffe de projet « Innovations de terrain, études et évaluation » à la CNSA, pour son soutien tout au long de la démarche menée, ainsi que les membres de l'équipe projet pour leur engagement à nos côtés, leur collaboration active, leur expertise, et leurs éclairages précieux : Mesdames Edith Christophe, Agnès Gerbaud, et Karine Viennesse de la Direction de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé Grand Est (département parcours personnes âgées et personnes handicapées) ; Monsieur Christian Minet, Président de la Commission Spécialisée « Offre médico-sociale » de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Grand Est ; Monsieur Thibault Marmont, Directeur Général du Centre Régional d'Etudes, d'Actions, et d'Informations (CREAI) Grand Est.

Nous tenons à remercier les élus locaux, les responsables institutionnels, les agents des collectivités territoriales, ainsi que les membres des réseaux de santé œuvrant sur le champ de l'âge et du handicap en Grand Est qui ont répondu favorablement à nos sollicitations. Elles ont été des personnes-ressources durant ce projet.

Nous remercions également les professionnels des ESMS et porteurs de projet –membres des équipes de Direction et d'encadrement, du personnel accompagnant- ayant accepté de participer aux entretiens de repérage des initiatives menées au cours de la période pandémique. Si leurs établissements n'ont pas été retenus lors de la phase d'enquête conduite par focus group, qu'ils n'y voient pas un jugement négatif de notre part relatif à la qualité de leurs actions ; notre panel final étant constitué des ESMS dont les thématiques des initiatives mises en œuvre, les profils des personnes accompagnées et les caractéristiques générales de leurs structures apparaissaient les plus significatifs eu égard aux grands axes d'analyse transversaux (auxquels les entretiens réalisés auprès des professionnels des établissements, bien qu'au final non retenus, ont contribué à définir) de cette étude.

Enfin, nous souhaitons vivement remercier les membres du personnel des équipes de Direction et d'encadrement, des équipes pluridisciplinaires d'accompagnement, les aidants familiaux, ainsi que les résidents rencontrés au sein des établissements médico-sociaux retenus dans le cadre de la phase d'enquête pour la confiance qu'ils nous ont accordée, leur disponibilité et leur forte implication malgré le contexte pandémique, ainsi que la grande richesse et la qualité des échanges menés. Tous animés par la volonté de contribuer à une meilleure compréhension des enjeux posés autour de la question du lien social au sein des institutions médico-sociales en période de crise sanitaire, nous espérons qu'ils retrouveront dans les lignes de ce rapport une analyse au plus proche des réalités rencontrées.

Sommaire

INTRODUCTION : CONTEXTE, OBJECTIFS, AXES DE QUESTIONNEMENT	4
Contexte de l'étude	4
Les objectifs de l'étude	5
Les axes de questionnement	6
UNE DEMARCHE EN PROMOTION DE LA SANTE : QUELQUES CONCEPTS ET NOTIONS CLES POUR AGIR DANS UNE PERSPECTIVE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	7
Des inégalités sociales et territoriales de santé (ists) renforcées durant la période pandémique : les esms confrontés à de multiples épreuves et des vecus contrastés	7
Une approche positive et globale de la santé visant la qualité de vie et le bien-être : agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé	9
Lien social et santé : une composante essentielle de la qualité de vie en ESMS dans un contexte d'urgence et ordinaire	10
Lien aux autres et lien à soi : participation, empowerment, autodétermination, et pouvoir d'agir de l'individuel au collectif	14
UNE DEMARCHE EN PROMOTION DE LA SANTE : CADRAGE METHODOLOGIQUE	17
Innover pour le lien social en contexte de crise sanitaire : des pratiques « prometteuses » et des stratégies d'intervention en promotion de la santé	17
Phase de repérage des initiatives	18
Phase d'enquête par focus group	20
Journée d'échange et de partage d'expériences	22
LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DES TERRAINS D'ENQUETE : EN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, DES LEVIERS D'EFFICACITE TRANSVERSAUX EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL AU SEIN D'ESMS EN GRAND EST	23
Dans un contexte d'urgence et ordinaire, agir sur les facteurs sociaux et environnementaux de la santé en conciliant le vivre ensemble et le chez-soi au sein de l'établissement	24
Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer les liens entre les différents acteurs de la relation d'aide : conjuguer « l'aller vers » et les interactions sociales à « distance »	68
Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux dans et hors l'établissement par l'accès aux loisirs, aux activités physiques et sportives, culturelles et créatives	94
Dans un contexte d'urgence et ordinaire, renforcer le pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective : garantir le respect des droits fondamentaux, le libre choix, et la prise d'initiatives	104
CONCLUSION : AGIR EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL EN ESMS ET REPENSER LES ACTIONS SUR LES NORMES SOCIALES ?	110
PERSPECTIVES DE TRAVAIL : CONJUGUER LE TEMPS COURT ET LE TEMPS LONG	113
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	114
ANNEXES	118

INTRODUCTION : CONTEXTE, OBJECTIFS, AXES DE QUESTIONNEMENT

Le présent rapport fait suite à une réponse à un appel à projets lancée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2020 intitulée « **Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes** » correspondant au thème 3 : « Innover pour le lien social, la communication, les loisirs et la participation citoyenne des personnes âgées ou en situation de handicap en période de crise ». Il se compose de trois grandes sections : la première est consacrée au contexte général de l'étude, la seconde à l'analyse du terrain d'enquête, et la dernière section aux perspectives de travail envisagées.

CONTEXTE DE L'ETUDE

Dès mars 2020, différentes mesures de confinement et protocoles sanitaires ont été mis en place au sein des ESMS afin d'éviter la propagation du virus Sars-Cov-2 responsable de la maladie de la Covid-19 et protéger les personnes accueillies du risque infectieux. Dans ce cadre, la liberté de déplacement dans les établissements a été considérablement limitée, les visites de proches suspendues, et la vie collective fortement restreinte (même s'il faut noter que l'application du cadrage national a pu varier d'un établissement à l'autre). Certaines personnes accompagnées (principalement, dans le secteur handicap) sont retournées vivre au domicile de leur famille.

Depuis lors, prises dans un contexte à la fois contraint et fluctuant de « gestion de crise » - au gré des vagues de contamination successives et des clusters localisés, de la profusion et de l'évolution des consignes et des instructions gouvernementales, du développement des connaissances et des traitements de la maladie¹-, de nombreux aménagements et de multiples adaptations dans l'organisation et les accompagnements proposés au sein et hors les murs de ces structures ont été instaurés². Si ces différents changements ont impliqué une forte réactivité, agilité, et créativité de l'ensemble des acteurs de la relation d'aide (résidents et familles inclus), ils ont pour corollaire des questionnements éthiques (d'ordre individuel et collectif³), s'incarnant dans une oscillation permanente entre protection sanitaire et liberté de choix, entre « bonne distance » physique « juste proximité » relationnelle, certes toujours au cœur de ces mondes sociaux particuliers mais exacerbée dans ce climat sociétal spécifique.

Aussi, de nombreux travaux scientifiques relevant des sciences humaines et sociales, ou encore des sciences de la nature ou des sciences dites « dures », font état d'un potentiel

¹ A titre d'illustration et de ressource documentaire relative à un partage de connaissances, d'éclairages, d'aide et de réflexion autour des premières semaines de déconfinement à destination des ESMS, nous pouvons citer les travaux menés sous le pilotage de la Direction de l'autonomie de l'ARS Grand Est, coordonnés par le CREA Grand Est, auxquels ont participé plusieurs contributeurs issus de fédérations médico-sociales : ARS Grand Est, CREA Grand Est, version actualisée au 20/05/2020, *Foire aux questions : Aide à la gestion de la reprise d'activité par les établissements et services médico-sociaux dans le champ du handicap*.

² CREA Grand Est, septembre 2020, *Les impacts de la crise Covid-19 sur le champ médico-social : Evolutions des pratiques et effets sur les personnes accompagnées*.

³ Auxquels s'ajoute une dimension déontologique concernant les professionnels.

transformateur des crises, qu'elles soient sanitaires, sociales, économiques, écologiques, énergétiques, etc. ; structurelles ou conjoncturelles ; médiatisées ou silencieuses⁴. Elles impactent tout autant le quotidien et les relations sociales qu'entretiennent les individus que les cadres de référence et d'action des organisations, comme des politiques publiques qui les régissent. S'il ne s'agit pas d'obscurcir les effets néfastes et la palette d'émotions et de réactions négatives qu'elles peuvent susciter, ces périodes d'incertitudes, voire d'indécision devant une absence de réponse connue, révèlent et génèrent aussi des formes de résilience (personnelle, communautaire, organisationnelle, sociale) et de capacités adaptatives individuelles et collectives.

En cela, pour reprendre un intitulé figurant sur le rapport du Haut Conseil du Travail Social daté du 25 janvier 2021, si agir dans une « situation marquée par l'hétérogénéité, la complexité, les paradoxes... mais aussi la solidarité, l'engagement et la responsabilité » est inhérent au champ de l'action sociale et médico-sociale, cette crise sanitaire « a été parfois un accélérateur d'évolutions déjà engagées, et parfois un révélateur des potentiels et des freins rencontrés par les professionnels »⁵.

Ainsi, dans ce contexte de crise sanitaire où l'approche privilégiée, bien qu'évolutive, s'est tout d'abord centrée sur les dimensions médicales, les professionnels intervenant au sein des établissements médico-sociaux ont concurremment et constamment œuvré au maintien -voire au renforcement- des liens entre l'ensemble des personnes impliquées malgré les règles de distanciation sociale et les gestes barrières avec lesquelles elles ont dû –et doivent encore parfois- composer.

LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans cette perspective, l'objectif de cette étude est double et consistait dans un premier temps à **analyser cinq initiatives⁶ mises en place durant la crise sanitaire liée à la Covid-19 visant à maintenir et/ou renforcer les actions en faveur du lien social des personnes âgées et des adultes en situation de handicap accueillis et accompagnés au sein d'établissements médico-sociaux en Grand Est**. Une phase importante du projet était donc consacrée au recueil des retours d'expérience et au vécu de la situation par un panel significatif des différentes catégories d'acteurs impliqués (Direction et personnel d'encadrement, équipes pluridisciplinaires d'accompagnement, résidents, aidants familiaux).

⁴ Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale (AIFRIS-France), novembre 2022, Appel à contributions « 10ème Congrès international de l'AIFRIS : « Sociétés en crises et travail social : Explorer les dynamiques politiques, de formations, de recherches, d'interventions et d'expériences ».

⁵ Haut Conseil du Travail Social, 25 janvier 2021, *Le Travail Social au défi de la crise sanitaire : Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux* Rapport coordonné par Marie-Paule Cols à la suite de la saisine interministérielle du 5 octobre 2020.

⁶ Nous privilégions la notion d'initiative, définie comme « un processus de démocratie participative », s'intégrant pleinement dans une démarche de promotion de la santé.

Dans un second temps, il s'agissait de valoriser et de partager les expériences afin d'évaluer les conditions de pérennisation et d'essaimage de ces initiatives à d'autres contextes organisationnels (ordinaires et/ou d'urgence). C'est l'objet des pistes d'action et de réflexion proposées au sein de ce rapport.

Enfin, cette étude s'intègre dans un projet plus global visant à améliorer la qualité des initiatives en faveur du lien social des personnes âgées et des adultes en situation de handicap accueillies et accompagnées en ESMS en Grand Est par le renforcement, d'une part, de l'engagement politique des structures, et d'autre part, des compétences et des connaissances des professionnels en la matière. Ce projet peut également contribuer au rapprochement entre le champ médico-social et celui de la promotion de la santé, qui, nous le verrons, portent des valeurs, une éthique, et des principes d'intervention partagés⁷.

LES AXES DE QUESTIONNEMENT

Pour ce faire, l'étude se structurait autour de trois grands axes de questionnement qui ont guidé l'ensemble de la démarche.

Le premier d'entre eux avait pour objectif d'identifier la place et les enjeux liés au maintien et/ou au renforcement du lien social dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19 : parmi les différents enjeux auxquels ont été confrontés les ESMS, quelle place a été accordée au lien social ? Concrètement, comment les différents types de liens sociaux ont-ils été maintenus, voire renforcés au sein et en dehors des murs de ces établissements ? Quelles initiatives ont été mises en œuvre en la matière ?

Le deuxième axe de questionnement était consacré au potentiel de développement du pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective : dans quelle mesure ces initiatives ont-elles pu maintenir et/ou renforcer le pouvoir d'agir de l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués ? En quoi ont-elles contribué au maintien et/ou à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies, de leurs proches aidants ? En quoi ont-elles participé à l'amélioration des conditions de travail des professionnels ? Plus largement, en quoi ces initiatives contribuent-elles à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Enfin, le troisième axe de questionnement était dédié à la nature et à la qualité des initiatives menées ainsi que leurs perspectives de développement : en quoi ces initiatives sont-elles « prometteuses » ? Ont-elles été évaluées ? Sont-elles destinées à être pérennisées ? Comment ? Quels en sont les éléments, facteurs, fonctions clés identifiés ? Les leviers d'action ? Les freins rencontrés ? Les pistes d'amélioration envisagées ? Quelles sont les conditions nécessaires d'adaptation de ces initiatives à d'autres contextes organisationnels (d'urgence et/ou ordinaires) ? Sur quels aspects concrets de l'organisation et des accompagnements ?

⁷ ALIAS F., BIDAUX L., FERRON C., LAFITTE S., MASROUBY M., POLI S., QUELENNEC E., 2018, *Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap. Guide d'aide à l'action pour la réalisation de projets de santé dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 40 p.

UNE DEMARCHE EN PROMOTION DE LA SANTE : QUELQUES CONCEPTS ET NOTIONS CLÉS POUR AGIR DANS UNE PERSPECTIVE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

Ce projet s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé, il nécessite dans un premier temps une clarification des concepts et des notions clés mobilisés dans le cadre de cette étude⁸ autour de notre approche de la santé, du lien social tel qu'employé dans le champ de la promotion de la santé et des sciences humaines et sociales, ainsi que de la participation sociale, de l'empowerment, et du pouvoir d'agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE (ISTS) RENFORCEES DURANT LA PERIODE PANDEMIQUE : LES ESMS CONFRONTES A DE MULTIPLES EPREUVES ET DES VECUS CONTRASTES

Précisons qu'en promotion de la santé, les inégalités sociales et territoriales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux ». Elles relèvent d'une multitude de déterminants sociaux et environnementaux tels que le genre, le pays de naissance, la structure familiale, la situation socio-économique (niveau d'études, de revenus) et socioculturelle des individus, leurs conditions de vie et de logement, etc. Elles résultent également de déterminants plus globaux comme la nature et la portée des politiques sociales, économiques, éducatives, ou encore sanitaires et leurs incidences sur le quotidien des populations. D'autres formes d'inégalités peuvent être territoriales relevant de l'accès aux soins, à l'emploi, à des services selon les territoires⁹. Les inégalités de santé concernent donc toute la population, sur l'ensemble du gradient social. Ce dernier « décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons¹⁰ ».

Aussi, plusieurs travaux conduits au sein du réseau des Ireps ont montré combien cette crise sanitaire a révélé et accentué les inégalités sociales et territoriales de santé qui traversent de manière structurelle l'ensemble de notre société¹¹. Différentes études et recherches en santé

⁸D'autres concepts et notions clés mobilisés dans le cadre de cette étude seront directement intégrés aux résultats issus des données recueillies sur le terrain.

⁹ Site Internet de Santé Publique France, *Les inégalités sociales et territoriales de santé*.

¹⁰ Rapport BLACK (1980) cité par SEN. A, « Why health equity », 2009.

¹¹Parmi lesquels, nous pouvons citer : VILLEVAL M., PELOSSE L., « Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions pour la promotion de la santé », *Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes*, 03/2020, 6 p.

GISBERT A., LORAIN I., ORHAN J., et al., « Inégalités sociales de santé en temps de crise sanitaire. PS² : Problèmes et solutions en promotion de la santé. Dossier documentaire », *Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes*, 2021, 68 p.

publique ou issues des sciences humaines et sociales dressent le même constat¹² : si les conséquences de la pandémie liée à la Covid-19 ont modifié le cours de nombreuses existences, renforcées les inégalités de genre (les femmes ont été les plus exposées à un arrêt de leur activité professionnelle ou à la perte d'emploi que les hommes, elles ont davantage été sollicitées dans la gestion des tâches de la vie quotidienne) et générationnelles (les jeunes âgés de 18 à 24ans ont été particulièrement touchés par une baisse de revenus et par le sentiment de solitude, les personnes âgées de 60ans et plus ont exprimé le même ressenti, notamment les « jeunes aînés » vivant à domicile¹³) elles ont aussi accentué les difficultés des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité¹⁴. Les personnes accueillies en établissement médico-social du fait de leur âge et/ou de leur handicap ont en effet été confrontés à de multiples épreuves. Ces dernières, comme le souligne la DRESS¹⁵ dans une synthèse rassemblant les principaux travaux de la littérature nationale et internationale réalisés durant la crise sanitaire, résultent de « trois facteurs, souvent cumulatifs : les inégalités face au risque d'exposition, la vulnérabilité différenciée face à la maladie et les différences de prise en charge ».

Ainsi, selon les modalités de mise en œuvre des confinements et des déconfinements au sein des ESMS, les ressources relationnelles et occupationnelles dont disposent les personnes accompagnées à l'intérieur et à l'extérieur de ces structures, la qualité de leur cadre de vie, ou encore leur acquisition de compétences psychosociales (gestion du stress, régulation des émotions...) et d'aptitudes individuelles (par exemple, la capacité à exprimer leurs choix concernant les adaptations à mettre en place au sein de l'établissement ; à s'approprier les consignes liées aux gestes barrières...), les expériences vécues de la période pandémique apparaissent alors contrastées. Il s'agit donc ici de repérer et de valoriser les initiatives activées en contexte d'urgence ayant permis d'atténuer les conséquences néfastes de la crise sanitaire autant qu'elles ont œuvré au maintien et/ou au renforcement du lien social des résidents dont certaines d'entre elles contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (au sein même des établissements et entre ces derniers et le milieu ordinaire).

¹² BALARD F., CARADEC V., CASTRA M., et al., « Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/4 (n°141), p. 31-48.

¹³ Rapport des Petits Frères des Pauvres, mars 2021, *Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire*.

¹⁴ LAMBERT A., CAYOUE-REMBLIERE J. (dir.), 2021, *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour-d'Aigues, Ined/éditions de l'Aube.

Ou encore :

Équipe Vico, 2020, *La traversée du confinement : résultats de la première vague de l'enquête Vico*, La vie en confinement : études et résultats, n° 3.

¹⁵ DUBOST, C.-L., POLLAK, C., REY, S. (coord.), et al., juillet 2020, « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives ». DREES, Les Dossiers de la DREES, 62 p.

UNE APPROCHE POSITIVE ET GLOBALE DE LA SANTE VISANT LA QUALITÉ DE VIE ET LE BIEN-ÊTRE : AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ

Dans cette perspective, notre cadre d'analyse s'appuie en premier lieu sur la définition de la santé telle que proposée dans la Charte d'Ottawa (1986)¹⁶ : « (...) La santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ». Dès lors, la santé est appréhendée de manière globale (pas uniquement en termes sanitaire), et positive (en termes de capacités et de potentialités des individus et des collectifs), et comme une ressource (individuelle et sociale) de la vie quotidienne et non comme un but à atteindre.

Aussi, la Charte précise que « la santé est ce qui permet aux personnes et aux groupes d'identifier et de réaliser leurs aspirations, de satisfaire leurs besoins, de changer leurs milieux de vie ou de s'y adapter ». En cela, évoquer la santé en termes de qualité de vie et de bien-être implique nécessairement de considérer les choix, les ressentis, les représentations des personnes concernées dans toute leur subjectivité : « La santé est [...] tout au long de la vie, un mode de présence au monde : ainsi la santé est la capacité d'un sujet humain de vivre une vie possible pour lui. Il n'est donc pas possible de définir de l'extérieur, ce que doit être la santé pour un individu singulier. Pour chacun d'entre nous il s'agit d'un processus, d'une adaptation, d'un engagement, dans ce qui fait sens.¹⁷ »

Cette conception suppose de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé (les facteurs individuels, psychiques, sociaux, environnementaux...) qui participent de l'état de santé et de la qualité de vie des populations¹⁸. Ils s'inscrivent au sein des cinq axes de la promotion de la santé¹⁹ :

- Axe 1 : Promouvoir des politiques (publiques, institutionnelles, associatives et/ou d'établissement) favorables à la santé.
- Axe 2 : Créer des milieux/environnements physiques favorables à la santé.
- Axe 3 : Renforcer la participation effective des individus et des communautés.

¹⁶ [PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA \(who.int\)](#)

¹⁷ LECORPS Ph., PATURET J-B., *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, ENSP éd. 1999.

¹⁸ En 2007, certains organismes comme l'Agence de la santé publique du Canada ou encore le Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick proposent une liste de 12 déterminants de la santé : Le niveau de revenu et le statut social ; Les réseaux de soutien social ; L'éducation et l'alphabétisme ; L'emploi et les conditions de travail ; Les environnements sociaux ; Les environnements physiques ; Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ; Le développement de la petite enfance ; Le patrimoine biologique et génétique ; Les services de santé ; Le sexe ; La culture.

¹⁹ ALIAS F., BIDAUX L., FERRON C., LAFITTE S., MASROUBY M., POLI S., QUELENNEC E., 2018, *Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap. Guide d'aide à l'action pour la réalisation de projets de santé dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, op.cit.

- Axe 4 : Développer des aptitudes individuelles et des compétences psychosociales par l'éducation pour la santé.

Cet axe s'inscrit de manière transversale au sein des quatre autres axes de la promotion de la santé. Il intègre notamment la « littératie en santé »²⁰ définie comme « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »²¹. Ce concept comporte quatre dimensions principales se déclinant autour de :

- La capacité à chercher et obtenir une information pour la santé (accéder) ;
- La capacité à comprendre l'information pour la santé (comprendre) ;
- La capacité à interpréter, filtrer, juger l'information (évaluer) ;
- La capacité à utiliser l'information pour prendre une décision afin de maintenir ou améliorer la santé (appliquer).

La littératie en santé tel qu'inscrit dans le champ de la promotion de la santé inclut l'éducation pour la santé, mais également l'éducation thérapeutique du patient, ce dernier étant considéré comme un acteur à qui l'on reconnaît non seulement des compétences mais aussi le droit de choisir et la capacité d'agir²². L'application de ce concept est donc appréhendée comme un déterminant essentiel de la santé, en ce sens où la littératie en santé contribue à l'empowerment des personnes²³ et s'opérationnalise au sein des 5 axes de la promotion de la santé.

- Axe 5 : Réorienter les services de santé afin de favoriser une meilleure prise en compte des besoins des populations.

LIEN SOCIAL ET SANTE : UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE DE LA QUALITÉ DE VIE EN ESMS DANS UN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE

Dans cette approche, la qualité du lien social apparaît à la fois comme un déterminant de la santé majeur, notamment dans le contexte de cette crise sanitaire, mais aussi comme un support intégrant l'une des stratégies de la promotion de la santé visant à soutenir les actions collectives et communautaires pour agir contre les inégalités sociales et territoriales de santé²⁴.

²⁰ FERRON C., 2017, « La littératie en santé. Synthèse bibliographique », Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 39 p.

²¹ La littératie en santé au Canada : une question de bien-être. Ottawa : Conseil canadien sur l'apprentissage ; 2008. 41 p.

²² SANDRIN-BERTHON B., *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF ; 2000. 198 p. (Collection Education et Formation).

²³ EDWARDS M., WOOD F., DAVIES M., EDWARDS A., 2012, « The development of health literacy in patients with a long-term health condition : the health literacy pathway model ». BMC Public Health.

²⁴ GISBERT A., LORAIN I., ORHAN J., et al., « Inégalités sociales de santé en temps de crise sanitaire. PS² : Problèmes et solutions en promotion de la santé. Dossier documentaire », *op.cit.*

Comme le rappelle le rapport du Haut Conseil de la santé publique²⁵, si la pandémie de Covid-19 a renforcé les inégalités sociales et territoriales de santé, ses effets se rapportent à une crise « systémique et syndémique²⁶ » dont la gestion « a conservé un caractère biomédical malgré son impact majeur au-delà de l'aspect infectieux [...] les ISS (Inégalités Sociales de Santé) sont restées un objectif secondaire ». A l'instar de ce rapport, plusieurs travaux d'études ou de recherches en santé publique et en sciences humaines et sociales, de type institutionnel ou scientifique évoquent la souffrance psychique et l'isolement comme les principales épreuves traversées par les populations. Pour le Haut Conseil du Travail Social, « en provoquant l'isolement et une forme d'exclusion sociale, le confinement a affecté ce qu'il y a de plus précieux chez l'être humain : le besoin d'être en relation. Ce manque et la peur afférente aux effets de la Covid-19 ont ainsi généré des troubles psychologiques plus ou moins importants. Une absence de leur prise en compte n'a pu qu'aggraver le phénomène ». Dans ce cadre, les auteurs valorisent différentes solutions mises en place par les travailleurs sociaux durant cette crise sanitaire « qui ne relèvent pas que du traitement médical des symptômes », telles que **la réassurance, le maintien des liens, ou encore le soutien psychosocial**.

C'est aussi les notions de *care*²⁷ et du prendre soin à l'échelle de l'ensemble du secteur médico-social qui (re)surgit de ce contexte de crise. Parmi les travaux y faisant référence, nous pouvons souligner l'article de Didier Dubasque²⁸ évoquant cet aspect comme révélateur « d'une réalité sociale [liée à l'accentuation des inégalités sociales de santé concernant en particulier les personnes en situation de vulnérabilité] et d'un non-dit [...] le *care* ou la nécessité de prendre soin de l'autre dans une dimension différente de celle du soin médical ».

Dans cette perspective, le *care* renvoie à l'idée d'une attention, particulière et généralisée, de chacun les uns envers les autres²⁹. Introduite dans le champ de l'action sociale et médico-sociale depuis la fin des années 1970, elle consistait à promouvoir une posture éthique en enrichissant le concept de « bientraitance » des valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect et de dignité. Plus récemment, en particulier à partir des années 2010, plusieurs travaux évoque « l'éthique du *care* » comme un enjeu, voire un projet, de société dans la mesure où elle soutient, d'une part, une conception du lien social où la fragilité et

²⁵ Haut Conseil de la santé publique, Octobre 2021, *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé*, Coll. Avis et Rapports.

²⁶ Se caractérisant par « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale délétère qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées ». Singer M., Bulled N., Ostrach B., Mendenhall E., « Syndemics and the biosocial conception of health », *The Lancet*. 2017.

²⁷ Nous nous appuyons sur la définition du *care* proposée par Francesca Cancian comme « une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face-à-face ». Concept auquel se rattache les notions d'éthique, de responsabilité, d'entraide, ou encore de **sollicitude**.

CANCIAN F., 2000, *Caring and gender*, Thousand Oaks, Pine Forge Press.

²⁸ DUBASQUE D., « Comment la crise liée au Covid-19 a bouleversé les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et posé la question de leur devenir », *Vie sociale*, 2022/1 (n° 37), p. 37-49.

²⁹ GRELLEY P., « Contrepoint - Le *care* : revisiter le lien social ? », *Informations sociales*, 2015/2 (n° 188), p. 53-53.

l'interdépendance sont placées au centre des relations sociales, et d'autre part, une vision solidaire du vivre ensemble face à la montée de formes d'individualisme attachées à des logiques lucratives et des fonctionnements bureaucratiques.

Si le *care* et le prendre soin sont étroitement associées à la nature et à la qualité des rapports sociaux qu'entretiennent les individus, elles se rattachent donc pleinement à la notion de lien social. Serge Paugam, sociologue, en propose une grille de lecture autour de la théorie de « l'attachement social »³⁰. Selon lui, « la vie en société place tout être humain dès sa naissance dans une **relation d'interdépendance** avec les autres », dès lors, « la solidarité se constitue à tous les stades de la socialisation »³¹.

Pour cet auteur³², l'être humain est « lié aux autres et à la société non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie (« **compter sur** »), mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance (« **compter pour** »), source de son identité et de son existence ». Selon lui, dans les sociétés modernes, les modèles institutionnels de la reconnaissance se sont individualisés, ils se fondent davantage sur des traits individuels que sur des traits collectifs. C'est moins le groupe en tant que tel qui fonde l'identité que la juxtaposition de groupes différents – ou de cercles sociaux – qui s'entrecroisent de façon unique en chaque individu. Il s'agit d'un processus historique qui place chaque individu dans une plus grande **autonomie apparente** par rapport aux groupes auxquels il est lié, mais qui l'oblige à **se définir lui-même en fonction du regard d'autrui porté sur lui**.

Serge Paugam établit ainsi quatre types de liens sociaux : le **lien de filiation** (au sens des liens de parenté), le **lien de participation élective** (au sens des relations entre proches choisis ; par exemple, son conjoint, ses amis), le **lien de participation organique** (au sens de la solidarité organique et de l'intégration professionnelle ; par exemple un emploi stable ou une protection contractualisée), le **lien de citoyenneté** (au sens de la protection juridique des personnes ; par exemple, les droits civils, politiques et sociaux au titre du principe d'égalité). **Il précise que « chaque lien peut être défini à partir des deux dimensions de protection et de reconnaissance**. La protection renvoie à l'ensemble des supports que l'individu peut mobiliser face aux aléas de la vie (ressources familiales, communautaires, professionnelles, sociales...), la reconnaissance renvoie à l'interaction sociale qui stimule l'individu en lui fournissant la preuve de son existence et de sa valorisation par le regard de l'autre ». Il

³⁰ PAUGAM S., « Etudier l'attachement social », site Internet de L'école normale supérieure.

Pour aller plus loin : PAUGAM S., *Le lien social*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2018.

³¹ Selon le sociologue Philippe Riutort, « la socialisation peut se définir comme le processus par lequel les individus intériorisent les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils évoluent ». Elle procède d'un double apprentissage où l'individu, par la diversité des relations qu'il entretient, adopte certains comportements conformes aux attentes d'autrui. Deux types de socialisation sont communément admises : la socialisation primaire débutant dès la naissance et au cours de l'enfance (la famille, les groupes de pairs, l'école, les institutions œuvrant sur le champ de l'enfance...) ; la socialisation secondaire se déroulant quant à elle tout au long du parcours de vie de l'individu (le travail, l'inscription dans diverses associations et activités, la mise en couple, la participation à la vie sociale...). Cet auteur considère que « socialisation primaire est la plus déterminante puisqu'elle fournit à l'enfant ses premiers repères sociaux qui marqueront durant toute son existence et agiront ensuite comme un « filtre » : les expériences vécues ultérieurement sont appréhendées, en effet, en référence aux premières qui ont contribué à structurer durablement les manières de penser et d'agir de l'individu ».

RIUTORT Ph., « La socialisation. Apprendre à vivre en société », dans : *Premières leçons de sociologie*., sous la direction de RIUTORT Ph., Paris, Presses Universitaires de France, « Major », 2013, p. 63-74.

³² Serge Paugam, « Etudier l'attachement social », *op.cit.*

souligne que ces quatre types de liens sont complémentaires et entrecroisés, ils participent de la construction identitaire des individus³³. L'attachement social qualifie alors ce processus d'entrecroisement de ces quatre liens et l'entrecroisement de ces derniers se réalise en chaque individu par le processus de socialisation. **Il faut ici noter que pour Serge Paugam, chaque société n'accorde pas la même importance aux quatre types de liens, mais il préexiste également une inégalité de l'intensité de ces liens sociaux entre les individus en fonction de leurs conditions particulières de socialisation, participant ainsi de leur degré d'intégration sociale.**

Le maintien des liens sociaux est d'autant plus important en contexte de crise qu'ils permettent de réduire l'impact de cet événement en mobilisant des formes de résiliences et des capacités adaptatives individuelles et collectives. De nombreuses recherches en santé font notamment état de l'incidence primordiale de la qualité de ces liens sur l'espérance de vie des populations. Ainsi, selon Vincent Yzerbyt et Olivier Klein³⁴, « le lien social affecte massivement la santé physique et mentale. Les analyses de mortalité montrent que l'absence de soutien social (l'isolement et l'absence de support) et le manque d'intégration sociale (l'étranglement du réseau social) constituent des facteurs bien plus déterminants que, par exemple, le fait de fumer, de consommer de l'alcool, d'être sédentaire ou encore de souffrir d'obésité ». Les résultats des travaux conduits par Santini et al.³⁵ montrent également que des interventions sont possibles pour renforcer le lien social des personnes en situation de fragilité : « cela pourrait être fait avec des efforts axés sur la prévention ou la réduction de l'isolement perçu (c'est-à-dire, l'amélioration du soutien social et la réduction de la solitude). Ainsi, des initiatives alternatives conçues pour créer des opportunités d'interaction sociale et un sentiment d'appartenance à la communauté, telles que le jardinage sur ordonnance, l'activité physique sur ordonnance ou la pratique de l'art sur ordonnance, ont été mises en œuvre dans divers contextes avec des résultats prometteurs. Ces interventions peuvent, en plus des avantages pour la santé qui y sont associés, être essentielles comme moyen d'augmenter le soutien social et de réduire la solitude, ce qui pourrait à son tour favoriser la connexion sociale entre les personnes ayant des problèmes d'isolement social et relationnel ».

Enfin, si le lien social occupe une place centrale en matière de santé, il faut aussi préciser le caractère protéiforme de la notion du fait de son usage courant, de sa mobilisation différenciée dans le champ scientifique ou encore politico-institutionnel ; nous verrons qu'auprès des différents acteurs rencontrés, il renvoie tout à la fois à une mise en relation (à soi et aux autres), à la matérialité de temps partagés, au rapport à l'espace et aux lieux de vie (individualisés et collectifs), à des accompagnements et à des pratiques relevant des activités de la vie quotidienne, de la vie et de l'animation sociale, à l'expression des droits et de la citoyenneté, à l'accès à la communication (verbale et non verbale), ou encore aux aspects sensoriels (l'ouïe, le toucher...) et émotionnels.

³³ Le lien de filiation renvoie à la morale domestique, le lien de participation élective à la morale associative, le lien de participation organique à la morale professionnelle, et le lien de citoyenneté à la morale civique.

³⁴ YZERBYT V., KLEIN O., « Loin des yeux, proche du cœur ! Le lien social au temps du coronavirus », The conversation, March 19, 2020.

³⁵ SANTINI Z- I., JOSE P-E., CORNWELL E-Y., et al., « Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis ». The Lancet Public Health, 2020, vol. 5, no 1, p. e62-e70.

Par ailleurs, comme le souligne Cédric Frégné³⁶, si le lien social est bien souvent abordé (en particulier, dans de nombreux travaux scientifiques) « sous un angle privatif » et « appréhendé par son envers : la désaffiliation, la disqualification sociale », il s'agit ici de le considérer de manière « positive » visant à définir en plein et non en creux les dimensions constitutives du lien social » et de nous « extraire des raisonnements formulés en termes de « problèmes » ou de « dysfonctionnement » » rejoignant pleinement les valeurs de la promotion de la santé.

LIEN AUX AUTRES ET LIEN À SOI : PARTICIPATION, EMPOWERMENT, AUTODETERMINATION, ET POUVOIR D'AGIR DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

La notion de lien social introduit également l'une des stratégies de la promotion de la santé visant à permettre la participation effective des individus et des communautés aux actions qui les concernent et à leur donner les moyens d'agir sur les obstacles et les leviers influençant leur santé. Durant cette crise sanitaire, les initiatives menées en ce sens au sein des ESMS sont nombreuses mais ne sont pas toujours identifiées et valorisées³⁷. Quelques éclairages notionnels et conceptuels sont là aussi à apporter.

En promotion de la santé, la participation est à appréhender comme un « processus social où un groupe d'individus va prendre part à l'identification de ses besoins, aux processus décisionnels et à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins »³⁸. Deux types de participation sont à distinguer : « faire partie de » renvoie à une conception passive de la participation n'impliquant pas forcément une activité au sein du groupe auquel appartient la personne tandis que « prendre part à » se réfère à une conception active au sein de ce groupe³⁹.

Cette dernière dimension contribue à renforcer l'empowerment des personnes considéré comme « le processus visant l'augmentation des ressources personnelles d'un individu ou d'une communauté pour qu'il/elle puisse décider en connaissance de cause et faire les choix favorables à la santé »⁴⁰. Cette notion se rapproche de la notion de capacitation renvoyant à « l'octroi de moyens d'agir en matière de santé », c'est-à-dire au « processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé »⁴¹. Dans ce cadre, les moyens d'agir portent à la fois sur les aptitudes individuelles à prendre des décisions dans sa vie personnelle, et visent à une plus grande maîtrise de cette dernière ; mais ils consistent également à renforcer le pouvoir d'agir d'une communauté sur les déterminants de la santé et la qualité de vie au sein de celle-ci. Les moyens d'agir d'une communauté constituent donc un objectif primordial de l'action communautaire.

³⁶ FRETIGNE C., « La qualification sociologique du lien social. Des orientations concurrentes », *Pensée plurielle*, 2012/1 (n° 29), p. 37-49.

³⁷ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. « Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap ». La santé de l'Homme. 2011 ; (412) : 8-47.

³⁸ Promo Santé Ile-de-France, 2020, « Concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux », [en ligne].

³⁹ ISCHER P., SAAS C., Fondation O2, « La participation en matière de promotion de la santé. », Document de travail, Berne et Lausanne : Promotion Santé Suisse ; 2019. 26 p.

⁴⁰ *Ibid.* p.12

⁴¹ Organisation mondiale de la santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Genève: OMS.

Cette action communautaire telle que définie par Hyppolite et Parent est ici particulièrement intéressante dans la mesure où elle porte plus spécifiquement sur le champ du travail social⁴² :

« L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé ». Il faut noter que des données probantes⁴³ existent quant aux impacts du développement du pouvoir d'agir et la qualité de vie des populations. Ces stratégies ayant pour objectif de développer le pouvoir d'agir des populations montrent des résultats positifs d'ordre psychologique, social, organisationnel et politique.

Enfin, le concept d'« autodétermination » est apparu au cours de la phase d'enquête (exprimé uniquement au sein des établissements accueillant des adultes en situation de handicap). L'application concrète de ce concept dans le secteur médico-social remonte aux années 1970 avec le Mouvement pour la vie autonome qui le définit comme « l'un des besoins psychologiques favorisant l'épanouissement de l'individu au même titre que le besoin de compétences et de relations sociales »⁴⁴. Si la littérature à ce sujet est abondante ces dernières décennies, plusieurs modèles conceptuels et théoriques liées à l'autodétermination et à ses composantes se complètent et se distinguent : la théorie de l'autodétermination (TAD), le modèle écologique tripartite de l'autodétermination, le modèle fonctionnel de l'autodétermination, et la théorie de l'agentivité causale⁴⁵. Il faut ici souligner qu'une majorité des productions à visée institutionnelle et surtout professionnelle dans le champ du handicap se réfèrent au modèle fonctionnel de l'autodétermination proposé par Michael Wehmeyer. Ce dernier complètera à plusieurs reprises la définition qu'il propose dans une publication en 1992 : un comportement autodéterminé est considéré comme étant « les attitudes et les capacités requises pour agir en tant qu'agent causal principal dans sa vie et pour faire des choix concernant ses actions sans influence ou interférence externe induite ». Il affine ensuite cette définition en 1996 en précisant qu'il s'agit « d'habilités et attitudes requises chez une

⁴² HYPOLITE S. R., PARENT A.-A. (2017). « Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire », in E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 177-208.

⁴³ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les données probantes sont des « conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ». Dans le champ de la promotion de la santé, au carrefour de différents champs de recherches et de pratiques, c'est l'association de différentes sources de données qui permet de qualifier une stratégie ou pratique de « probante ». Ainsi, celles-ci peuvent être produites à partir d'études, de recherches et de revues de la littérature menées dans différentes disciplines (épidémiologie, sciences politiques, sociologie, psychologie, éducation etc.), mais aussi à partir d'évaluations de programmes, de manière articulée avec les expériences des acteurs. Source : CAMBON L., RIDDE V., ALLA F., 2010, « Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 58, no 4 : p. 277-283.

⁴⁴ BOISVERT D., PIRIOU E., RIHOUEY N., LEMAY J., 2020, « Autodétermination », *Consortium national d'expertise en inclusion sociale (Québec) / Association Côte-à-Côte et Centre de preuves-Société Inclusive (France)*.

⁴⁵ LACHAPPELLE Y., FONTANA-LANA B., PETITPIERRE G., et al., « Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels », *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 2022/2 (N° 94), p. 25-42.

personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus »⁴⁶. Suite à de nombreuses mésinterprétations de cette définition –comprise comme « avoir le contrôle de sa vie » et excluant de fait les personnes « ayant de grands besoins de soutien »⁴⁷-, Michael Wehmeyer propose la définition suivante : un comportement autodéterminé renvoie à « des actions volontaires permettant à une personne d'être le principal agent causal dans sa vie tout en maintenant ou améliorant sa qualité de vie »⁴⁸. L'auteur insiste alors sur le rôle de l'action volontaire et « sur le fait qu'on agit volontairement en tant qu'agent causal dans un environnement soutenant »⁴⁹. Aussi, sa conception de l'autodétermination comporte quatre composantes complémentaires pouvant se résumer de cette manière :

- Agir de manière autonome correspondant à la capacité de décider, de faire des choix, et d'agir sans influences externes indues ;

- Agir de manière autoréglée renvoyant à la gestion de soi, à la capacité de poser des objectifs, de planifier des étapes, de s'autoévaluer, et de réajuster l'action ;

- Agir de manière autoréalisée ayant trait à la connaissance de soi, de ses forces et ses faiblesses, aux forces et faiblesses de son environnement pour se fixer des objectifs et les atteindre ;

- Agir avec empowerment (compris comme un processus) relatif au fait de se sentir capable de, d'avoir un sentiment de contrôle, de l'estime de soi, et de la confiance en soi.

Plus largement, cette rapide revue de littérature nous amène à appréhender l'autodétermination comme un processus de co-construction, un apprentissage, voire un « horizon » à fixer, mais aussi un principe d'intervention. Plusieurs travaux scientifiques indiquent également que les comportements autodéterminés améliorent la qualité de vie des populations⁵⁰. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce concept plus loin au sein de ce rapport autour de situations vécues durant la crise sanitaire liée à la Covid-19 dans les ESMS concernés par le travail d'enquête. Il faut toutefois préciser que les concepts et les notions évoqués dans cette partie ne sont pas développés de manière exhaustive, et ne sont pas toutes et tous pleinement stabilisés. Ils font en effet l'objet de débats et d'approches disciplinaires et intra disciplinaires différenciées. Cela étant dit, on y retrouve des traits communs relatifs, notamment, au respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles et collectives des personnes. Il se pose alors la question de leur application à travers des enjeux de définition

⁴⁶ WEHMEYER M. L. (1996). « Self-determination as an educational outcome : Why is it important to children, youth and adults with disabilities ? ». In D. J. Sands & M. L. Wehmeyer (Ed.), *Self-determination across the life span : Independence and choice for people with disabilities* (p. 15-34). Baltimore : Paul H. Brookes.

⁴⁷ LACHAPPELLE Y., FONTANA-LANA B., PETITPIERRE G., et al., « Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels », *op.cit.*

⁴⁸ WEHMEYER M. L. (2005). « Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* », 30, 113-120.

⁴⁹ LACHAPPELLE Y., FONTANA-LANA B., PETITPIERRE G., et al., « Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels », *op.cit.*

⁵⁰ DECI E. L., RYAN R. M. (2008). « Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains] ». *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(1), 24-34.

opérationnels pour les acteurs de terrain et des conditions favorables à leur mise en œuvre tant au niveau politique et institutionnel qu'à l'échelle des pratiques professionnelles.

UNE DEMARCHE EN PROMOTION DE LA SANTE : CADRAGE METHODOLOGIQUE

INNOVER POUR LE LIEN SOCIAL EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE : DES PRATIQUES PROMETTEUSES ET DES STRATÉGIES D'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE

Face aux incertitudes engendrées par les impacts de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les professionnels du champ médico-social ont dû faire un « pas de côté » au regard de leurs postures, savoir-faire, savoir-être habituels. La gestion de la crise au sein des ESMS a entraîné des effets à la fois accélérateurs et générateurs (conçues ou activées dans l'urgence) de nouvelles pratiques. Pour les caractériser, nous nous appuyons sur la définition des « pratiques de promotion de la santé prometteuses » correspondant à des actions qui n'ont pas été évaluées par des méthodologies de recherche, mais qui répondent à des critères de validité et s'appuient sur des principes d'action reconnus comme efficaces pour atteindre les résultats escomptés⁵¹.

Cette dimension « prometteuse » peut tout aussi bien concerner une action, une intervention, un programme, une stratégie, une initiative. Ces pratiques peuvent se situer au stade de leur élaboration comme aux premières étapes de leur évaluation. Elles peuvent potentiellement devenir des pratiques « exemplaires » renvoyant à une intervention qui suite à sa reproduction a démontré des « changements positifs liés aux objectifs souhaités, un haut degré d'adaptabilité (adaptation et transférabilité réussies dans différents milieux) et une grande qualité des données probantes »⁵².

Enfin, le cadre méthodologique de cette étude s'inspire du concept de « social care » tel que présenté par Claude Martin, sociologue et ancien titulaire de la Chaire « Social care – Lien social et santé » de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), qu'il définit comme « une ressource, car il permet de penser ensemble nombre de dimensions qui sont encore le plus souvent traitées de manière indépendante : la dimension philosophique et morale, la dimension relationnelle, la dimension du genre, la dimension de l'action publique. Cette notion permet aussi de penser ensemble différents secteurs d'intervention, souvent abordés (en France tout au moins) de manière étanche (politiques familiales, de l'enfance, de la vieillesse dépendante, du handicap) »⁵³. En l'occurrence, parmi notre panel final

⁵¹ FAZAL N., JACKSON S-F., WONG K., et al., « Elaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires ». Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politiques et pratiques, vol. 37 n° 11, 2017-11, 8 p.

⁵² *Ibid.*

⁵³ MARTIN C., « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-Économie*, 2008/2 (n° 2), p. 27-42.

d'établissements au sein desquels se sont déroulés les focus group le secteur handicap et celui de l'âge sont représentés. D'autre part, il propose d'analyser ensemble les niveaux micro et macro des problématiques étudiées : « Au premier niveau, micro, il s'agit de comprendre de quelle manière les acteurs impliqués dans des relations de sollicitude et de care, expliquent et s'expliquent leurs pratiques, ce qui les conduit à agir de telle ou telle manière, que ce soit comme pourvoyeur ou comme bénéficiaire de l'aide et du care. Il s'agit empiriquement d'analyser les pratiques et les discours (et rationalisations) des acteurs en situation. Les individus structurent en effet leurs valeurs en agissant et en interagissant ». Il nous invite ainsi à prendre en compte toute la diversité des valeurs véhiculées par les acteurs en présence et la pluralité des situations dans lesquelles ils se trouvent comme « moyen de tenter de rendre intelligibles les relations entre contraintes et arbitrages, déterminations et choix et de lier ces variations à un certain nombre de conditions : conditions sociales, de genre, type de contraintes, histoire familiale, trajectoire sociale, etc. Mais ce niveau micro est en partie structuré, conditionné par celui de la régulation politique, autrement dit des normes véhiculées par les dispositifs et les politiques publiques »⁵⁴.

Dans cette perspective, nous accordons une grande importance au croisement des savoirs expérientiels des professionnels (Direction et personnel d'encadrement, équipes pluridisciplinaires d'accompagnement), des résidents, et des proches aidants concernés par les initiatives retenues à travers le recueil des retours d'expérience et du vécu de la situation par un panel significatif d'entre eux.

Pour ce faire, l'étude repose sur une démarche méthodologique de type qualitative, collaborative, et itérative caractérisée par des allers-retours constants entre des aspects théoriques et des données issues du terrain investigué. Elle se compose de deux grandes phases : une phase de repérage des initiatives et une phase d'enquête menée par focus group au sein des établissements retenus.

PHASE DE REPERAGE DES INITIATIVES

Cette phase de repérage des initiatives s'est déroulée entre mi-mars et mi-juillet 2021.

Elle s'est tout d'abord appuyée sur un travail de revue de littérature portant à la fois sur des productions scientifiques et des données probantes (promotion de la santé, santé publique, sociologie, anthropologie, sciences sociales...), ainsi que sur des publications issues de la littérature grise (rapports d'étude, diagnostics, documents institutionnels...) autour de concepts et de notions clés du projet. Concomitamment, une base de contacts a été constituée s'appuyant sur plusieurs ressources :

- La mobilisation du réseau des membres de l'équipe projet et des partenaires de l'Ireps Grand Est, ainsi que d'« acteurs relais »/personnes-ressources (élus locaux, institutionnels, responsables de dispositifs...) en charge des questions liées au vieillissement, au handicap, et à la santé sur le territoire du Grand Est (en veillant à la représentativité des trois ante-régions : Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine). Des entretiens semi-directifs conduits par téléphone ou en visioconférence auprès de ces différents profils d'acteurs (professionnels travaillant au

⁵⁴ *Ibid.*

sein de l'ARS Grand Est, des conseils départementaux des trois ante-régions, représentants de fédérations sociales et médico-sociales, responsables d'associations gestionnaires d'ESMS, chargés de mission de la conférence des financeurs, coordinateurs de contrats locaux de santé...) ont permis à la fois d'établir une première catégorisation des initiatives mises en œuvre et de faciliter la prise de contact auprès des référents de ces dernières.

- Une extraction de la base de données issue du questionnaire réalisé dans le cadre de l'étude menée par le CREA Grand Est intitulée « Les impacts de la crise Covid-19 sur le champ médico-social : Evolutions des pratiques et effets sur les personnes accompagnées » (septembre 2020). Cette étude portait uniquement sur le champ du handicap (secteur enfance et adulte), mais permettait d'identifier des initiatives mises en place par les établissements durant le premier confinement et les premières semaines du déconfinement. Les initiatives portant sur le maintien et/ou le renforcement du lien social et destinées à être pérennisées ont été prioritaires.

- Une analyse des « Newsletters » publiées par le CREA Grand Est se présentant sous la forme d'articles -parfois co-rédigés par les professionnels et les personnes accompagnées- témoignant du quotidien et du vécu de la crise sanitaire au sein des structures relevant du secteur handicap.

- Des recherches issues de sites Internet spécialisés relatifs à l'innovation pour le lien social, la communication, les loisirs, et la participation citoyenne des personnes âgées et des personnes en situation de handicap durant la crise sanitaire.

A la suite de cette première étape de repérage, une méthodologie d'enquête qualitative a été mise en place par la passation d'un guide entretien semi-directif⁵⁵ auprès des référents des initiatives repérées. En majorité, ces entretiens étaient individuels, mais certains d'entre eux se sont tenus en collectif (les référents des initiatives occupant le plus souvent un poste de direction, certains responsables d'établissement ont souhaité convier des professionnels de l'accompagnement). Les entretiens avaient une durée moyenne d'1H30, et se sont déroulés en visioconférence ou par téléphone en raison notamment de la troisième vague épidémique de la Covid-19 et de l'instauration du troisième confinement au cours de cette période. Deux interviews se sont toutefois réalisés en présentiel dans le département de Meurthe-et-Moselle ; le premier au sein d'un EHPAD et le second dans un ESAT.

Au total, 52 personnes ont été interrogées dont 22 acteurs-relais/personnes-ressources et 30 professionnels (Direction et personnel d'encadrement, membres des équipes accompagnantes) représentant 20 structures (dont 8 établissements accueillant des adultes en situation de handicap incluant des ESAT, des foyers d'hébergement, des foyers de vie, un foyer d'accueil spécialisé, une maison d'accueil spécialisée ; et 12 établissements médico-sociaux pour personnes âgées comprenant des EHPAD, des résidences autonomes, une MARPA).

Le choix des cinq initiatives retenues parmi celles identifiées s'est opéré selon des critères prioritaires de sélection croisant à la fois des éléments saillants issus de la revue de littérature et des thématiques d'actions évoquées de manière récurrente lors des entretiens menés. Aussi, une première série de critères portait sur les effets de l'initiative quant aux différents types de

⁵⁵ Cf. Annexe 3.

liens sociaux entretenus au sein et en dehors de l'établissement ; une seconde série de critères renvoyait à la qualité des différents types de liens sociaux auxquels l'initiative se rattache ; une troisième série de critères avait trait aux critères d'efficacité des actions en promotion de la santé, intégrant une approche positive et globale de la santé ainsi qu'en associant au moins deux stratégies d'intervention complémentaires correspondant aux cinq axes présentés ci-dessus⁵⁶. Enfin, des critères secondaires ont participé au choix des structures : le projet s'inscrivant dans une approche transversale et intersectorielle, le secteur de l'âge et du handicap devaient être représentés ; les établissements concernés devaient être implantés sur les trois anté-régions du Grand Est (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine) et se situés sur des territoires diversifiés (urbains/ruraux).

A l'issue de cette démarche, les initiatives retenues se rapportent donc aux établissements suivants : Une Maison d'Accueil Spécialisée, un Foyer de vie auquel a été rattaché un Foyer d'hébergement (certains professionnels intervenant au sein du secteur enfance de la même association gestionnaire ont également participé à la phase d'enquête eu égard à la dimension intergénérationnelle de l'initiative principale élaborée) ; Un Foyer d'Accueil Spécialisé auquel a été associé un Foyer d'Hébergement compte tenu de la transversalité de l'initiative mise en œuvre, un EHPAD public adossé à un centre hospitalier, ainsi qu'un EHPAD privé à but non lucratif rattaché à un groupe national (une présentation succincte des établissements retenus et des initiatives mises en œuvre figure en annexe 5 du présent rapport).

PHASE D'ENQUETE PAR FOCUS GROUP

Cette phase d'enquête s'est déroulée entre mars et juin 2022. Elle s'inspire des démarches de recherche qualitative en santé par la mise en place de focus group. Aussi, comme le souligne Kitzinger, « les focus groups sont des discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinents pour une recherche. Le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse⁵⁷ ». Si ces derniers donnaient lieu à un approfondissement des initiatives évoquées lors de la phase de repérage -et leur état d'avancement - et à un croisement des regards entre chaque catégorie d'acteurs impliqués, ils permettaient aussi d'y introduire une dimension projective.

Ainsi, quatre focus group étaient mis en place pour chaque établissement :

- Un focus group auprès de l'équipe de Direction et d'encadrement (aucun nombre théorique d'enquêtés n'était fixé dans la mesure où il dépendait de l'effectif « réel » de cette catégorie du personnel pour chaque établissement) : au total, 20 participants ont été interrogés.

⁵⁶ Cf. Annexe 4.

⁵⁷ KITZINGER J., « The methodology of focus groups : the importance of interactions between research participants, *Sociology of health and illness* », 16, 1, 1994a, p. 103-121. Cité par Kitzinger J., Markova I., Kalampalikis N., « Qu'est-ce que les focus groups ? ». *Bulletin de psychologie*, 2004, 57 ((3)), pp.237-243.

-Un focus group auprès des équipes d'accompagnement (dans l'idéal et si cela était possible, entre 6 et 8 participants par focus group) : au total, 28 participants ont été enquêtés mêlant à la fois des professionnels relevant des activités quotidiennes, éducatives, pédagogiques, techniques, et sociales ; des activités médicales et paramédicales ; des services généraux et administratifs (par exemple, des secrétaires).

-Un focus group auprès de résidents (dans l'idéal et si cela était possible, entre 6 et 8 participants) : au total, 25 participants ont été interrogés. Il faut toutefois noter une sous-représentation de personnes dyscommunicantes et/ou de résidents présentant des troubles cognitifs importants. Pour ces personnes rencontrant ces difficultés de santé, certaines d'entre elles ont pu participer aux focus group en présence d'un professionnel. Pour d'autres, l'analyse s'est appuyée sur le recoupement entre les propos tenus par les membres du personnel et les proches aidants concernés.

-Un focus group auprès de représentants de proches aidants (dans l'idéal et si cela était possible, entre 6 et 8 participants) : au total, 20 participants ont été enquêtés. En très grande majorité, il s'agit de parents d'adultes en situation de handicap et d'enfants de personnes âgées. On notera ici une sous-représentation des hommes (6 sur 20 enquêtés).

L'ensemble des focus group mené a donc rassemblé 98 personnes. La durée moyenne de ces derniers se situait entre 2H30 et 3H00. Tous ont été enregistrés, avec l'accord préalable des participants, et intégralement retranscrits en préservant l'anonymat des personnes concernées (aucune d'entre elles n'est nominativement désignée dans ce rapport ; l'initiale figurant avant chaque citation ne correspond ni au prénom ni au nom de famille de la personne enquêtée).

L'approche compréhensive étant privilégiée, le déroulé des focus group reposait sur un guide d'animation semi-directif reprenant les éléments les plus saillants soulevés lors des entretiens de repérage menés tout en laissant suffisamment de souplesse afin d'offrir la possibilité aux participants de développer leurs propos, de confronter leurs avis, mais aussi de faire émerger de nouvelles idées. En cela, la dynamique de groupe était une composante essentielle de cette technique d'entretien collectif.

Il faut souligner que le choix des participants était établi en lien avec les équipes de Direction et les professionnels de l'accompagnement. L'objectif était de composer un panel le plus significatif possible des différentes catégories d'acteurs impliqués en fonction des situations rencontrées durant la crise sanitaire (par exemple, des résidents restés au sein de l'établissement pendant les confinements, d'autres retournés en famille en croisant leur modalités d'accueil antérieures ; la prise en compte de la réorganisation de l'offre de services en interrogeant les professionnels concernés en veillant à la représentativité du plateau technique...) et des expériences vécues autour des initiatives mises en œuvre (incluant des points de vue différenciés au sujet de celles-ci). Ces focus group ont également été complétés par une phase dite d'immersion par la réalisation d'entretiens informels et de séquences d'observation participante autour, par exemple, des nouveaux outils numériques proposés, ou encore lors de repas partagés avec des résidents et/ou des professionnels, de temps d'échanges conduits avant ou après les focus group, de visites des lieux évoqués relatifs aux

aménagements d'espaces intérieurs et extérieurs (individuels et collectifs), des salles de relaxation, des lieux de convivialité, etc⁵⁸.

Si le corpus de données recueillies ne peut prétendre à l'exhaustivité, il permet toutefois de saisir et de mettre en récit des pratiques, des représentations, des opinions et des ressentis à l'échelle du « terrain ». Cette démarche « ancrée et spiralée » au plus près des réalités rencontrées par les acteurs concernés nous permet alors de tenter de conjuguer l'analyse de configurations particulières et ses multiples logiques d'action dans une perspective de « monter en généralité ».

JOURNÉE D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE D'EXPERIENCES⁵⁹

Une journée d'échange et de partage d'expériences a été mise en place le vendredi 08 juillet 2022⁶⁰ s'appuyant sur les résultats intermédiaires de la phase d'enquête, dont les objectifs étaient les suivants : Partager des savoirs expérientiels à destination des ESMS sur les actions mises en place en matière de lien social au sein de structures médico-sociales accueillant des adultes en situation de handicap et des personnes âgées en Grand Est ; Echanger sur les éléments clés pouvant renforcer la qualité des actions menées ; Identifier collectivement les conditions nécessaires à l'adaptation de ces actions à d'autres contextes organisationnels (ordinaires et/ou d'urgence).

Cet évènement s'est déroulé en présentiel (cinq intervenants étaient toutefois en visioconférence en raison du contexte de reprise épidémique à cette période) et en deux temps :

- Des interventions en assemblée plénière lors de la matinée explicitant les liens entre cette étude et les enjeux auxquels ils peuvent être rattachés au niveau politique par les acteurs institutionnels présents ; les perspectives d'une approche partagée entre le champ médico-social et celui de la promotion de la santé en termes de valeurs, d'éthique, et de principes d'intervention ; la présentation d'initiatives « prometteuses » menées en faveur du lien social au sein des ESMS concernés durant la crise sanitaire par des représentants des établissements impliqués (professionnels, résidents, proches aidants) ;

- Des ateliers thématiques en groupes restreints l'après-midi autour des leviers identifiés et des éléments clés transversaux pouvant renforcer la qualité des actions menées en faveur du lien social et de la qualité de vie en ESMS. La composition des groupes était mixte en termes de profils d'acteurs (institutionnels, professionnels, résidents, proches aidants).

Enfin, si cette journée a permis de rassembler des représentants des différentes catégories d'acteurs impliqués au sein du projet, elle a surtout favorisé le dialogue, l'interconnaissance, et le croisement des savoirs entre des personnes qui, au-delà d'enjeux et de préoccupations

⁵⁸ Ajoutons également l'envoi de mails et de courriers manuscrits provenant de professionnels, résidents, et de proches aidants n'ayant pu participer aux focus group ou souhaitant préciser leurs propos à l'issue de ces derniers.

⁵⁹ Cf. Annexe n°6.

⁶⁰ Au total, cette journée comptait 10 intervenants et 23 participants, dont 10 professionnels, 11 résidents et 2 aidants familiaux.

différenciés, souhaitent œuvrer à l'amélioration de la qualité de vie en établissements médico-sociaux. En cela, l'esprit qui animait cette rencontre pouvait être proche de ce que Denis Piveteau nomme des « tables territoriales » consacrées à l'inclusion dans la vie quotidienne »⁶¹.

LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DES TERRAINS D'ENQUETE : EN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, DES LEVIERS D'EFFICACITE TRANSVERSAUX EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL AU SEIN D'ESMS EN GRAND EST

Au préalable, trois éléments essentiels sont ici à préciser. Le premier a trait à la temporalité de l'étude. En effet, la phase de repérage des initiatives s'est tenue en partie durant le troisième confinement (du 03 avril au 03 mai 2021) suivi de l'instauration d'un couvre-feu jusqu'au 30 juin de cette même année. La phase d'enquête par focus group a quant à elle été mise en place entre mars et juin 2022. Dans ce cadre, si le travail de terrain au sein des ESMS concernés nous a permis de dresser un état d'avancement des initiatives menées depuis les entretiens de repérage, il faut souligner que certaines d'entre elles ont émergé avant la crise sanitaire et se sont renforcées au cours de cette dernière, d'autres ont été élaborées entre les deux périodes citées précédemment et s'intègrent également au sein de l'analyse proposée. Il en va de même pour les initiatives abordées et valorisées au cours des focus group (et non lors de la phase de repérage) en lien avec la dynamique de groupe instaurée. Plus largement, il n'est pas toujours possible d'identifier précisément le moment même de l'émergence d'une initiative, qu'il s'agit donc davantage d'envisager comme un processus.

Le second élément porte sur la notion d'« initiative », puisque les différentes phases d'enquête conduites ont très vite montré qu'il fallait plutôt la penser au pluriel –au sein d'un même établissement-, ainsi qu'en termes d'approche globale où diverses stratégies d'intervention s'entremêlent pouvant enrichir et engager d'autres actions, projets. Il apparaît aussi -et la journée d'échange est notamment venue le confirmer- qu'il fallait appréhender ces initiatives de manière transversale. En effet, au-delà des typologies des structures et de leurs caractéristiques générales respectives, des profils de personnes accueillies, de la spécificité des initiatives évoquées, nous avons constaté que ces dernières relevaient de récurrences thématiques portant sur des enjeux préexistants à la crise sanitaire intégrant différentes composantes du lien social que le contexte sanitaire avait (re)mis en évidence. Aussi, nos quatre axes d'analyse transversaux seront les suivants : Dans un contexte d'urgence et ordinaire, agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé en conciliant le vivre ensemble et le chez-soi au sein de l'établissement ; Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer les liens entre les différents acteurs de la relation d'aide : conjuguer « l'aller vers » et les interactions sociales à « distance » ; Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux dans et hors

⁶¹ PIVETEAU D., *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change. Choisir un métier du travail social, c'est se donner le « pouvoir d'agir », avec les personnes que l'on accompagne, pour faire advenir une société « inclusive »*, Rapport remis le 15 février 2022 au Gouvernement sur les métiers de l'accompagnement social et médico-social.

l'établissement par l'accès aux loisirs, aux activités physiques et sportives, culturelles et créatives ; Dans un contexte d'urgence et ordinaire, renforcer le pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective : garantir le respect des droits fondamentaux, le libre choix, et la prise d'initiatives.

Enfin, le troisième élément est étroitement associé aux deux précédents, d'ordre plus technique afin de faciliter la lecture de la suite du rapport, en proposant de décliner l'analyse par entrée thématique dans laquelle s'insèrent les dimensions les plus éclairantes des initiatives auxquelles elles peuvent se rattacher. Nous tenterons ainsi de distinguer des leviers d'efficacité répondant à des critères qualité en faveur du lien social en ESMS en contexte de crise et/ou ordinaire pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

DANS UN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, AGIR SUR LES FACTEURS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE EN CONCILIANT LE VIVRE ENSEMBLE ET LE CHEZ-SOI AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Cette première thématique est centrée sur la vie quotidienne au sein des ESMS durant la crise sanitaire. Elle est apparue de manière récurrente au cours de la phase d'enquête et renvoie plus directement aux différents confinements et aux premières semaines suivant les déconfinements. Trois notions viennent éclairer les situations vécues et les initiatives menées en la matière : les « actions communautaires » en promotion de la santé, le « chez-soi » au sein de l'établissement, et le « prendre soin » en contexte pandémique.

- **Des actions communautaires promouvant le vivre ensemble au sein de l'établissement : d'un effet « bulle » vers des critères qualité des initiatives menées en faveur du lien social en ESMS**

Selon l'OMS, « l'action communautaire pour la santé désigne les « efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière ». Comme nous l'avons vu plus haut, une autre définition plus adaptée au secteur médico-social se rapporte quant à elle à toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriales, d'intérêts, d'identité) « visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé »⁶². En ce sens, il est tout d'abord intéressant de noter que **l'augmentation des temps partagés au sein des établissements induits par les**

⁶² HYPOLITE S. R., PARENT A.-A. (2017). « Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire », cité par E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone, *op.cit.*

différents confinements est très souvent désignée par les notions de « bulle » ou de « cocon ». Comme l'évoque ce professionnel d'une MAS :

*« Je trouve que la première période de confinement, **on était dans une bulle**. On avait un jardin, il faisait beau, on pouvait mettre les résidents dehors, sortir les résidents, être avec eux, etc. [...] mais y'a eu aussi un après-midi à se dire : « Allez, il fait beau, stop tout le monde dans le jardin ! ». On a mis de la musique à fond dans le jardin, on a des vidéos de ça aussi où tout le monde dansait : résidents, salariés. **Et on a fait une espèce de Garden-party pendant une heure et demie et tout le monde était à fond, tout le monde dansait alors qu'on était en plein confinement, mais d'un seul coup, on était dans notre jardin...** et de la dynamique et de la folie de certains qui disaient : « Allez, on sort la musique, on met la musique à fond et boom ! ». Et vous arrivez à ce moment là, et vous dites : « Waouh, magnifique ! ». Mais ça s'est créé d'une folie : « Allez, cet après-midi, on sort la musique ! ». **Et je me dis que ça s'écrit pas dans les projets d'établissement ça. C'est juste d'avoir cette mécanique d'avoir des gens dynamiques qui sont d'un seul coup sont dans la proposition instinctive et embarquent tout le monde, tout l'établissement. Ca ne s'écrit pas.** »*

On retrouve également la notion de « cocon » au sein des EHPAD retenus. Ainsi, pour cette Directrice : *« Certains résidents sont plus accrochés aux équipes qu'auparavant pour qui on a pris une place beaucoup plus importante. **A ce moment-là, on vivait un peu plus dans notre cocon.** Du coup, on est devenu très importants pour eux. On a créé des relations privilégiées avec certains d'entre eux qu'on n'avait pas forcément auparavant. **Parce qu'ils avaient plus que nous, plus beaucoup la famille.** Notamment l'animatrice, sa place est devenue beaucoup plus prépondérante qu'avant, la psy avait un rôle hyper conséquent pendant le confinement. »*

Cet effet « bulle » ou « cocon » semblent avoir participé au renforcement des liens entre professionnels et résidents : *« J'ai trouvé que sur le coup, ça a eu tendance à resserrer les liens. C'est vrai que le secteur médico-social a ce fonctionnement avec de l'affect contrairement à ce qu'on peut trouver dans le monde hospitalier mais **ça fait partie du travail en fait l'affect**, ça a quand même resserré quelque chose où l'on s'est retrouvé entre êtres humains à vivre quelque chose de complètement dingue où finalement l'incertitude que ce soit les résidents ou les pros, on les a tous vécus. »* (Psychologue en MAS)

Ce sentiment de vivre une même épreuve fait apparaître des **liens de réciprocité** entre le personnel accompagnant et les personnes accueillies introduisant, selon cette même professionnelle, une forme de symétrie dans la relation auprès des personnes hébergées : *« Finalement, ça nous a mis sur un pied d'égalité »*. Si l'on retrouve cette composante essentielle d'un lien social de qualité au sein des EHPAD, elle s'exprime souvent sous l'angle d'une forme de compensation du lien familial par les professionnels, même s'il faut dire que ces établissements ont davantage été touchés par la restriction des visites et que le phénomène d'isolement social et de solitude subie⁶³ y sont plus prégnants. En atteste notamment ces

⁶³ Il convient ici de préciser la distinction à opérer entre la notion d'« isolement » qui correspond à une mesure quantitative du nombre de contacts sociaux, et celle de « solitude » qui renvoie au sentiment d'insatisfaction face

échanges tenus au sein d'un focus group rassemblant des membres de l'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement :

Mme N. : « Rien que pour ceux qui n'ont pas de famille. On va être les seules personnes qu'ils vont côtoyer dans la journée, hormis les résidents avec qui ils partagent peut-être des moments ou... Y'en a beaucoup qui n'ont plus de famille. »

Mme F. : « Après on essaie de parler avec eux dès le matin, on leur demande s'ils ont bien dormi, on leur demande si ça va. A chaque fois qu'on passe devant eux, on essaie de parler un petit peu avec eux. »

Mme C. : « Ils sont contents de nous voir quand on ouvre le volet, on dit bonjour. »

Mme F. : « On crée un lien avec eux. On discute avec eux, ils se rappellent des choses d'avant. Ils nous racontent leurs histoires [...] c'est créer un lien avec cette personne là. »

Mme N. : « Je pense même qu'on ne se rend pas compte. On ne se rend pas compte de la place qu'on peut avoir pour eux dans une journée. »

Mme B. : « [...] On se sentait plus en famille quoi. Ça faisait plus... y'avait que nous. »

Les propos tenus par les résidents semblent également montré que ce contexte de crise avait renforcé un **lien de confiance** établi auprès des professionnels. On retrouve cet autre critère fondamental contribuant à la qualité du lien social au sein de multiples initiatives mises en œuvre par les structures concernées. A titre d'exemple, durant le premier confinement, un établissement a créé un clip vidéo diffusé sur les médias sociaux dont le texte était écrit par des professionnels et des personnes accueillies, comme le confiait ce résident :

*« On s'est occupé du texte avec une soignante, on a écrit le texte, elle chante dans une chorale. On l'a écrit en une après-midi le texte. Parce qu'en fait, on devait préparer une chanson pour un spectacle, et puis la soignante en blaguant, elle dit : « Bah, pourquoi on ferait pas une vidéo et on la met sur Facebook ! ». C'est parti comme ça, en blaguant, et on a écrit le texte en une après-midi. Tout le monde a participé, tous les résidents et tous les soignants, même jusqu'à la Directrice, ils ont tous été dans l'clip ! C'était bien. **Moi quand j'ai entendu la chanson, ça m'a ému !** Y'avait ma sœur qui me manquait et tout, c'est là que je me suis dis qu'ici, ils ont bien encaissé les soignants, c'était dur pour eux, pour nous aussi bien sûr, **ils ont bien fait ce qu'ils pouvaient, ils se sont bien occupés de nous franchement. C'est là que j'ai vu qu'ils s'en foutent pas de nous, ils font bien leur travail.** » (Résident en MAS)*

à la qualité de ces liens. Si l'isolement peut conduire à la solitude, cette dernière peut donc être subie mais aussi choisie et s'exprimer, par exemple, à différents moments de l'année ou de la journée.

Voir : WENGER G-C., DAVIES R., SHAHTAHMASEBI S., et al., « Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement ». Ageing & Society, 1996, vol. 16, no 3, p. 333- 358.

CAMPÉON A., « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », Gérontologie et société 2016/1 (vol. 38 / n° 149), p. 11-23.

Dans le prolongement de cet extrait, de nombreux témoignages de résidents soulignent l'importance du caractère spontané dans l'élaboration des diverses initiatives mises en œuvre. En l'occurrence, il s'agit ici d'un échange apparaissant tout à fait ordinaire aux yeux de cet interrogé. Aussi, l'aspect « **non fabriqué** » des **liens sociaux** entre les personnes accueillies et ceux qui les accompagnent, pouvant être **perçus comme « sincères » voire « authentiques » (moins pourvus de références institutionnelles)**, participe aux critères définissant un lien social de qualité en ESMS. D'autant plus que le clip vidéo a rencontré un certain succès sur Internet contribuant à une **forme de reconnaissance** ressentie par ce résident comme par l'ensemble des participants, dimension là-aussi fondamentale des liens sociaux au même titre que les **facteurs de protection**⁶⁴ :

*« Ce qui m'a plu aussi, c'est le nombre de personnes qui l'ont vue : 53 000 vues quand même. Et pas qu'en France, dans le monde entier, aux Etats-Unis aussi ! [...] Elle [une amie] me demandait ce que je devenais, quand elle m'a vu... Elle m'a dit : « 51ans, tu fais pas ton âge ! ». Moi ça m'a motivé parce que la vidéo a fait 53 000... et là, j'ai regardé, on est à 54 800 vues. J'ai montré la vidéo à des stagiaires. Elle me dit : « C'est vous qui avait fait la vidéo ! ». Elle m'en parle... moi je dis le nom de l'adresse, je sais comment faire. **Voilà, on a fait ça comme ça, pour montrer aux gens : C'est pas parce qu'on a une maladie, c'est pas parce qu'on est malade qu'on se bat pas. C'est pour ça qu'on a fait ça aussi.** »*

Du point de vue des proches familiaux rencontrés, malgré une certaine ambivalence de leur positionnement quant aux restrictions des visites et aux consignes relatives au respect des gestes barrières imposés aux établissements, tous ont tenu à valoriser l'engagement des professionnels durant le contexte de crise participant à renforcer une autre forme d'un **lien de confiance** de qualité au sein des ESMS :

« On a quand même tous apprécié, les parents, on a tous apprécié le travail des professionnels pendant cette sacrée période où les structures ont quand même continué à fonctionner. Et ça, il faut quand même le signaler, que grâce à la persévérance et tout ce que vous voudrez comme qualificatif, du personnel, des encadrants, de la Direction, que ça fonctionnait quand même. Il y a beaucoup de parents qui n'auraient pas su quoi faire. » (Père d'un adulte accueilli en Foyer d'hébergement)

C'est aussi un **principe de solidarité** qu'émerge des échanges menés auprès de l'ensemble de ces catégories d'acteurs. On notera cependant qu'il est le plus explicitement exprimé par les professionnels, notamment en termes de soutien mutuel, de simultanéité et de complémentarité des interventions, mais aussi en raison du faible taux d'absentéisme parmi les équipes rencontrées (principalement au cours de la première année et demie de la crise sanitaire) :

*« Les pros ont été force de proposition. Elles ont déployé des idées qu'on ne soupçonnait même pas, mais des choses des fois très simples mais qu'elles ont pu déployer [...] **y'avait une grande solidarité.** Quand elles arrivaient dans la structure, elles avaient toutes le même objectif : combattre le Covid et prendre soin des résidents ! Y'avait plus d'autres sujets, on*

⁶⁴ Serge Paugam, *op.cit.*

*était quand même à fond là-dedans. Du coup, on se posait moins de questions, on avait tous le même objectif. On avait un **objectif commun** et chacun allait puiser chez l'autre ce qu'elle savait faire, et on réunissait tout ça. » (Membre de l'équipe d'encadrement d'un EHPAD)*

Sans pour autant minimiser les difficultés rencontrées et les épreuves auxquelles ont dû faire face les différentes catégories d'acteurs impliqués durant cette crise sanitaire, les témoignages mobilisés illustrent et mettent en évidence une ambiance générale ainsi que des climats sociaux, relationnels, environnementaux au sein des structures ou de l'association gestionnaire dont elle(s) relève(nt) vécus majoritairement comme soutenant, notamment lors de la première année et demie de la pandémie. Il faut aussi noter que ces propos tenus au cours des focus group font très souvent écho, principalement en creux, à la notion de « communauté ». Si cette dernière fait l'objet d'acceptions et d'usages très différenciés issus de la connaissance ordinaire (« communautés virtuelles » relatives aux « réseaux sociaux » numériques, par exemple), politico-institutionnel (en référence à des découpages administratifs, telles que « les communautés de communes »), professionnel (« communauté universitaire », « communauté médicale ») et scientifique (renvoyant aux débats entre « communauté traditionnelle » et « société moderne »), elle reste pourtant le plus souvent perçue et appréhendée au singulier, sous des connotations péjoratives (« communautarisme »), et surtout de manière exclusive (« société » versus « communauté »).

Ici, il s'agit bien de considérer les notions de « communauté » et de « société » de manière dynamique et combinatoire⁶⁵. Certaines caractéristiques évoquées renvoient en effet à ces deux notions : **la « communauté » au sens d'une forme d'entre-soi imposée par les conséquences organisationnelles liées à la crise sanitaire offrant l'opportunité soit de renforcer soit de développer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes accueillies mais aussi contribuant concurremment à l'ouverture des établissements à et sur l'environnement⁶⁶ qui les entoure fondée sur une recherche de l'altérité (« société »).** Le sociologue Christian Laval⁶⁷ propose d'ailleurs la catégorie du « commun » afin de dépasser la dichotomie entre « communauté traditionnelle » (holiste) et « société moderne » (individualiste) proposant une conception autour de « "faire communauté", laquelle ne vise pas à réactiver la communauté close fondée sur l'identité des semblables, nostalgie à la source de toutes les « révolutions conservatrices », mais à réactualiser la conception d'une société de coopérateurs-citoyens fondée sur la mise en commun des singularités ».

- **Des actions communautaires promouvant le vivre ensemble en période de crise sanitaire : des environnements favorables à la santé vers la fonction clé d'accompagnateur pour la santé**

⁶⁵ JACQUIER C., « Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui? », *Vie sociale*, 2011/2 (N° 2), p. 33-48.

⁶⁶ MARMONT T., « La participation sociale en foyer de vie : contextes institutionnels et pratiques individuelles. 2ème partie. », *Bulletin d'informations du CREA Bourgogne* (N.331 Décembre 2012).

⁶⁷ LAVAL C., 2016, « 'Commun' et 'communauté' : un essai de clarification sociologique », *SociologieS*.

Si ces premiers critères et principe qualité (liens de confiance, de réciprocité, « non fabriqués », principe de solidarité) relatifs aux actions menées en faveur du lien social en ESMS durant cette crise sanitaire peuvent s'incarner dans divers types d'activités, celles relevant de la vie quotidienne figurent en effet parmi les plus révélatrices. Il est ici intéressant d'évoquer une initiative, **non spontanément citée lors de la phase de repérage mais ayant émergé au cours des focus group auprès de résidents**, menée par un Foyer de vie situé en milieu rural.

Suite à la mise en place d'appels téléphoniques réguliers instaurés par les professionnels durant les premières semaines de confinement auprès des externes restés au domicile de leur famille, certains d'entre eux ont exprimé le souhait de retourner au sein de l'établissement. Afin de répondre à leur demande, un appartement initialement dédié aux jeunes adultes accompagnés à l'IME relevant de la même association gestionnaire a été mis à leur disposition (une personne hébergée à temps complet a également souhaité y participer). Deux professionnelles travaillant au sein du Foyer de vie ont donc été détachées pour intervenir au sein de cette nouvelle modalité d'accueil de journée dont l'un des objectifs était également de faciliter un retour progressif en structure. Si cette expérience, bien que temporaire, a été fortement appréciée par l'ensemble des acteurs impliqués, plusieurs facteurs clés sont à relever :

Tout d'abord, **l'environnement physique y est décrit comme favorable à la santé et au bien-être**. Cet appartement peut accueillir quatre personnes et permet d'offrir un espace de vie **moins bruyant**. Comme le déclare cette résidente, et de très nombreux témoignages de personnes accompagnées vont dans ce sens : « *Au niveau de ma santé... moins de monde, moins de bruit* ».

Implanté dans un quartier résidentiel en milieu urbain, il dispose également de toutes les caractéristiques d'un logement pouvant être qualifié d'« ordinaire » propice à des moments de détente et de repos dans lequel le salon est notamment aménagé d'un canapé et d'une télévision :

« On avait le coin canapé, c'est plus des petits groupes, on avait la cuisine... Et ils décidaient [les adultes accompagnés] de ce qu'on allait faire... et ça a toute une continuité parce qu'il fallait qu'on se fasse à manger tous les temps de midi, tous les matins aller faire les courses, ils avaient leur liste, etc. Une sorte d'autonomie qui ne se ressent pas au Foyer de vie. En Foyer de vie, on a plus une sorte de dépendance, et là, pour le coup, ils étaient bien plus acteurs, y'avait pas besoin de se dire : « Ouais, bah il est 10H30, c'est la pause ». Y'avait pas ces rituels qui étaient instaurés. (Monitrice-éducatrice en Foyer de vie, intervenante au sein de cette expérimentation)

Si des premiers éléments favorables à l'éducation pour la santé soulevés par cette professionnelle relatifs à la dimension restreinte du collectif, à la « continuité » des activités, à la motivation sociale des résidents à participer à la vie du groupe font écho à d'autres initiatives menées au sein des établissements retenus (par exemple, au sein de services dédiés aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs importants en EHPAD, telle qu'une

UPV⁶⁸ ou encore un PASA⁶⁹), cette dernière fait référence à un autre facteur clé ayant trait à la « souplesse de fonctionnement et d'organisation »⁷⁰ générée par les effets de la crise sanitaire. Il serait notamment lié au **sentiment de disposer d'un temps moins contraint par les activités prescrites en contexte ordinaire offrant davantage de disponibilité aux équipes de se recentrer sur « la possibilité d'agir »**⁷¹ des résidents. Ainsi, cette enquêtée en donne un autre exemple tout à fait éclairant autour d'une demande formulée par une résidente de bénéficier du salon de l'appartement :

« Je me souviens qu'elle [une résidente] me disait : « Est-ce que là je peux aller dans la pièce à côté, y'a la télé, je me repose cinq minutes, et je reviens ? ». Même pas besoin d'aller la chercher ! Et du coup, ça a donné un sens à leur engagement toute cette configuration et toute cette continuité où on avait... J'avais même plus le même rôle, la même fonction que celle que j'avais au Foyer de vie. J'étais plus sur... un côté médiateur plus appuyé [...] Et c'était : « Comment je peux faire [propos de résidents] ? Tiens, on aimerait faire ça... ». En même temps, c'était un petit groupe aussi. Du coup notre place, elle est pas du tout, pas du tout pareille ! La posture n'est pas la même, ils sont bien plus acteurs et ils prennent cette place en fait. Du coup, on est là à un moment donné pour une petite équipe quoi. »

C'est aussi deux autres critères participant à des liens sociaux de qualité en ESMS qui surgissent de ce retour d'expérience : **un lien social « durable »** à travers l'occurrence de la « continuité » permettant aux relations entretenues de s'inscrire dans le cadre d'activités communes et menées jusqu'à leurs termes ; **un lien social « significatif »** prenant sens par le choix des activités dont dispose les résidents parmi un champ des possibles. Ils l'ont d'ailleurs bien confirmé lors du focus group qui leur était dédié...

« On faisait de la cuisine, des sorties, les courses, des activités manuelles, de la peinture, du soutien... »

Enquêteur : « Qu'est-ce qui vous plaisait le plus ? »

Résidente : « Le calme. Parce qu'on n'était pas beaucoup [...] C'est nous qui avons proposés aux éducateurs [le choix des activités] ! On décidait en groupe. On arrivait là-haut le matin, on allait dire aux éducateurs on veut faire quoi. »

... mais aussi par la transmission d'une lettre manuscrite de l'un d'entre eux : *« Il y a avait les externes. On faisait de la cuisine, de la peinture. On choisissait ce qu'on allait faire toute la semaine. On se faisait à manger tous les midis. Le matin, on faisait les courses. »*

Ainsi, ce **mode d'organisation en petite unité de vie** semble propice à l'instauration d'un **climat relationnel de qualité** (la chaleur des contacts interpersonnels; le respect entre les

⁶⁸ Unité de Vie Protégée

⁶⁹ Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

⁷⁰ Extrait d'un mail envoyé par cette professionnelle au chargé de projet.

⁷¹ Extrait du même mail.

individus; l'assurance que peut avoir chacun du soutien d'autrui) et au **développement d'un sentiment d'appartenance** (l'importance que l'accorde à l'environnement considéré comme un lieu de vie ; l'adhésion aux valeurs véhiculées) se traduisant le plus souvent par l'expression d'un « nous », à comprendre comme ceux ayant vécu cette expérience, et d'un « eux », ceux qui n'y étaient pas, sans pour autant être synonyme de repli sur soi : « **une petite équipe** quoi », pour reprendre les propos de l'intervenante citée plus haut.

Parallèlement, la « **posture** » et la fonction de « **médiateur appuyé** » telles qu'exprimées par la professionnelle entendue renvoient plus directement à la définition **d'accompagnateur pour la santé**, s'opposant à celle d'« expert », mais répondant à l'objectif de l'éducation pour la santé qui « **n'est pas de parler au public de sa santé, mais de lui donner l'aptitude à parler de sa santé** et des éléments qui la contraignent ou la favorisent, des choix à faire, des décisions à prendre, de l'autonomie et de la justice sociale »⁷². Cette fonction implique notamment de :

- **Reconnaître le plaisir** lié à certains comportements.

A titre d'exemple, nous pouvons citer cette résidente d'EHPAD s'accordant un moment privilégié, le temps d'une cigarette, afin d'échanger avec d'autres personnes accueillies et le voisinage présent : « *Avant le repas du soir, je descends, je vais fumer, je discute avec ceux de l'hôpital, avec des résidents. On se met sur un banc, et jusqu'à 21 heures* ».

- **Mettre les personnes en situation de comprendre** ce qui peut **influencer** leurs comportements par un travail autour, notamment, de la littératie en santé (la capacité à accéder, comprendre, évaluer, appliquer des informations pour prendre une décision afin de maintenir ou améliorer la santé).

Si le site Internet « Santé BD » est très souvent mobilisé concernant des problématiques d'ordre médicales, il faut mentionner plusieurs initiatives menées autour de ces questions. Nous pouvons par exemple citer une « Charte de bonnes conduites » relative aux gestes barrières réalisées par les résidents de la MAS retenue renforçant les capacités et le pouvoir d'agir de ces derniers en contexte de crise. Comme l'évoque la Directrice de cet établissement : « *On en a profité pour faire une « Charte de bonnes conduites » pour les résidents, pour leur expliquer ce que c'était les gestes barrières, pour leur expliquer les contraintes liées au virus et au confinement, et on s'est dit : « On parle de responsabilité pour les uns pour les autres, mais eux aussi doivent être acteurs dans cette période et ne pas faire que la subir ». On a réfléchi sur l'établissement à la constitution d'une charte qu'après on a étendu aux familles dans un deuxième temps. La « Charte Covid résidents » qu'on avait fait l'objet d'une signature en grande pompe par les résidents. On a fait en sorte de les rendre un maximum acteur pour ne pas qu'il ne fasse que subir.* »

⁷² DESCHAMPS J-P., 1984, *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, Environnement et santé publique*.

En revanche, plusieurs professionnels déclarent manquer d'outils sur des « sujets ouverts » impliquant le positionnement de la personne accueillie ou encore sur le recueil des ressentis et des émotions des résidents. Comme l'évoque ce professionnel exerçant dans le champ du handicap : « [...] C'est surtout sur les sujets ouverts. Les outils sur les questions fermées, c'est presque simple en fait à faire, entre des images de sorties, des choses comme ça. Sur des réflexions, des choses comme des outils, ça serait vraiment très intéressant. Pour que le résident se situe. Plus sur des réflexions, parce que je me dis sur un positionnement, sur une sortie, sur des choses comme ça, mais plutôt sur des ressentis, les émotions. [...] Alors que c'est sûr que chez nous, on a pas mal de résidents qui parlent, qui ont des capacités cognitives, on y arrive. Mais on a encore un petit groupe où on se dit : « Bah, on interprète ». On est subjectif, on essaie d'objectivité, mais c'est très compliqué. On tâtonne un peu à droite, à gauche, on essaie des outils qu'on a vus, qu'on a déjà essayés, on n'est jamais sûrs des réponses, on est jamais sûrs des personnes. Mais c'est deux, trois personnes. »

- **Mettre les personnes en situation de comprendre** comment gérer des **motivations contradictoires**, en particulier par le renforcement des compétences psychosociales, de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la conscience critique, de la prise d'initiatives, et des leviers de motivation à agir.

A ce sujet, nous pouvons mobiliser un autre exemple significatif évoqué par un membre du personnel d'accompagnement d'un Foyer d'hébergement autour de la situation d'un travailleur d'ESAT souhaitant arrêter son activité pour devenir disc jockey professionnel renvoyant ces derniers, pour citer des propos entendus au cours de ce focus group, à « analyser ce qu'ils [les résidents] sont capables de faire. Et ce qu'ils ont envie de faire. Donc il y a ce côté-là entre ce que je veux, ce que je peux, ce que je sais faire. ». Mais également, du côté des personnes accueillies, développer « l'autre versant, c'est savoir s'auto-évaluer ». Ainsi, c'est tout d'abord une **posture d'écoute et de non-jugement** qui est déployée par le professionnel référent auprès du résident concerné : « Moi en discutant avec lui, je me suis dit : « Mais je suis qui pour lui dire mais tu n'as pas le droit de faire ça ? Je ne suis pas DJ, je ne suis pas formateur de musique électronique, j'ai aucun pouvoir de ce côté-là. Ok, mais qu'est-ce qu'on fait ? [...] Et en même temps, on est sur son projet, parce qu'à un moment donné il a appelé la Directrice de l'ESAT pour lui dire : « Moi, j'arrête de travailler demain ». Elle lui dit : « Oui, d'accord, mais faudrait voir comment ça se passe » ».

Dès lors, plusieurs démarches vont être entreprises par l'équipe éducative afin de proposer des formations à ce résident : « On l'a accompagné, et en fait, il se rend compte que voilà, utiliser des machines, les transitions entre les musiques, etc., c'est compliqué : « Ok, c'est compliqué mais je suis sûr de pouvoir y arriver ».

Un premier formateur cessera son intervention ; un second sera sollicité en lui suggérant la mise en place d'une évaluation destinée à motiver la personne accueillie à travers la validation progressive de différentes étapes franchies dans son parcours de formation :

« Ce qui était très intéressant, c'est que ce DJ l'a vu la semaine dernière et il lui a dit : « C'est beau d'avoir un projet comme ça, c'est super, sauf que dis toi que les DJ qui arrivent à vivre de leur musique, on peut les compter sur les dix doigts de la main. Aujourd'hui, il faut peut-être continuer de travailler pour te permettre d'avoir de l'argent, et d'acheter du matériel, et de te former parce que ça a un coût, et de pouvoir aller de l'avant ». Alors son projet a changé. Parce qu'aussi il a eu un discours d'un pro de musique et l'impact a été vraiment... Et on le voit, il a eu la capacité après de se dire, de prendre un peu de recul, d'avoir les infos, de se dire : « Oui, je veux être DJ, j'en ai pas la capacité, il faut que je me forme, que je me mette des objectifs en fait, que je me mette un plan d'actions... ». Avant, il était dans le : « Je veux être DJ, j'y vais ! ». Y'avait vraiment rien entre. Alors que maintenant, c'est : « J'ai un projet, je vais me former, je vais me payer des cours, je vais continuer à travailler, je vais avoir des expériences en boîte de nuit parce que ça fait partie des objectifs, etc. ». Voilà, c'est vraiment là au niveau des compétences, on peut dire qu'il y a une évolution aussi. Et nous, on est là, on accompagne petit à petit et on lui dit : « Alors voilà, ton objectif, on en est où ? Qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? ».

De manière complémentaire, une autre illustration peut être donnée ayant trait à une transition dans les parcours d'un couple accueilli au sein de ce même Foyer d'hébergement. La situation évoquée par un membre des équipes d'accompagnement entendu fait de nouveau apparaître l'importance du maintien d'un **lien de confiance** avec les résidents concernés autant qu'elle met là-aussi en évidence le rôle de « **médiateur** » comme une **compétence professionnelle** primordiale afin d'ouvrir les structures vers le milieu « ordinaire » et/ou vers d'autres ESMS, en l'occurrence ceux relevant du secteur de l'âge :

« Nous, on a été confronté... **On s'est pris une claque, on avait un couple de résidents, qui est sorti, qui vit à la MARPA maintenant.** Pour ce couple, c'était pareil, ils étaient venus au foyer en disant : « **Mais nous, on veut vivre ensemble** ». Ce qui s'est passé... c'est que Mr O., hyper autonome, gérer un appart, tout de suite, un appart autonome très très rapidement... Mme R., au final, au fil des années on a vu qu'elle régressait, au final, beaucoup de nursing qui se mettait en place, douche, etc., ménage, etc. mais le projet est toujours resté. Mais nous, c'est vrai que nous au final on freinait des deux pieds en disant : « Mais si ils y vont, ils vont se casser la figure, c'est clair et net ». Mr O. va subir, ça va exploser, ça va partir en vrille ». Et on ne connaissait pas de structures aussi qui permettaient de les accompagner. Un SAVS, c'était pas suffisant au niveau de l'accompagnement. **Et la MARPA qui a été créée il y a quelques années, on s'est dit pourquoi pas. Leur projet, ils étaient toujours là à taper du poing sur la table : « On veut ça, on veut ça ».** Eh bien, ils se sont installés et y'a eu une motivation de Mme. R. qui faisait le ménage, se douchait seule, prenait soin de lui, faisait le linge, des choses qu'elle ne faisait plus au Foyer ! On l'aidait mais c'était trop difficile. **Et on s'est dit : « Bah ouais, voilà, quand on a un environnement qui nous plaît avec une motivation, ça n'a rien à voir sur le... ».** C'est là où l'on s'est dit qu'on s'auto-évaluait en se disant : « Bah mince, ce projet-là avec la création de la MARPA si elle existait à cette époque, on aurait déjà pu depuis longtemps les accompagner dans ce projet-là ».

Un autre facteur clé contribuant au bien-être et à la qualité de vie des résidents surgit également de cet extrait à travers un travail mené par les professionnels autour de la **motivation autodéterminée** des personnes accueillies. Si nous nous reportons à la théorie de l'autodétermination –sujette à plusieurs évolutions- telle que développée par Edward Deci et Richard Ryan⁷³, la motivation autodéterminée se rapproche de la définition de la motivation intrinsèque où l'engagement dans la tâche provient de l'individu. L'action est conduite par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action sans attente de récompense externe.

- **Développer les capacités d'écoute, de réflexion, d'analyse** au niveau de l'individu (tel qu'évoqué précédemment) et du collectif.

Aussi, dans le contexte de la crise sanitaire, les groupes de paroles et d'expression à destination des résidents ont été très souvent valorisés. Par exemple, la MAS retenue propose d'un « Café philo » animé par une intervenante extérieure abordant différents thèmes pouvant concerner des sujets très concrets autour de la vie quotidienne comme des échanges d'ordre plus réflexifs portant sur les manières de vivre et de se représenter le handicap. On notera que certains résidents ont rapproché la tenue du focus group à ce type d'intervention favorisant leur fort investissement au cours de la phase d'enquête.

- **Mettre les personnes accompagnées en capacité de faire les choix** qu'ils jugeront bons pour eux-mêmes ou pour la collectivité.

Il peut par exemple s'agir d'un changement intervenant dans les modalités d'accompagnement d'un résident, par exemple l'arrêt du travail à l'ESAT tout en conservant l'accueil au Foyer d'hébergement afin de maintenir les liens entre la personne concernée et l'établissement. Ainsi, une réorientation vers des activités à visée « non productives » peuvent être proposées relevant de différents domaines tels que le sport, la culture, ou encore l'art. Le témoignage d'un résident rencontré, après vingt années passées comme travailleur d'ESAT, nous montre combien ces adaptations peuvent être vectrices de socialisation autant qu'elles participent à l'amélioration de la qualité de vie de ce dernier :

« Ca me plaisait plus[le travail en ESAT]. C'était quand même dur. Fallait travailler, j'étais beaucoup fatigué. J'ai pris la décision d'arrêter avant le Covid. »

Enquêteur : « Vous ne vouliez pas partir du foyer ? »

Résident : « Non, parce que ça me plaît. Je fais plein de choses. La randonnée et le badminton. J'ai arrêté le tennis. Trop dur. Le badminton c'est plus facile pour moi. Le GEM [Groupe d'Entraide Mutuelle] aussi. C'est la randonnée que je fais au GEM. Je fais aussi du marquage du sentier, les étoiles aussi [...] On fait des pique-niques, on va boire un coup dans les cafet'[avec le Foyer d'hébergement]. »

⁷³ DECI E. L., RYAN R. M. (2008). « Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains] », *op.cit.*

A travers ces différentes illustrations, il faut ici retenir que l'accent est mis sur la personne en position de sujet à qui l'on reconnaît non seulement des compétences mais aussi le droit de choisir et la capacité d'agir. Le développement des aptitudes personnelles par l'éducation pour la santé permettant à « donner à chaque citoyen **l'aptitude à participer au débat sur sa santé et sa qualité de vie et les déterminants de celle-ci**, sur les mesures prises pour assurer sa santé et son bien-être, sur les politiques locales ou institutionnelles de santé », et plus largement, « lui permettre d'être **l'acteur de la démocratie sanitaire** »⁷⁴. Ces aptitudes permettent aux personnes et aux groupes de s'investir dans les quatre autres axes de la promotion de la santé : interpeller les politiques (axe 1) ; améliorer leur cadre de vie (axe 2) ; s'exprimer dans le débat public (axe 3) ; faire évoluer les services contribuant à la santé (axe 4).

Parmi les conditions favorables à leur mise en œuvre, d'autres facteurs clés sont identifiés portant sur :

- **Le climat éducatif** : Un environnement dévoué autant à la « réussite » des personnes qu'à leur bien-être, dispensant une éducation de qualité, donnant un sens aux apprentissages.
- **Le climat de sécurité** : Les sentiments de sécurité et de confiance des personnes ; leur perception de risques faibles de victimisation ; ainsi qu'un environnement prévisible et constant.
- **Le climat de justice** : Une reconnaissance de la légitimité et de l'équité des règles, et leur application judicieuse ; le sentiment que le mérite ou la punition reviennent au comportement plutôt qu'à la personne elle-même.

Ainsi, cette approche nécessite du temps dans la mesure où elle s'incarne dans une démarche d'accompagnement de l'autre, et pas uniquement dans une « simple » transmission d'information. Située dans une forme d'« entre deux », cette démarche en santé consiste à développer autant des facteurs de protection sans « surprotection » que des facteurs de « reconnaissance » de la personne accueillie en ESMS comme un citoyen à part entière dans la vie de la *cité*.

- **Les actions communautaires promouvant le vivre ensemble en période de crise sanitaire** : Des initiatives impliquant un lien de confiance et des politiques d'établissement et/ou associatives soutenant et favorables à la prise de « risque » et d'initiatives

⁷⁴ DESCHAMPS J-P., 1984, *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, Environnement et santé publique, op.cit.*

Parmi les propos recueillis au cours des différents focus group menés, le lien de confiance entre tous les acteurs concernés apparaît central dans la mise en œuvre des initiatives menées. Ces dernières peuvent s'incarner dans une certaine **prise de risque des équipes de Direction et d'encadrement** face aux pratiques habituelles et aux instructions gouvernementales relatives à la protection sanitaire des personnes. A ce sujet, plusieurs expériences ont nous été relatées, comme la possibilité pour les résidents d'un FAS d'accueillir leurs proches dans leur chambre durant le premier confinement (il faut préciser que les chambres sont directement accessibles depuis l'extérieur du bâtiment). Comme l'exprime le Directeur de cette structure :

« Les chambres du FAS sont vers l'extérieur donc on n'a jamais interdit aux familles de rendre visite à leur proche. On n'a pas mis de plexiglas, on n'a rien mis. On est parti du principe que si les gens font attention chez eux... Parce qu'en Belgique, ils avaient parlé de cette bulle de personnes en disant : « Vous avez cinq personnes dans votre bulle et ça, ça fait confinement ». Ce qui revient à dire qu'on n'a pas respecté les consignes. C'est un travail de résistance. Une centaine de protocoles, on a bien rigolé. Et pour les éviter, il fallait prendre des distances, prendre nos responsabilités par rapport à ça. Et on se disait qu'on faisait un travail de résistance par rapport à la coercition. On faisait le point régulièrement. Rester cohérent, mettre à distance une dynamique de société qui voulait infantiliser la population, et les personnes accueillies en établissement étaient beaucoup plus libres et mieux traités que le quidam qui était obligé de se confiner chez lui. »

Ce lien de confiance repose également sur un **principe de responsabilité partagée** entre l'ensemble des acteurs concernés. Un exemple assez proche démontre tout l'intérêt **d'entretenir ce type de lien à l'échelle de l'association gestionnaire**. En effet, parmi notre panel d'établissements retenus, un Foyer de vie est rattaché à un organisme associatif regroupant plusieurs ESMS implantés au sein d'un territoire rural où la majorité des structures sont distantes d'environ 8 kilomètres les unes des autres. Ici, les échanges menés durant le focus group dédié aux professionnels font état de la possibilité dont disposaient les résidents de pouvoir rejoindre ces différents établissements au cours du premier confinement malgré les consignes gouvernementales :

Mr B. : « On a la chance d'avoir un super terrain, un super cadre... de pouvoir autant les laisser [les résidents] en huis clos mais dans l'espace dont nous disposons que de rester dans une salle »

Mr N. : « La logique aurait voulu pendant le confinement qu'ils restent au foyer et on n'en sort pas. Ca aurait été quelque chose de terrible. »

Mr B. : « Ca aurait été infernal. »

Mr N. : « On pouvait aller nulle part : ni les courses, ni aucun parc, confinement strict... si ce n'est qu'ils avaient cette possibilité d'aller au château [lieu rassemblant d'autres structures de l'association gestionnaire situé à environ 8 kilomètres]. Et là... et on nous a dit : « C'est une exception ». Normalement, on n'aurait pas dû sortir du foyer. Et là, il avait cette possibilité de sortir la journée. C'est au sein de l'association.

Mr B. : « [...] En même temps, tout le cadre sécuritaire était présent, pourquoi les empêcher d'aller à l'extérieur quand même. »

Du côté des EHPAD, ces questionnements d'ordre éthiques et déontologiques s'incarnent de manière la plus explicite autour des accompagnements des personnes âgées en situation de fin de vie. Comme l'évoque ces professionnelles de l'équipe d'encadrement d'un EHPAD rattaché à un centre hospitalier :

Mme C. : « C'est sûr que toutes les mesures qui nous ont été imposées à chaque fois nous faisaient questionner sur l'éthique, sur où on pouvait aller, exemple les fins de vie. Depuis, j'ai intégré le comité d'éthique du CHR. Je me suis mis dedans parce qu'il y a des questions qui sont apparues et les réponses sont loin d'être évidentes [...] Il y a eu différentes étapes dans les retours de visite, c'était en bas en collectif surveillé où là tout le monde entendait tout ce qu'il se disait avec des tables de deux mètres où les gens sont sourds. Il y a des gens qui étaient frustrés de venir parce qu'ils ne pouvaient pas parler avec le résident, y'avait une table de deux mètres, le masque dedans, ils se voyaient mais ils ne se comprenaient pas. La question d'éthique, c'est qu'est-ce qui prévaut à un moment donné ? Parce qu'en plus on a eu des choses contradictoires entre les recommandations faites et les rapports faits sur les conditions du Covid : Jusqu'où on peut aller ? Jusqu'où on doit aller dans l'application de certaines mesures ? Quand on vous dit qu'on interdit les résidents de sortir et qu'on est obligé de fermer à clé les portes : Est-ce qu'on doit arriver jusque-là ? S'il arrive quelque chose que de l'autre côté on parle de bientraitance... »

Mme J. : « On parle aussi de droit aux libertés, de demander leur consentement, ça a beaucoup secoué... »

Mme C. : « C'est très contradictoire. »

Ces situations d'accompagnement « complexes » ont en effet entraîné la mise en œuvre de multiples réaménagements organisationnels et un fort investissement des équipes afin, notamment, de maintenir les liens avec les proches des personnes concernées :

« On a mis en place les modes de communication, les choses comme ça, mais on a maintenu quand même l'accompagnement de fin de vie. Pour la situation où la fille était très fusionnelle avec sa maman, de pouvoir quand même venir la voir en temps de Covid. Donc on était là des fois jusque 23H. Mme D. à 20H tendait un drap dans la salle à manger, et on descendait des lits avec des gens dedans parce qu'ils étaient grabataires. On habillait les familles en Covid, on restait là, on veillait pour qu'ils puissent voir leur famille. Donc c'est vrai qu'il y eu un engagement très important des soignants et on n'a jamais refusé, et on a toujours trouvé une solution qui permettait quand même de répondre aux familles. On a fait du soin palliatif là, en bas, pour que les personnes puissent dire au revoir. On a toujours fait en sorte que ce lien ne soit pas cassé. » (Mme C., membre de l'équipe d'encadrement en EHPAD)

C'est d'après ces constats (amplifiés durant la crise sanitaire) qu'il est envisagé par l'établissement l'instauration de temps d'accompagnement psychologiques à destination des résidents, des familles, mais aussi des équipes face aux situations de fin de vie. En effet, durant la crise sanitaire, des temps d'environ une heure, proches de groupes de supervision, étaient mis en place une fois tous les six jours dans chaque unité de l'EHPAD où des situations complexes étaient évoquées auprès d'une psychologue au moment des transmissions. Selon les membres de l'équipe d'encadrement, ce type de dispositif serait à développer en contexte ordinaire.

Cependant, si l'adossement de l'établissement à un centre hospitalier a pu présenter des facteurs facilitant durant le contexte pandémique (proximité et coordination des services de soins, présence d'une cellule d'hygiène, équipements de protection face au virus en quantité suffisante, mutualisation de moyens matériels et humains, sollicitation d'élèves infirmiers issus de l'institut de formation intégré au centre hospitalier, disponibilité d'un réseau partenarial composé d'associations de bénévoles intervenant auprès de résidents, notamment) permettant de dégager du temps dédié à l'accompagnement social des résidents, certains freins ont été identifiés autour des aspects administratifs et procéduraux liés à la structuration complexe et la taille importante du regroupement (trois EHPAD sont intégrés au centre hospitalier) ayant pour conséquences d'homogénéiser certaines pratiques et de limiter la prise d'initiatives des équipes de première ligne par des temps de validation conséquents. Aussi, dans un contexte de crise et ordinaire, **renforcer la prise d'initiatives** des équipes accompagnantes de cet EHPAD semble avoir pour corolaire à la fois l'allègement de ces différents protocoles organisationnels, mais aussi l'amélioration de la participation au niveau des structures décisionnaires.

Il n'en reste pas moins, comme l'exprime ces membres du personnel d'encadrement, que des marges de manœuvre étaient possibles en situation d'urgence permettant de personnaliser davantage les accompagnements proposés :

Mme C. : « Quand vous êtes dans une situation singulière, quand vous avez la famille, le résident en face, notamment sur les fins de vie, c'est très compliqué de se dire : « Bon, on va déroger un peu à la règle ». Parce qu'on connaît bien la situation, et nous sur le terrain, on cadrerait [...] Quand vous parlez de la fin de vie, qu'est-ce que vous considérez comme la fin de vie ? C'est les deux dernières heures où vous autorisez les familles à venir ou est-ce que vous autorisez un accompagnement quelques jours avant ? Ca, c'est pas décrit, et en gros, on vous laisse devant votre feuille blanche et débrouillez vous, faites pas de vagues [...] Où vous mettez le curseur pour ne pas que ça soit aussi la foire complètement ici en essayant de rester humain, bientraitant, ça a été très difficile, ça a été des cas de conscience où on a discuté plus d'une fois en disant : « Qu'est-ce qu'on fait ? On y va ? On n'y va pas ? Comment on fait ? [...] Avec le sentiment que quoi que vous fassiez, vous allez créer de la frustration auprès de quelqu'un. »

Mme D. : « Après, pour avoir le côté plus soignant que vous là-dessus. Pour la période du Covid, là où on était heureux et satisfaits, c'était pour les fins de vie parce qu'on avait

moins de protocoles. Et à chaque fois que quelqu'un décédait ou autre chose, on avait réussi à faire le max. »

Mme C. : « Bien sûr, c'était un accompagnement individualisé. »

Mme D. : « C'est un peu la seule période où on se disait : « Bah là, on a fait tout ce que l'on pouvait et on l'a fait vraiment bien ». Et les familles étaient contentes. C'est malheureux parce que le contexte fait que derrière vous êtes en souffrance et vous n'êtes pas là pour être heureux à cette période-là, mais en fait c'est là où les protocoles étaient moins durcis et où on était plus humain entre guillemets.

Mme J. : « Beaucoup d'humanité »

Ce qu'il faut retenir ici porte, d'une part, sur le caractère multidimensionnel des initiatives mises en œuvre renvoyant autant à des adaptations et des aménagements de l'environnement physique et du cadre de vie qu'à des facteurs sociaux correspondant à des postures et des pratiques professionnelles ayant trait notamment à la fonction d'accompagnateur pour la santé. D'autre part, ces initiatives s'incarnent dans des stratégies d'intervention qui s'entremêlent s'inscrivant dans une approche globale de la santé impliquant une politique d'établissement et/ou associative favorable à la prise d'initiatives et à la participation effective des personnes dans un cadre à la fois souple et sécurisant.

- **Des actions communautaires promouvant le vivre ensemble en période de crise sanitaire : des initiatives autour de la réorientation des services contribuant à la santé par une plus grande prise en compte des besoins des populations**

L'analyse de ces initiatives mises en œuvre dans le contexte de la crise sanitaire fait également apparaître un axe important de la promotion de la santé autour de la **réorientation des services contribuant à la santé dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations**. Dans cette perspective, nous pouvons décliner plusieurs pistes d'action et de réflexion autour d'éléments clés pouvant être maintenus et/ou renforcés, voire développés :

- **Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer les temps d'accompagnement en groupe restreint, en particulier dans le cadre des activités de la vie quotidienne et d'animation sociale**

En effet, les **modes d'organisation en petite unité de vie** (par étage, pavillon, appartement...) ont été fortement valorisés. Au regard des diverses actions menées, il s'agit le plus souvent de groupes, dans l'idéal, constitués de 4 à 8 personnes selon la taille des structures (pouvant aller jusqu'à 12 pour celles accueillant de nombreux résidents, notamment en EHPAD). **Durant cette crise sanitaire, il faut préciser que ces derniers ne semblent pas forcément composés de personnes présentant un profil similaire en termes de situation de santé, de capacités, et de niveau de compétences permettant de renforcer**

l'interconnaissance entre les résidents et l'instauration de dynamiques de pair-aidance⁷⁵ et de pairémulation⁷⁶.

Si la mise en place de ces petites unités de vie durant les confinements avait initialement pour objectif de limiter le risque infectieux au sein des structures, elles permettaient également de renforcer le soutien social et les liens entre résidents et professionnels à travers notamment l'augmentation de temps d'accompagnement individualisés. Comme l'exprime ce professionnel intervenant au sein d'une MAS :

*« Concernant le service animation, on a un programme à la semaine qui revient chaque semaine, tel jour, tel atelier. Et c'est vrai qu'on a des résidents en fonction de leur capacité qui choisissent de participer à certaines activités. Et là on essayait... on avait quatre pavillons et on essayait de s'occuper un petit peu de tout le monde. **Et en plus il y avait un mélange avec l'équipe hébergement, tout le personnel en fait, c'était hyper enrichissant. Et le résident avait tous les jours son petit moment à lui.** Alors c'était peut-être une demi-heure en fonction des capacités d'écoute, d'attention. Un moment à lui tout seul, ou alors on faisait des petits jeux, chacun était à sa porte et on faisait un petit jeu en collectif, dans le couloir, il y avait un rapprochement. »*

Ces configurations étaient également propices au travail intersectoriel entre les différentes catégories du personnel exerçant dans un même pavillon pendant une semaine renforçant, selon les propos de ces professionnels exerçant au sein du même établissement, une approche globale de la personne et une meilleure articulation des accompagnements entre les services d'hébergement, de soins, et d'animation :

*Mr J. : « On était bien plus dans le global [...] En fait avec le Covid, il s'est posé deux choses : en termes d'accompagnement quotidiens, il fallait absolument restreindre ceux-ci en fonction du champ des possibles [...] En fait, les salariés, au lieu de tourner tous les jours d'une maison à l'autre étaient attribués à une maison. **C'est-à-dire du lundi à la fin de semaine, ils restaient dans la même maison, ils ne sortaient pas de cette maison.** Ca a été additionné au fait que l'équipe d'animation en plus a descendu des tâches et restée en bas dans la maison. **D'un coup, une proximité s'est installée autour de la maison où toute la semaine on avait quasiment le même animateur ou le même groupe d'animation lié au***

⁷⁵ « La pair aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. »

Groupement Français des Personnes Handicapées : Promouvoir le partage d'expériences positives et la participation citoyenne, *Charte de la pairémulation 2003* (révisée en 2009) cité par Sizaret A., Ireps Bourgogne Franche-Comté, mars 2020, *Dossier documentaire sur la pair-aidance*.

⁷⁶ La pair-émulation définit "la transmission de l'expérience dont sont chargées les personnes qui ont appris à répondre à leurs besoins en matière d'accompagnement et d'adaptations personnalisées pour vivre selon leurs choix. Afin que ceux qui en ont le besoin puissent mieux identifier et utiliser plus efficacement les ressources alternatives qui sont nécessaires à leur autonomie, cette transmission vise à renforcer les capacités des personnes en perte d'autonomie en renforçant leur conscience de leurs possibilités, leurs droits et leurs devoirs, et en les encourageant à influencer leur environnement physique et social pour leur meilleure participation dans leur famille et dans la société". *Ibid.*

même groupe de soignants qui travaillaient ensemble dans une petite maison de deux grandes salles de bains, et neuf chambres. Du coup, ça a resserré comme ça. »

Mr. F. : « [...] Il fallait donc créer des activités qui étaient communes à un groupe de résidents qui étaient définies par les maisons et pas seulement par leurs capacités individuelles. »

Mr. E. : « Partager entre eux alors qu'ils n'avaient pas d'affinités entre eux avant, donc c'était hyper intéressant. »

- **Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer les temps d'accompagnement individualisés et personnalisés**

Si une majorité des acteurs impliqués lors de la phase d'enquête ont mis en évidence l'augmentation de temps d'accompagnement individualisés au sein des établissements durant cette crise sanitaire, c'est aussi et surtout la personnalisation des accompagnements qui a été valorisée. Ces temps formalisés seraient à maintenir et/ou à renforcer dans un contexte d'urgence comme ordinaire dans la mesure où ils permettent une meilleure prise en compte des demandes et des attentes des personnes accueillies.

Dans le secteur handicap, c'est aussi la fonction de « référent » des personnes accompagnées dont le rôle de médiation au sein et en dehors des structures d'accueil est apparu essentiel et semble s'être accentuée durant cette crise sanitaire ou tout du moins mieux appropriée par les résidents concernés (cette fonction pourrait par ailleurs être instaurée au sein des EHPAD).

A titre d'exemple, nous pouvons citer les échanges menés au sein d'un focus group dédié aux équipes accompagnantes d'un Foyer d'hébergement :

« Mr T. : Moi je trouve que ce que le confinement et l'autodétermination [le concept étant placé au centre de l'organisation et des accompagnements proposés au sein de la structure] ont fait, c'est de travailler sur l'individualité des résidents [...] En fait, ils vivent en collectivité pour la plupart depuis qu'ils sont nés. Donc ça joue énormément. »

Mme Y. : « Ils sont influencés par les autres aussi. »

Mr T. : « Et le Covid a permis déjà d'éclater un peu ça, et maintenant le fait que nous on vient par-dessus en venant et en disant : « Mais on est là pour toi, pour toi, pas pour le groupe, pour toi, quels sont tes choix ? ». Bah je trouve qu'à un moment donné, ils ont un peu ce côté un peu... pas égoïste mais de dire : « Maintenant, je pense à moi en fait ». Il y a un peu ce côté-là qui ressort et qui est très intéressant. Enfin, moi, c'est vraiment ce que je ressens par rapport à ça. »

Mme Y. : « Y'en a qui ont plus saisi le sens du référent aussi. »

Mr T. : « Ca aussi. »

Mme Y. : « On va dire qu'il y a certains résidents qui sont plus ouverts grâce à la personne qu'ils ont en référence. Ils s'expriment plus au fil du temps. »

Mme U. : « Plus à l'aise. »

Mr T. : « Plus à l'aise. »

Il faut souligner que pour plusieurs établissements relevant champ du handicap, les missions relatives aux référents ont pu être consolidées, comme nous l'avons vu, par l'augmentation de temps individualisés auprès des personnes accueillies, mais aussi par la constitution de binômes de référents au sein du même établissement ou issus de services différents au sein de la même association gestionnaire contribuant à développer une forme de travail intersectoriel intra-associatif. Cette fonction clé de « référence », parfois nommée ou se rapprochant de celle de « coordinateur de projet » (selon les structures) semble également renforcer l'alliance avec les familles. Comme l'évoque ce professionnel en charge de l'animation des activités physiques et sportives au sein de plusieurs ESMS relevant de la même association gestionnaire :

*« Je me souviens d'être arrivé chez une famille, masque, blouse et tout, la grand-mère fait : « Vous rentrez pas ! T'en que vous aurez ça, vous rentrez pas ! ». Parce qu'elle était réfractaire à toutes les mesures, elle trouvait que c'était des exagérations. Mais après, on en a rigolé et voilà. Tout s'est bien passé. **Les personnes que j'ai accompagnées, je suis coordinateur de projet, donc on a des personnes en référence, donc on a plus de contacts avec les familles. Donc on a essayé de maintenir le fait que ça soit quelqu'un qui soit coordinateur de projet par rapport à l'usager qu'il avait à accompagner.** »*

Une autre illustration apportée par un binôme de référents intervenant au sein d'un Foyer d'hébergement est intéressante. En effet, suite au premier déconfinement, les professionnels comme les personnes accompagnées se sont interrogés sur les modalités de réouverture de l'établissement, en particulier concernant l'accueil des familles. Dans ce cadre, une réunion « résidents » a permis à ces derniers d'exprimer leur souhait d'autoriser leurs proches d'entrer dans la structure uniquement après invitation de leur part :

*« Et en fait petit à petit, tout le monde s'y est mis en disant : « Bah ouais, c'est comme ça, dans les parties collectives, la cuisine, le salon, la salle à manger, c'est chez nous, et les personnes qu'on invite ne viennent pas ». Ca a été voté par l'ensemble des résidents, ça a été transmis en réunion d'équipe et la Direction a validé le principe en disant : « Bah voilà, c'est leur lieu de vie, c'est eux qui décident ». Et on a fait un courrier aux familles. Alors on s'attendait à des retours de bâton, surtout d'une famille, et au final, la famille l'a très bien vécue en disant : « Oui, on comprend ». Et une des règles qui a été dite, c'est que le résident doit inviter les personnes. Le résident doit valider l'entrée des personnes dans le bâtiment. Pareil pour cette même famille, on s'était dit : « C'est un résident qui ne parlait pas en fait, comment lui expliquer que c'est sa chambre s'il veut que ses parents entrent ? Il doit leur dire qu'ils peuvent rentrer en fait ». **Donc Mme Y. et moi, on était tous les deux référents de cette personne, donc on a utilisé des pictos. Donc chacun de notre côté pour justement avoir le même retour et si on avait compris la même chose ou pas. Le résident s'est positionné en disant : « Bah voilà, si je veux que mes parents rentrent, j'utilise tel pictogramme, si je veux pas j'utilise tel pictogramme ».** Et les parents l'ont vraiment bien vécus, on ne s'attendait pas à ça. [...] Et ça, ça a pas mal d'impact en fait, on trouve qu'on a quand même beaucoup de familles qui jouent le jeu, certains sont réticentes, mais jouent le jeu en fait. On*

a beaucoup de débat en disant : « Bah, c'est chez eux en fait. Même si vous êtes ses parents, vous êtes son copain, son chéri, vous êtes chez eux ». Donc il y a ce respect-là qui doit être en tout cas motivé et inscrit, et ça fonctionne, c'est assez hallucinant, ça fonctionne, on ne s'y attendait pas ! Et c'est vraiment la rupture avec le Covid qui a mis ça en place. » (Conseiller en économie sociale familiale en Foyer d'hébergement)

Il est intéressant de relever que la constitution de ce binôme de professionnels – dans l'exemple cité, exerçant au sein de la même structure –, permet de s'assurer de la bonne compréhension du positionnement du résident et de garantir l'effectivité de son choix.

- **Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer le travail intersectoriel au sein de l'établissement en prenant en compte l'ensemble du plateau technique**

Si le renforcement du travail intersectoriel pendant la crise sanitaire a été valorisé par une majorité de professionnels, il a pu être vécu comme déstabilisant les premiers temps, en particulier lorsque certains d'entre eux ont exercé au sein d'un ESMS et/ou d'un secteur différent de leur champ d'action habituel. Comme l'exprime cet éducateur spécialisé en IME intervenu au sein d'établissements du secteur adulte de la même association gestionnaire :

« Pour l'IME en tout cas, ça a été finalement, il y avait une ambiance particulière, solidaire et qui est très positive. Moi je l'ai pas du tout vécu comme de la fluidité [le travail au sein du secteur adulte]... c'était compliqué. Concrètement, l'IME était fermé, donc on perd notre travail. Quelle est notre mission ? Quel est notre travail ? On est rappelé rapidement en renfort sur le secteur ESAT, très bien, on va faire travailleur en ESAT, j'ai adoré. J'ai adoré pendant quelques journées aller planter des tomates, c'est là où l'on se rend compte de là où vont nos jeunes dans le monde adulte. Et là, on va planter des tomates. Finalement, j'ai adoré, mais y'a fallu accepter de rebondir et d'être dispatché : « Tiens, là, tu vas travailler en mécanique, là tu vas aller travailler au Foyer de vie ». Et là, je me vois arriver au foyer de vie, je me vois arriver sur des levers... alors je suis un ancien éducateur d'internat, les trois quarts je les ai connus avant, mais y'a un fonctionnement qui est particulièrement différent entre l'IME... Et là, j'arrive : « Bonjour Madame la veilleuse, je fais quoi ? C'est quoi le rythme ? (rires) ». Bon, bah, c'est pas grave, on va faire comme au théâtre, on improvise. C'était un peu compliqué pour nous de rebondir [...] donc tout ça a énormément évolué. Concrètement, tous les liens se sont resserrés, tout était super cloisonné peut-être dans chaque structure, et là, tout s'est ouvert dans tous les sens, mais ça a demandé de l'impro quand même. »

Cette forme de décroisement des pratiques professionnelles amplifiée durant la crise sanitaire peut en effet contribuer à mieux anticiper et fluidifier les transitions et les parcours des personnes accueillies en ESMS autant qu'elle renforce l'interconnaissance entre les différentes catégories du personnel. Plusieurs membres des équipes accompagnantes

rencontrés ont exprimé une satisfaction, voire une moindre lassitude professionnelle, à travers ces expériences diversifiées. Plus largement, il faut souligner que les focus group menés au sein du secteur handicap ont également fait apparaître l'intérêt de renforcer l'articulation et l'équilibre souhaités entre des accompagnements techniques à visée « productives » et des accompagnements autour de la vie quotidienne et sociale pouvant révéler d'autres formes de compétences des personnes accueillies, par exemple la motricité fine de résidents en Foyer de vie dans le cadre d'activités manuelles et artistiques ne présentant pas d'objectif de production.

D'une autre manière, le renforcement du travail intersectoriel s'est aussi incarné par la mutualisation d'équipes relevant d'établissements différents au sein de la même structure, notamment durant le premier confinement. C'est par exemple le cas d'un FAS et d'un Foyer d'hébergement appartenant à la même association gestionnaire. En effet, les résidents du Foyer d'hébergement ont déménagé au sein du FAS. Selon les professionnels rencontrés, cette réorientation des services en contexte d'urgence a permis d'améliorer la connaissance de chacun d'entre eux des modalités de fonctionnement de leur structure respective et des habitudes de vie des résidents concernés, mais également de contribuer à diversifier les liens sociaux de ces derniers. Comme l'évoque ce professionnel de l'équipe d'encadrement :

« Parce qu'en fait, nous, on a mutualisé en plus les deux foyers. Quand on a fait ça, on a mutualisé les équipes. Quand je dis deux, c'est pas deux, parce qu'on est une équipe de manière globale. C'est deux chouettes équipes qui ont de grandes capacités d'adaptation, de réflexion, au FAS ou au Foyer d'hébergement. Ils n'ont pas du tout les mêmes organisations, les mêmes plannings. On a tout chamboulé en fait. Les collègues de l'accueil de jour se sont retrouvés à faire des trames, planning, exactement comme ceux de l'internat. Et ceux du Foyer d'hébergement qui est un internat, pareil, c'est tous la même trame... mais en plus mélangé : On avait tendance à mettre un professionnel de l'accueil de jour [intervenant au FAS] qui a l'habitude des activités, un du Foyer d'hébergement et un du FAS (exerçant à l'internat), un petit peu en trinôme tout le temps. Du coup, on a chamboulé beaucoup de choses en faisant ça. Ça s'est bien passé. Du coup, le truc de laisser dormir, c'était pas déconnant non plus, parce que ceux du Foyer d'hébergement, ils ne connaissaient pas les résidents du FAS et inversement. C'était : « Ok, je vais le réveiller, mais qu'est-ce que je vais faire, je ne connais pas ses habitudes de vie, machin ». C'était particulier. Parce qu'on a regroupé : les résidents du Foyer d'hébergement sont venus dormir ici [au FAS] en fait. »

Sur le champ de l'âge, les échanges menés au cours des focus group font apparaître l'intérêt de renforcer l'intersectorialité entre l'accompagnement en termes de soins et l'accompagnement social. En effet, si le rôle des animatrices rencontrées s'est avéré fondamental aux yeux de l'ensemble des enquêtés dans le maintien du lien social et la qualité de vie des résidents en EHPAD en situation de crise, l'implication du personnel soignant en matière relationnelle et d'activités autour de l'animation sociale a été également fortement valorisée. Plusieurs freins ont toutefois été soulevés par ces professionnels. En premier lieu, le manque de moyens humains et financiers ne permettant pas de maintenir cette forme de polyvalence dans un contexte ordinaire. Aussi, durant la phase d'enquête, un EHPAD envisageait par exemple la formalisation d'un temps de travail (intégré aux horaires habituels

et non en supplément) du personnel soignant dédié à des interventions autour de la vie sociale. En second lieu, et en parallèle, les temps de formation de cette catégorie du personnel en matière d'animation gérontologique pourraient être renforcés.

A l'échelle des deux secteurs, au-delà de leurs activités prescrites, il faut aussi souligner le soutien social apporté par les membres du personnel des services généraux et administratifs auprès des personnes accueillies. Là-aussi, la posture d'écoute et de non-jugement apparaît comme un critère essentiel contribuant à un lien social de qualité en ESMS. A titre d'illustration, nous pouvons ici citer cette résidente accompagnée au sein d'un FAS évoquant ces échanges avec un professionnel du service technique auprès duquel elle avait l'habitude de se confier avant son départ en retraite :

« Le barbu, avec les lunettes, les cheveux longs, il va partir à la retraite cette année, c'est dommage, parce que je l'aimais bien, je le connaissais. Je lui racontais des choses sur ce qui s'est passé pendant deux mois avec ma famille. J'avais des problèmes avec ma famille, mais maintenant, c'est passé l'histoire. »

Nous pouvons également citer cette secrétaire d'un EHPAD retenu mobilisant ses compétences de coiffeuse au service des résidents au plus fort de la crise (d'autres exemples de ce type ont été évoqués au cours des focus group) et dont la porte du bureau reste toujours ouverte afin d'apporter une aide ponctuelle ou échanger avec les personnes accompagnées qui le souhaitent. Comme l'indiquait l'une de ses collègues :

« C'est pareil, la secrétaire, c'est un tout. C'est pareil, la secrétaire, y'a tout le monde qui veut la voir ou pour un timbre ou pour ci ou pour ça, ça aussi c'est du lien social. Sa porte est toujours ouverte en plus. »

L'intéressée elle-même déclare mieux connaître les résidents depuis le début de la période pandémique :

« On est plus proche en fait. Ils ne voient que nous [...] donc s'ils ont des petits soucis, c'est à nous qui venaient le dire. De toute manière, ils ne voyaient pas leur famille.

Enquêteur : « Vous diriez que vous connaissez mieux les résidents depuis le début de cette crise ? »

« Oui. Moi, à mon niveau, oui. Parce que moi, à mon niveau, je les vois pas régulièrement comme vous [s'adressant à ses collègues]. Même entre nous, parce que tous les matins on arrivait : « Tu n'as pas de symptômes. Tu vas bien ? ». Chacun prenait soin de celui d'à côté quoi. »

Plus largement, ce qui est souvent nommé comme la « double compétence » apparaît également comme une ressource importante mobilisée par les professionnels durant le

contexte de la crise sanitaire contribuant à la fois à renforcer une approche globale –et intersectoriel- de l’accompagnement des personnes en favorisant la polyvalence et la complémentarité des services, mais également en participant à la création d’activités nouvelles au sein de l’établissement. Parmi les situations évoquées au cours de la phase d’enquête, nous pouvons citer des professionnels de l’équipe d’encadrement d’un EHPAD disposant d’une formation d’assistante sociale ou encore des animatrices disposant d’une formation d’aide-soignante; des membres du personnel socio-éducatif investissant leurs connaissances et leurs pratiques artistiques et créatives au sein d’ateliers proposés par leur ESMS ; pour d’autres encore, il peut s’agir de compétences relevant de l’informatique pouvant ensuite être partagées à l’échelle de la structure et favoriser les usages des outils de communication et des réseaux sociaux numériques par les différentes catégories d’acteurs concernés.

- **Dans un contexte d’urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer les temps d’échanges informels entre résidents et professionnels représentant l’ensemble du plateau technique (pas uniquement le personnel soignant, socio-éducatif et/ou d’animation)**

Au regard de l’ensemble des focus group menés, les temps d’échanges informels amplifiés durant la crise sanitaire entre résidents et professionnels semblent participer à une meilleure prise en compte des demandes et des attentes exprimées par les personnes accueillies autant qu’ils renforcent un **lien social significatif** entre ces différents acteurs au-delà de la relation d’aide. Au moins trois conditions apparaissent essentielles afin de maintenir la qualité du lien⁷⁷ :

-Une **confiance mutuelle établie** par l’écoute active déployée par les professionnels mais aussi les confessions personnelles que ces derniers peuvent exprimer auprès des résidents.

-Un **engagement réciproque** par de petites attentions ou des conversations autour d’une boisson, par exemple.

-L’**absence d’un rapport de force** favorisant la réciprocité des échanges afin de ne pas assigner la personne accueillie à un rôle de receveur d’aide. Cette dimension peut notamment s’incarner dans des formes de soutien matériel et symbolique dans une logique de don et de contre-don⁷⁸. Il peut s’agir concrètement de permettre aux personnes accompagnées qui le souhaitent de participer à la confection des repas, aux différentes tâches domestiques du quotidien, aux courses hebdomadaires ou encore de favoriser la transmission de

⁷⁷ Ces conditions s’inspirent notamment des travaux menés et des recommandations produites au sein du rapport ViEU (Vieillir et Être Utile) réalisé par le Laboratoire Lorrain des Sciences Sociales (2L2S) de l’Université de Lorraine, financé par la Fondation Mutac :

MIRON A., BALARD F., Vieillir et Être Utile (ViEU) : Rapport final. [Rapport de recherche], Université de Lorraine. 2018.

⁷⁸ MAUSS M., « Essai sur le don. Forme et raison de l’échange dans les sociétés archaïques », l’Année Sociologique, seconde série, 1923-1924.

connaissances de ces derniers vers les professionnels en fonction de leurs centres d'intérêt (la cuisine, le jardinage, les jeux vidéos...).

Aussi, ces différentes dimensions semblent conditionnées par le maintien d'une **forme de continuité relationnelle** pouvant aller au-delà d'une relation prescrite nécessitant de la part des professionnels de gérer un « juste » niveau d'implication dans l'équilibre entre le temps personnel et le temps professionnel, mais aussi au niveau de la proximité relationnelle établie avec la personne accompagnée. En effet, la continuité de la relation peut se heurter au turn-over des équipes en raison d'une absence, d'un départ, d'une maladie... et potentiellement introduire une asymétrie, voire une forme de dépendance ressentie par les résidents au sein de la relation d'aide.

- **Dans un contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer l'adaptation de l'organisation et des accompagnements aux rythmes de vie des résidents, notamment par l'« assouplissement » des activités (en termes de choix et d'engagement)**

De manière transversale, les échanges menés auprès de l'ensemble des acteurs impliqués durant la phase d'enquête soulignent l'importance d'adapter l'organisation et les accompagnements aux rythmes de vie des résidents. Plusieurs initiatives mises en œuvre durant la crise sanitaire vont dans ce sens. Elles concernent principalement le secteur handicap ; et sont surtout envisagées au sein du secteur de l'âge où leur application semble plus limitée faute de moyens humains suffisants. Pour les structures concernées accueillant des adultes en situation de handicap ces adaptations portent autant sur la vie quotidienne (heures du lever et du coucher, horaires des repas...) que sur les activités proposées dans les domaines de la vie sociale et des loisirs. L'expérience menée en la matière au sein d'un FAS et d'un Foyer d'hébergement (appartenant à la même association gestionnaire) au cours du premier confinement est ici particulièrement éclairante. En effet, lors du focus group conduit auprès des professionnels de ces établissements, ces derniers ont souhaité mettre en exergue cette thématique comme un élément clé contribuant à la qualité de vie et au bien-être des résidents. Comme l'exprime cette professionnelle de l'équipe d'encadrement :

« Le respect des rythmes de chacun en fait. Parce que du coup, pendant le confinement... faut savoir qu'avant, il y avait un fonctionnement en termes d'activités à telle heure jusqu'à telle heure, c'était repas, reprise des activités, fin des activités. Enfin, c'était très ritualisé. Avec le confinement, y'a plus d'activités fixes, du coup, chaque résident là se levait, se couchait à l'heure qu'il voulait, et en fait on a remarqué qu'ils étaient apaisés. Il n'y avait pas la stimulation qu'on cherche à mettre en œuvre dans un objectif, à proposer de faire des expériences ou d'épanouissement... En fait, parfois, c'est une sur-sollicitation... « C'est quoi ? Quels sont leurs besoins ? ». Et parfois, on a tendance à vouloir combler des vides, donc ça, ça peut nous sembler important de vouloir absolument vouloir mettre des choses en place comme on fait nous, en miroir avec notre vie à nous en fait. On remplit notre journée. »

A partir de ces constats partagés à l'échelle des structures, plusieurs stratégies d'intervention vont être progressivement et simultanément engagées portant notamment sur la réorientation des services et le développement des aptitudes personnelles des résidents quant à l'expression de leur droit de choisir et leurs capacités d'agir tant au niveau de l'organisation de leur journée qu'au niveau de leur positionnement parmi le panel d'activités proposées. Sur ce dernier point, un programme d'activités sera réalisé en FALC facilitant la prise de décision des personnes concernées. Cette démarche sera portée par une étudiante en psychologie intervenant en tant que service civique. Parallèlement, la notion « d'assouplissement » dans l'inscription aux activités sera introduite permettant aux résidents de les expérimenter et d'éventuellement s'y désengager (néanmoins, des délais d'inscription seront progressivement instaurés).

Aussi, c'est tout un processus d'apprentissage individuel et collectif qui se met en œuvre impliquant une dynamique de pairémulation au sein de la structure dont les résidents présentant le plus de ressources vont se saisir les premiers pour ensuite entraîner d'autres personnes accueillies. Comme l'exprime ce professionnel intervenant au sein du service d'hébergement :

« On voit l'évolution déjà par rapport au début quand on était dans cette démarche de laisser un peu plus choisir les gens. Au début, ça a démarré doucement, effectivement, au début, c'était ceux qui étaient les plus dégourdis pour choisir, ça s'est étendu aux autres personnes. Maintenant, on voit des personnes qui disaient rien qui maintenant disent : « Eh moi je voudrai ça, moi je voudrai ci, moi je voudrai cela ». On voit que ça fait émulation et que ça se développe, et ça fait tâche d'huile. Ça s'étend. Pairémulation, ça contamine les autres. Parfois, c'est déstabilisant pour l'équipe parce qu'on est habitué à ce qu'ils soient tellement passifs et d'un coup : « Fais chier celui-là (rires)... » mais il a raison c'est bien. C'est chouette en fait. Avant, c'était tout le monde pareil, c'est chouette, c'est positif. »

Il faut souligner que cette initiative implique une adaptation permanente des équipes d'accompagnement, en particulier au niveau de la constitution des groupes et parfois de la gestion des moyens de transport (selon le lieu de l'activité prévue) pouvant potentiellement avoir des répercussions sur le maintien de l'activité mais aussi sur l'organisation du temps de travail des salariés... et plus largement sur leurs manières de concevoir leur métier et de l'exercer.

Plusieurs membres des équipes accompagnantes de cet établissement ont d'ailleurs fait part de l'évolution et des ambivalences de leur posture à ce sujet dans la mesure où cette initiative, principalement impulsée par l'équipe de Direction et d'encadrement, vient (re)questionner leurs habitudes de travail, leur culture et leur identité professionnelles. Comme l'illustre cet extrait du focus group mené auprès de ces derniers :

Enquêteur : « Au final, qu'est-ce que ça modifie le plus dans vos pratiques professionnelles ? »

Mr T. : « Sur notre responsabilité. Sur le fait que c'est les résidents qui se positionnent sur un projet, on est là pour accompagner. Je trouve que ma responsabilité est moindre par rapport à ça, c'est son projet en fait. **Nous, on va l'accompagner et comme on est soutenu en plus par la direction, on sait que...** Je vais pas dire que toute la responsabilité revient aux résidents mais on a moins d'impact. »

Mme U. : « C'est lui qui l'a initié. »

Enquêteur : « Cette notion de responsabilité, elle est partagée par tous ? »

Mme U. : « **On est toujours dans l'adaptation.** »

Mme I. : « Pour moi, perso, des fois, je me dis : « Voilà, je viens, est-ce que je suis vraiment nécessaire ? Qu'est-ce que je vais leur proposer ? ». Voilà, vous allez leur proposer un truc, ils n'ont pas envie de le faire, je me sens un peu perdue en fait. **Après c'est bien qu'ils aient le droit de choisir et qu'ils choisissent... mais des fois je me dis : Est-ce que je sers à quelque chose ?** »

Mme U. : « Après rien ne t'empêche de faire un travail individuel avec une personne. »

Mme I. : « Oui, ça d'accord. **Après le temps est plus calme, c'est vrai que niveau stress, c'est moindre.** Après, il y a toujours des temps où ils sont un peu plus... Qualité de vie, y'a pas de stress non plus. Je vais pas les solliciter pour prendre ¼ d'heure, 20 minutes, je vais perdre mon énergie et au final, elle ne va pas aller à cette activité-là. Moi j'aurai perdu en énergie, ce qui nous est déjà souvent arrivé. Ce qui nous arrive pas au jour d'aujourd'hui. »

Enquêteur : « Ca questionne l'identité professionnelle ? »

Mme I. : « Oui. »

Si l'impact positif de cette initiative sur la qualité de vie au travail des salariés est à souligner, l'aspect soutenant de l'équipe Direction est ici présenté comme un facteur clé permettant le changement. On constate également que le renforcement de l'expression du droit de choisir et des capacités d'agir des résidents à travers l'organisation de leur vie quotidienne et les activités proposées va de pair avec deux critères clés apparaissant de manière récurrente dans les propos de ces enquêtés : **la confiance et la responsabilité partagée**. Ces deux critères surgissent à un double niveau : d'une part, dans le lien aux autres (entre tous les acteurs de la relation d'aide) et dans le lien à soi (impliquant le développement des compétences psychosociales des personnes accueillies : l'estime de soi, la confiance en soi, la conscience critique, la prise d'initiative, la motivation à l'action sociale). C'est notamment l'objet de ces échanges tenus entre les professionnels rencontrés :

Mr T. : « **A l'inverse, on peut penser qu'ils ne viennent pas me solliciter parce qu'ils le font de manière autonome et qu'ils n'ont pas besoin de moi et que le travail en amont a été fait, qu'ils ont confiance en eux, et qu'ils n'ont pas besoin d'un éducateur pour valider quelque chose.** »

Mme Y. : « Je vois quand on n'est pas en forme, bizarrement, la soirée, elle se passe super bien. Tu leur dis : « Oh, j'ai mal à la tête, je suis crevée ». Je suis toute seule le soir, ils vont gérer la soirée comme des chefs. »

Mr T. : A l'inverse, de plutôt avoir une info, un sms : « Hop, je pars chercher un truc, basta ». Et ne pas venir nous solliciter, ou d'aller faire une activité, et voilà, de se dire : « Il n'a pas eu besoin de mon aval, il n'a pas eu besoin de mon avis, de mon consentement pour faire quelque chose ». Donc effectivement, je me dis oui, on ne sert pas à grand-chose, mais ça veut dire qu'en amont le travail a été fait et qu'ils ont peut-être acquis une certaine compétence, une confiance en eux pour pouvoir aller faire leur propre initiation. »

Plus globalement, ces multiples aménagements dans l'organisation et les accompagnements proposés font aussi apparaître la question de l'articulation entre la prise en compte des demandes et des attentes individuelles et le maintien de la cohésion sociale à l'échelle des établissements se résumant autour de l'expression évoquée fréquemment et de manière transversale au cours de la phase d'enquête : « Où placer le curseur ? ». Cette recherche permanente du « bon » curseur s'incarne notamment dans l'oscillation entre « inciter à faire » et « laisser faire ». Cette forme « d'entre-deux » est particulièrement explicite, d'une part, au niveau des adaptations menées autour de la vie quotidienne à travers notamment la liberté de choix dont disposent les résidents des horaires de lever de coucher. Comme l'exprimait ce professionnel au sujet d'une personne accueillie au FAS dont le rythme de vie apparaissait « trop » décalé vis-à-vis du collectif :

« Comme elle se lève à 11 heures, elle se couche à 5 heures. Mais on a recadré dans son projet individualisé. Je lui ai demandé si elle pouvait se lever à 10 heures, elle a compris. Elle se décale complètement [...] Après, toute la journée, elle dormait. Forcément après, il y a un souci avec la collectivité. »

D'autre part, elle s'illustre également au niveau du choix des activités où la souplesse introduite dans l'engagement au sein de ces dernières a fait l'objet de réajustements tout au long de la crise sanitaire autour du « juste » équilibre souhaité entre la prise en compte et les réponses apportées aux demandes exprimées par les personnes et le fonctionnement de l'organisation :

« Et après, on est allé dans le sens inverse, il n'y avait pas suffisamment de cadre ni d'activités mises en place et de choses comme ça. Ils étaient un peu perdus. Donc on a remis des choses en place, mais de manière plus souple, parce que quand il n'y a rien, il y a la question de : « Qu'est-ce qu'on fait cet après-midi ? ». Trop d'activités encadrées, c'est pas bien. Trop ne rien faire, c'est pas bien non plus. Tout faire à l'arrache au dernier moment, c'est pas bien non plus. C'est chouette après de dire : « Bah, tout dépend des personnes » ». (Professionnel du FAS)

S'il faut souligner que certains résidents rencontrés ont exprimé une préférence pour une organisation de leur journée ritualisée, en majorité, ces derniers ont valorisé l'adaptation du fonctionnement de la structure en référence à leur choix tant au niveau des heures du lever et du coucher qu'au niveau des activités proposées. A l'image des propos tenus par cette femme accompagnée au sein du FAS :

« C'est mieux comme ça. On choisi les activités. Je préfère maintenant. C'est mieux. On peut mieux choisir [...] Les jeudis, après la réunion de mercredi, on peut choisir ce qu'on veut faire comme activités. »

Avec la possibilité dont dispose les résidents de se coucher plus tard, il faut souligner que plusieurs témoignages de professionnels ont fait part de l'évolution d'autres formes de liens entretenus entre ces derniers et les personnes accueillies. Ainsi, pour cette surveillante de nuit d'un FAS :

« [...] Ca a vraiment changé quand le Foyer d'hébergement est arrivé où il y a eu un renouveau. Ceux du Foyer d'hébergement aimaient bien passer du temps le soir avec les veilleurs avec une petite tisane, un verre de lait, un échange. Et ça c'était chouette. Et ça, ça a perduré. Le Foyer d'hébergement est parti, et ça ça a continué comme les changements d'horaires avaient changé et ça a duré encore maintenant on fait une petite tisane, verre de lait, télé... Ils regardent leur émission jusqu'à que ça soit fini ou plus les week-ends, c'est complètement différent [...] Certains résidents, ça fait quatorze ans que je suis là, et ça faisait dix ans que je les voyais pas, ils étaient couchés quand j'arrivais. Je parlais, ils dormaient encore. Y'en a maintenant que je vois, c'est chouette. On les découvre [...] Il y a un échange avec les résidents qu'on n'avait pas avant, et c'est chouette. On se sent un peu plus impliqué aussi dans notre rôle. »

Ainsi, cette focale sur l'initiative menée au sein de ces établissements s'intègre dans une approche globale des accompagnements dont le concept « d'autodétermination » est placée au centre des stratégies d'intervention mises en œuvre auprès des personnes concernées. Les échanges menés auprès de l'ensemble des acteurs impliqués visant ici l'adaptation de l'organisation et des accompagnements aux rythmes de vie des résidents (étroitement associée à la liberté de choix dont ils disposent quant aux activités proposées) fait apparaître tout un processus et des apprentissages s'inscrivant dans un temps long favorable à l'expérimentation. Comme l'évoque ce professionnel rencontré :

« Ce qui est chouette ici, ce qu'on met en place, c'est jamais gravé dans le marbre. On essaye et si au bout de deux semaines, deux mois, deux ans, finalement, c'est bien mais ça marche plus, on arrête et on essaye autre chose. Si c'est bien, on le garde, on change »

Dans ce cadre, il faut aussi préciser que le taux d'encadrement supérieur à la moyenne durant le premier confinement en raison du faible taux d'absentéisme au sein des équipes et du retour au domicile de leurs parents d'un nombre important de résidents (ayant permis le déménagement des résidents du Foyer d'hébergement vers le Foyer d'Accueil Spécialisée durant le premier confinement) constitue un élément clé du changement. Il se conjugue avec une **analyse partagée de la situation entre l'ensemble des acteurs impliqués**, notamment par la tenue de réunions hebdomadaires (retranscrites sous forme de compte-rendu) au sein des établissements dont la participation d'un nombre plus important de représentants de famille serait toutefois à renforcer.

Comme de nombreuses initiatives menées au cours de cette crise sanitaire, l'un des principaux enjeux auxquels sont confrontés les ESMS concernés portent notamment sur la **continuité** des actions dans un contexte ordinaire. D'une part, soutenir la participation effective des personnes et du collectif au sein des établissements et de l'association gestionnaire (au niveau du cadre théorique de l'action et de ses déclinaisons opérationnelles pour l'exemple cité) apparaît comme un déterminant majeur permettant de maintenir et/ou renforcer la qualité des interventions engagées. D'autre part, l'interpellation des décideurs constitue également un élément clé dans la mesure où l'adaptation du fonctionnement des structures aux rythmes de vie des résidents, à leurs souhaits de participer –ou pas- aux activités proposées impactent directement l'organisation, les modalités de travail des salariés, et plus largement les modes de financement des établissements.

Enfin, on notera également que des « **temps et des espaces de repos** » ont été soit instaurés soit renforcés dans plusieurs structures relevant du champ du handicap. Ils peuvent notamment être consacrés à des moments conviviaux autour de la télévision, après les repas par exemple, ou encore renvoyer à la possibilité offerte aux résidents qui le souhaitent de se détendre -et parfois de prendre leurs repas - en chambre.

Par ailleurs, et bien que préexistant à la crise sanitaire, il est intéressant de relever le parallèle au sein de l'UPV situé sur un étage de l'un des EHPAD retenus dont la souplesse de fonctionnement du service se différencie des autres étages de l'établissement. En effet, parmi les professionnelles rencontrées, certaines d'entre elles ont mis en exergue **une meilleure prise en compte des rythmes de vie des résidents contribuant autant à diminuer les troubles du comportement** qu'à favoriser la mise en relation entre ces derniers :

« On laisse aux résidents la possibilité de se lever à l'heure qu'ils veulent, de manger à l'heure qu'ils veulent, de déambuler la nuit s'ils le veulent [...]. Ils sont occupés [en particulier depuis l'arrivée durant la crise sanitaire d'une jeune femme en service civique sur cet étage proposant des activités d'animation sociale], donc pour certains y'a moins de déambulation, moins d'agressivité, moins d'anxiété avec peur. Ca ne veut pas dire que c'est réglé, mais que c'est moins présent. » (Membre de l'équipe d'encadrement d'un EHPAD)

Si les échanges issus du focus group mené auprès de ces professionnelles font apparaître l'intérêt de partager ce mode de fonctionnement à l'ensemble des étages, plusieurs limites d'ordre organisationnelles ont été relevées portant notamment sur un manque de moyens humains et financiers en raison du nombre important de résidents et des difficultés liées à la gestion du temps de travail des différents membres du personnel.

- **Promouvoir le vivre ensemble par le réaménagement des espaces de vie collectifs en période de crise sanitaire**
 - *Le réaménagement des espaces de vie collectifs dans l'établissement*

Comme nous l'avons vu, lors de la phase d'enquête, un nombre significatif de résidents rencontré a mis en évidence la gestion du bruit comme un déterminant environnemental

essentiel au bien-être et à la qualité de vie en ESMS. Il est d'ailleurs probable que les formes de sectorisation (entre secteur dédié aux personnes contaminées et celles qui ne l'étaient pas) et la mise en place de petites unités de vie (lieux d'activités, de restauration, etc.) instaurées au plus fort de la crise aient révélé ce phénomène lorsque certaines de ces adaptations sont progressivement revenues à leur configuration ordinaire. Comme l'expriment ces résidents d'un Foyer de vie :

Mr K. : « On peut faire calme, y'en a qui peuvent manger à côté [de la salle de restauration] ou à l'appartement 3. »

Mme N. : « Y'a une grande table, deux par deux. »

Mr. F. : « Deux par deux parce que c'est trop bruyant. »

Mme N. : « Mardi, j'ai eu mal à la tête ! »

Mr F. : « Parler moins fort. Y'en a qui crie partout. Maintenant que c'est revenu, c'est plus fort maintenant. »

Mme N. : « Y'a trop de monde à table des fois. »

Mr K. : « On est trop serrés des fois. »

Mme N. : « On peut plus... on est trop serrés à table. »

Mr K. : « Ils ont mis un machin au milieu pour pas filer les microbes. »

Mme N. : « Mardi, j'ai mangé dans ma chambre pour être au calme. »

Mr K. : « Ceux qui avaient le Covid la dernière fois, ils pouvaient pas sortir des chambres. Ils pouvaient pas sortir des chambres pour se balader avec nous, ils mangeaient pas avec nous. Faut préparer les plateaux, faut les amener dans les chambres. »

Mme N. : « [...] Ca me fait exploser le bruit. Le bruit m'énerve. J'ai envoyé tout péter. La Directrice m'a dit : « Si tu veux manger dans ta chambre, tu peux, mais pas tout le temps. »

Dans ce cadre, il faut souligner que cette structure offre la possibilité aux résidents de se restaurer ponctuellement en chambre (comme d'autres établissements retenus sur le champ du handicap) et dispose également d'une salle dédiée à la prise des repas en petit groupe destinée prioritairement à ceux exprimant le plus de difficultés à supporter le bruit occasionné et aux adultes en situation de handicap présentant des troubles du comportement importants.

Ce type d'aménagement existait également avant la crise sanitaire au sein de l'un des EHPAD retenus dont la réinstauration est actuellement envisagée. Aussi, une autre illustration ayant trait à cet établissement peut ici être évoquée. En effet, alors qu'en contexte ordinaire les repas avaient lieu en grande salle au rez-de-chaussée de la structure, durant la période pandémique ces derniers étaient proposés à l'échelle de chaque étage de la structure. Comme l'évoque ces professionnelles rencontrées :

Mme. D. : « Et c'est vrai que lorsqu'ils mangeaient dans les étages à un moment, ils voulaient plus jamais redescendre à un moment. En fait, dans les étages, ils mangeaient dans leurs lieux de vie et quand il fallait redescendre au restaurant, y'en a plein qui voulaient plus

redescendre. Ils étaient tellement bien là. Ils n'étaient pas beaucoup, douze, et deux par table tranquille. »

Mme S. : « Et avec leurs petites habitudes. En fait, ils ont besoin de petites habitudes aussi. »

Ces propos font écho à ceux exprimés par plusieurs résidents enquêtés au sein du même établissement :

Mme T. : « Il y a des chambres de chaque côté et au milieu des tables et des chaises, ça existe encore et on mangeait là, par étage. Maintenant, ça y est, mais on mange tous ensemble. Ça fait six, sept mois. On mange tous en bas, les quatre étages. »

Mme I. : « J'aimais bien manger au 3^{ème}. »

Mr O. : « Pareil, j'aimais bien aussi. »

Mme I. : « C'est pas pareil, c'est pas la même chose [...] on était entre nous. »

Aussi, les initiatives visant à réaménager les espaces collectifs intérieurs afin qu'ils soient moins bruyant et plus propices à un climat relationnel de qualité seraient à maintenir et/ou renforcer. Toutefois, si ces adaptations participent à la qualité de l'environnement social des résidents en favorisant les contacts interpersonnels dans un espace plus silencieux, ce constat doit être nuancé. Plusieurs résidents ont également valorisé les lieux de repas en grand groupe (et plus largement les activités, les festivités, et les moments de convivialités réunissant de nombreuses personnes) permettant de rendre possible les rencontres et les échanges auprès d'une plus grande diversité de personnes accueillies. Cette diversité des préférences est particulièrement explicite dans les propos tenus par ces deux résidentes :

Mme B. : « C'est aussi bien, on voit plus de monde. Sur le petit étage, on est à douze, on reste à douze. Tandis que là, en bas, y'a des gens avec qui on fait connaissance. C'est moins monotone. »

Mme P. : « Je suis très solitaire. Oui, je préfère à l'étage. Enfin, je ne dis pas que je ne suis pas contente de manger en bas. Je suis contente aussi, mais enfin, bon, je mangerai dans ma chambre, je serai aussi contente. »

Plus largement, il faut ajouter que cette problématique liée aux espaces bruyants est apparue à de multiples reprises et sous diverses formes durant la phase d'enquête impactant pleinement le bien-être et la qualité de vie des résidents. Elle ne se rapporte pas uniquement à l'enceinte de l'établissement, mais concerne aussi le territoire de vie des personnes accompagnées pouvant potentiellement dissuader ces dernières de sortir. Comme l'évoquait cette mère d'une jeune femme accueillie en externat au sein d'un FAS :

« Comme dit, dans le village, on est un petit village... Elle [sa fille] était partie une fois chez le voisin en haut, mais moi ce qui me fait peur, parce qu'elle a peur des bruits. Et

*maintenant, s'il y a une moto, un camion, un tracteur, elle perd ses moyens. Elle met ses oreilles comme ça, et elle part dans tous les sens. **C'est là que j'ai peur, parce qu'elle se met en danger.** Et j'ai beau lui dire, voilà, c'est ça qui me fait peur le plus, c'est ça. C'est pas le fait... **mais quand il y a du bruit, elle perd ses moyens [...]** Parce qu'elle sait marcher très bien. Je veux dire, quand on l'emmène, elle marche, mais dès qu'il y a du bruit, oh ! Parce que je l'emmène chez l'orthophoniste [...] si quelqu'un me voit et dire : « Elle est là, elle s'agrippe sur moi, elle a les oreilles fermées, elle veut pas marcher ». J'ai dit : « Si... si y'a pas que moi... ». **Et s'il y a une place handicapée, je me dis que je vais m'y mettre. Mais après, moi j'évite, si y'a une autre place, parce qu'elle sait plus ou moins, elle sait marcher, mais moi c'est surtout... si maintenant, on est en ville et qu'il y a du bruit, oh ! Quand il y a du bruit, marcher, c'est une catastrophe ! »***

Agir sur l'amélioration des espaces de vie collectifs au sein des ESMS porte également sur le réaménagement de l'architecture globale des bâtiments. En cela, les effets de la crise sanitaire ont été révélateurs de l'importance de la qualité de l'environnement physique au sein des ESMS. Outre la limitation des facteurs de bruit, disposer d'espaces lumineux, colorés, aérés en constituent aussi des éléments clés. Si ces aspects ont été abordés à plusieurs reprises au cours des focus group menés, il apparaît notamment une récurrence au sein des EHPAD retenus autour de la configuration des couloirs menant aux chambres des résidents. En effet, le déploiement de matériel d'animation ambulant en contexte d'urgence a mis en évidence la nécessité pour les structures de passer d'une disposition des étages en « courbes » vers des couloirs de type « rectangulaire » favorisant l'instauration d'activités sur le « pas de la porte » tout en permettant aux différents voisins de chambre de se voir « physiquement ». Comme l'indique cette référente des métiers d'animation en EHPAD exerçant au sein du groupe national auquel l'un des établissements pour personnes âgées retenus est rattaché :

« On va préférer maintenant des solutions ambulantes, différents dispositifs, du moment que c'est des roulettes et que 24H sur 24 on peut l'amener à n'importe quel endroit de l'établissement. C'est vrai pour les charriots Snoezelen, c'est vrai pour des petits charriots où vous auriez du matériel à crêpes... Ca existait avant, mais maintenant quand la question des investissements arrivent, on requestionne ça. »

Ces couloirs en tant qu'espace de rencontres et d'échanges entre résidents peuvent aussi être accompagnés de lieux consacrés à la détente permettant de se « poser », en instaurant par exemple des fauteuils et des tables si la structure spatiale le permet. Plusieurs initiatives concernant cet EHPAD vont dans ce sens.

Enfin, à l'échelle de l'ensemble des établissements, parmi les résidents rencontrés, plusieurs d'entre eux ont exprimé une forme de repli sur l'espace privé pouvant être appréhendée sous différents registres, s'entremêlant parfois : des préférences pour des activités domestiques ; la continuité d'habitudes de vie (des situations de solitude choisie, par exemple) ; la préservation de soi en se distinguant, par effets de comparaison descendante, aux groupes assimilés comme « dépendants » ; une entrée en institution vécue comme une injonction, etc. Pour ces profils de résidents, il pourrait être envisagé des espaces partagés « non assignés » où l'activité n'est ni déterminée, ni obligatoire faisant office uniquement de lieux de passages appropriables par ces derniers où les potentielles sociabilités développées ne seraient pas perçues comme imposées.

○ ***Les espaces de vie collectifs à l'extérieur de l'établissement : des ressources à renforcer en contexte de crise et ordinaire***

Dans le contexte de la crise sanitaire, les espaces de vie extérieurs des ESMS concernés ont été considérés comme des ressources essentielles au maintien du bien-être et de la qualité de vie des résidents. Plusieurs structures ont d'ailleurs pu bénéficier des avantages liées à leur positionnement géographique permettant de proposer aux résidents des sorties en plein air, en forêt, à la campagne ou dans des parcs urbains, ou encore aux bords de lacs. Ces moments sont particulièrement appréciés par les personnes accompagnées, comme l'évoque ce résident accueilli en MAS au sujet du parc situé à proximité : *« Oui j'y vais. Souvent quand il fait ce temps-là, j'aime bien fumer ma petite cigarette au parc tranquille, en plein air, on est bien. J'aime bien, on va voir les canards. Ils ont aménagé la rivière, ils ont fait comme un genre de ruisseau. »*

Suite à la période pandémique, plusieurs projets sont soit en cours soit envisagés parmi le panel d'ESMS retenus. Ces derniers portent notamment sur l'amélioration de la qualité des espaces verts, l'instauration et/ou le renforcement de jardin et de ferme thérapeutiques (poulailler, présence de chèvres, notamment) ou encore de bancs de repos favorables aux rencontres et aux échanges et propices (entre l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués) à un climat relationnel de qualité. Comme l'exprime cette professionnelle exerçant en EHPAD :

« Y'a des résidents qui aiment faire du jardinage. J'ai appris beaucoup de choses avec un résident : faut faire ci, faut faire ça, faut tourner la terre... Même pour lui, ça fait du bien. »

En parallèle, d'autres enjeux étroitement associés sont envisagés et/ou renforcés notamment autour de l'accès à la mobilité et aux transports aux alentours de l'établissement, la présence de zones piétonnes et pedestres adaptés au sein et à l'extérieur de la structure afin d'améliorer les capacités physiques des personnes accompagnées :

« On a beaucoup d'établissements qui depuis la crise ont des projets d'aménagement de parcours de santé sur leur jardin. Beaucoup aussi sur la stimulation motrice, elle est moins stimulante en intérieur qu'en extérieur. » (Référénte des métiers d'animation en EHPAD)

○ ***Diversifier les lieux d'hébergement des lieux d'activités et de convivialité au sein des ESMS***

Lors de la phase d'enquête, la séparation et la diversification des lieux d'hébergement des lieux d'activités et de convivialité sont apparus comme des éléments clés renforçant l'une des composantes essentielles des ESMS comme des lieux de vie.

Dans ce cadre, certaines structures du secteur handicap envisagent par exemple la construction de nouveaux locaux permettant d'attribuer une fonction dédiée à chaque

bâtiment. Si cette démarche semble en effet favorable au respect de l'intimité et de la domiciliation des résidents, elle introduit toutefois des problématiques importantes liées aux configurations générales de ces établissements, à leurs ressources matérielles mobilisables, ainsi qu'à la présence de modalités de déplacement adaptés.

Aussi, parmi les facteurs clés favorables à ces adaptations, on relèvera tout d'abord l'appartenance de ces structures à une même association gestionnaire de plusieurs ESMS disposant de plusieurs bâtiments disponibles et à proximité, mais également à la mise en place d'une Direction commune à plusieurs établissements propice à une coordination des actions. C'est en particulier la situation d'un Foyer de vie et d'un Foyer d'hébergement dont les principaux bâtiments sont reliés par une galerie. Selon la Directrice des deux structures, cette configuration permet d'apaiser certains conflits entre résidents eu égard à la prise de distance physique, **mais surtout de rendre possible pour ces derniers des relations sociales diversifiées non corrélées à une forme d'assignation en fonction d'une typologie de handicap ou à l'appartenance à un établissement.** Dans ce cadre, des projets collectifs entre personnes accompagnées, au-delà des notifications d'orientation, sont facilités :

« On a la chance d'avoir deux établissements reliés par une galerie. On a fait le choix pour certains de leur demander en fonction de leur besoin d'accompagnement d'être dans un ou l'autre de l'établissement et pas du tout en fonction de leur orientation. Ce qui permet à certaines personnes de ne pas vivre et travailler avec ses collègues dans un cercle restreint et finalement de rentrer le soir et de voir d'autres personnes et de partager d'autres moments. On trouve que cette solution est assez intéressante. On a quand même beaucoup beaucoup moins de conflits en soirée. Le fait d'avoir ouvert les activités sur la période estivale [été 2020] avec des personnes qui vivent à domicile et qui n'ont pas les mêmes besoins en termes d'accompagnement, ce qui ressort des activités, c'est qu'elles ont plus de sens pour les personnes. Enfin, il y a un objectif commun finalement qui est décidé, il y a plus de sens pour les personnes, il y a plus d'adhésion. Généralement, c'est des projets qui aboutissent plus facilement. »

Dans une autre perspective, il est intéressant de relever une initiative menée durant la crise sanitaire au sein d'un FAS ayant comme point de départ l'aménagement du mobilier au sein des espaces communs de l'établissement reposant sur le souhait exprimé par les résidents de disposer de canapés et de grandes télévisions. Un membre de l'équipe de Direction et d'encadrement l'exprimait en ces termes :

« Ce que vous voyez là qui est la grande pièce à vivre, c'était la salle d'activités en fait. Vu qu'on a mis fin aux activités, car moins d'éducateurs, fallait éviter de tout croiser, de faire des activités ensemble : « Bah ok, cette salle, on en fait quoi en fait ». En fait, c'est les résidents qui ont dit : « Ouais, il faut une nouvelle télé, on s'achète des canapés, télé ». Tout ce qui a là en fait. Alors bien sûr que les collègues, ils les ont accompagnés là-dessus. Après, ils ont acheté une grosse télé de ce côté-là, du coup, dans la continuité de la pandémie, on a repris des activités pour les personnes externes qui viennent au FAS. Pour les personnes

externes, on a repris les activités, mais en disant : « On ne mélange pas les externes qui rentrent chez eux le soir et ceux qui rentrent là ». La mutualisation pouvait contaminer. Du coup, les externes ont dit : « C'est dégueulasse, nous, on a participé à acheter la grande télé, on en profite pas ! On va acheter une deuxième télé ». Ca a généré des trucs vraiment... »

On constate ici que cette réorganisation spatiale, initiée par les résidents, transforme la « salle d'activités » en « grande pièce à vivre » (où il est désormais envisagé un bâtiment dédié uniquement aux activités). Cette dernière est d'ailleurs très appréciée par les résidents, et la télévision très regardée ; le plus souvent pendant et après les repas. Il faut aussi préciser que les grands écrans ont ensuite été instaurés à l'échelle de l'ensemble des établissements de l'association gestionnaire permettant la mise en place de visioconférences.

Dans le prolongement de cette initiative, les dynamiques de pairémulation entre les internes et les externes ont également généré d'autres changements survenus au sein de la structure ayant trait à la « recohobitation » entre les personnes accueillies en hébergement complet et celles accompagnées en externat. Suite aux demandes exprimées par les premiers, les externes ne sont plus autorisés à se rendre sur le lieu d'hébergement le matin ni à prendre leur repas ensemble mais dans un espace dédié aux activités de jour situé au sein d'un bâtiment accolé aux hébergements :

« Avant c'était forcément mutualisé, les externes mangeaient ici avec les autres. On leur avait posé la question parce qu'on a retenté et finalement, de nouveau du bruit, de l'agitation, et c'est eux qui ont demandés : « Non mais en fait, c'était bien comme on faisait, les externes mangent là-bas, et nous on mange ici, tranquille » ». (Membre de l'équipe de Direction et d'encadrement d'un FAS)

Aussi, ces réaménagements des espaces de vie collectifs impliquent une réorientation des services nécessitant le plus souvent des moyens humains et financiers supplémentaires :

« Ça génère du changement : parce que nous, faut qu'on soit quatre dans le suivi à table, avant c'était trois, par rapport au ratio d'encadrement et par rapport... Parce que maintenant il y a deux lieux, faut être deux et deux, parce que si y'en a un qui doit se lever pour un truc. Donc ça rajoute une contrainte. Au final, c'est beaucoup beaucoup plus apaisé. » (Directeur du FAS)

Comme de nombreuses initiatives relatives à cette problématique centrale du chez-soi en ESMS, faire advenir une institution médico-sociale comme un lieu de vie renvoie au dépassement de logiques institutionnelles, structurelles, et financières fortement ancrées au sein du secteur. En situation de crise, si l'assouplissement de ces dernières a été propice aux innovations, l'un des enjeux de taille auxquels se confrontent désormais les ESMS consistent à les maintenir et/ou les renforcer dans un contexte ordinaire. Le dialogue auprès des décideurs semble ici l'une des conditions favorables à la **continuité** de ces initiatives. Du reste, si ces actions portent sur le réaménagement des espaces de vie collectifs, d'autres ont trait plus spécifiquement aux espaces de vie privée.

- **Promouvoir le vivre ensemble par l'adaptation et le réaménagement des espaces de vie privée en période de crise sanitaire**

- *La sonnette et les clés d'un chez-soi en ESMS*

Parmi les initiatives menées, il est ici intéressant de se rapporter à l'expérience relatée au sein du FAS retenu. Comme nous l'avons vu plus haut, suite au premier déconfinement, les résidents de cet établissement ont exprimé le souhait que leurs proches accèdent à la structure uniquement avec leur accord préalable. Dès lors, des sonnettes ont été mises en place à l'entrée du bâtiment afin de prévenir de l'arrivée de visiteurs.

On constate alors des positionnements contrastés entre les différentes catégories d'acteurs impliqués, en particulier entre les professionnels pour lesquels cette démarche est valorisée et les proches familiaux plus ambivalents suite à cet aménagement. Lors du focus group mené auprès des équipes accompagnantes, une grande majorité du personnel considère en effet que la crise sanitaire a apporté « des solutions » (du fait du confinement) aux réflexions déjà engagées à ce sujet. Comme l'exprime cette professionnelle :

« Et quand vous allez chez quelqu'un, vous faites quoi ? Vous sonnez ou vous rentrez comme ça ? C'est le respect de leur lieu de vie parce qu'il le partage avec quinze autres personnes et que le fait que tout le monde rentre comme dans un moulin, c'était... à minimum, c'est de sonner. Avant, y'avait une autre porte. Ils pouvaient aussi entrer par la terrasse. Normalement, y'a une sonnette à l'entrée, devant. »

Pour certains d'entre eux, avant la période pandémique, la présence des parents à proximité des lieux d'activités pouvaient entraîner un départ anticipé des résidents ou une moindre grande attention de leur part. Au cours de la crise sanitaire, et afin d'éviter les contaminations, des créneaux horaires ont donc été imposés aux familles au moment où elles viennent rechercher leur proche, en particulier le vendredi soir. Pour les professionnels entendus, ces adaptations ont contribué à améliorer la qualité des relations avec les proches aidants autant qu'elles favorisent une certaine confidentialité des échanges :

Mme V. : « Du coup, à un moment donné, ils avaient même des horaires. Donc y'avait untel qui venait à 16H, untel à 16H15, untel à 16H30, surtout le vendredi soir, des familles qui venaient récupérer leur enfant en fait, et donc ils avaient des créneaux horaires, c'était 16H, 16H15. »

Mme G. : « Et puis ça permettait aussi de faire un bon retour aux familles sur la manière dont leur enfant avait passé la semaine. Parce que si tout le monde est là en même temps, on oublie des choses, y'a la cohue et le fait qu'ils viennent échelonnés... »

Mme V. : « En sachant qu'ils ne viennent pas vraiment longtemps. »

Mme G. : « Ca permet aussi de prendre du temps avec la famille à ce moment-là et de leur faire un retour de la semaine, comment ça s'est passé, bien ou pas bien, et que toutes les familles ne soient pas là en même temps. »

Si du côté des familles, ces adaptations sont respectées et ne sont pas remises en cause, elles viennent toutefois questionner leurs habitudes et nécessiteraient des temps d'échanges formalisés avec les professionnels et les résidents renforçant **l'alliance entre ces différents acteurs de la relation d'aide considérée comme un facteur clé de la qualité de l'accompagnement** :

Enquêteur : « Vous ne pouvez plus accéder directement aux chambres ? »

Mme A. : « Si, de l'autre côté. On peut rentrer par l'extérieur. On a un peu le droit de rentrer par là. Alors ça, je ne comprends pas non plus, parce que des personnes de l'extérieur rentrent par là. Mais nous, les parents, on n'a pas le droit, alors que la chambre de ma fille, elle est là, elle est tout près. »

Mr W. : « Il doit y avoir une raison. Il faut poser la question. »

Mme A. : « Enfin, on a pris l'habitude, seulement, à chaque fois, il faut attendre qu'on vienne nous ouvrir la porte. »

Mr W. : « Il doit y avoir une raison. »

Mme G. : « Comme maintenant moi [sa fille] je suis externe, je sais que nous, on ne rentre plus dedans, en tant qu'externe. Non, nous c'est de ce côté là. Maintenant, je ne sais pas qui rentre, comment les autres rentrent... »

Mme A. : « Parce que sa chambre, c'est la première là, donc... Je rentre là, je suis tout de suite dans sa chambre. Alors que de l'autre, bon bah faut que je sonne, que j'attende qu'on vienne m'ouvrir, et je demande si c'est ouvert, est-ce qu'ils peuvent ouvrir la porte de l'extérieur de la chambre. »

Mr D. : « C'est pour éviter que n'importe qui vienne, etc. »

Il faut préciser que plusieurs structures ont évoqué la possibilité soit de renforcer soit d'instaurer un lieu d'accueil « privatisé » dédié aux proches autre que la chambre des résidents (qui est bien souvent l'endroit où les familles, les amis et les personnes accompagnées se retrouvent). **Ces initiatives semblent intéressantes dans la mesure où elles contribuent également à faire de l'établissement un chez-soi en permettant aux résidents de ressentir un sentiment d'utilité à travers le rôle d'hôte.** Il s'agit bien ici d'un **facteur de reconnaissance** important favorisant des liens sociaux de qualité.

De même, cette démarche de « sacralisation de l'espace d'hébergement » selon les propos du Directeur de cet établissement et du Foyer d'hébergement de la même association gestionnaire se matérialise également par la remise de clés à chaque résident donnant accès à

la porte d'entrée de la structure, à leur chambre et au couloir menant à cette dernière. Cette initiative fait suite à des demandes formulées par les résidents lors de réunions de priorisation des investissements auxquelles ils participent (alors que les professionnels envisageaient davantage d'améliorer le confort du mobilier). Ainsi, toutes les serrures des deux établissements ont été changées. A ce sujet, il est d'ailleurs intéressant de noter que cette résidente rencontrée évoque sa chambre comme une « maison » :

« Maintenant, on a tous notre clé pour rentrer dans le foyer, avant on ne pouvait rentrer dans notre maison, on devait sonner. Maintenant, on a les clés, on peut rentrer sans problème au foyer. »

Ainsi, ces initiatives font là-aussi apparaître toute l'importance du lien de confiance entretenu entre les différents acteurs de la relation d'aide et de formes de responsabilités partagées devant être soutenues et/ou renforcées. Elles nécessitent également de s'inscrire dans le temps long à travers l'instauration de modes d'intervention participatifs et adaptés à tous les résidents. Par ailleurs, ce type de démarche vient aussi (re)questionner les cultures et les pratiques professionnelles impliquant une vision partagée des accompagnements pouvant heurter des habitudes de travail. Comme l'exprime ce professionnel de l'établissement concerné :

« Ici, c'est l'internat, l'hébergement. Ici, là, ils sont chez eux. Au début, j'ai pas tout compris. Ça paraît idiot quand je le raconte. Au début, j'avais l'impression qu'il y avait des personnes accueillies ici sur mon lieu de travail. En fait, c'est pas ça, c'est moi qui intervient chez eux. J'ai mis du temps à comprendre. »

○ *Le chez-soi à l'échelle de la chambre individuelle*

Nous nous appuyons ici sur la définition du chez-soi telle que proposée par Pascal Dreyer⁷⁹ faisant apparaître **quatre motivations** inhérentes à cette notion : **la liberté, le confort, le bien-être et la prise de risque**. Pour l'auteur, le chez-soi est considéré comme un refuge constitué de repères autant matériels que symboliques. Ainsi, le chez-soi « est devenu au fil du temps la manifestation concrète et immatérielle des liens tissés de soi à soi, de soi avec les autres et avec le monde ». Cette définition vient éclairer plusieurs expériences vécues au sein des ESMS durant la crise sanitaire dont les effets semblent avoir renforcé la prise en compte.

En effet, de nombreux témoignages de résidents rencontrés au cours de la phase d'enquête font référence à l'importance de la chambre individuelle comme un espace à fois silencieux, de préservation de l'intimité et de l'identité, mais aussi comme lieu à soi propice au lien à soi. Comme l'exprime cette résidente d'un FAS :

« Je regarde la télé dans ma chambre. Ici [la pièce à vivre], pas tellement, parce que c'est trop de bruit. On peut pas avoir tout dans la vie. »

⁷⁹ DREYER Pascal, « Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie », *Gérontologie et société*, 2017/1 (vol. 39 / n° 152), p. 9-23.

Ou encore ce résident d'un Foyer d'hébergement lorsqu'il évoque ses échanges téléphoniques avec des proches : « *Par contre, je reste dans ma chambre pour téléphoner parce que comme ça, les autres n'entendent pas ce que je raconte.* »

La chambre individuelle se rapporte également à d'autres dimensions du chez-soi renvoyant à un lieu confortable et à un climat de sécurité, notamment en contexte de crise. Comme l'exprime cette résidente d'un FAS lors des périodes de confinement : « *On était toujours enfermés dans la chambre, mais on était bien dans la chambre. Je me sens bien dans la chambre. Y'a la télé, y'a tout confort.* »

Pour cette personne, on notera qu'il s'agit aussi d'un lieu propice aux confidences entre amis et d'un support renforçant l'autonomie décisionnelle : « *Le jeudi, je fais ma chambre toute seule, sans personne. Je suis assez autonome. J'aime bien être dans ma chambre, mais avec copine. Sa télé, elle marche pas. Elle vient regarder la télé avec moi, on papote [...] J'aime bien, c'est propre, c'est nickel, c'est pas sale. Par exemple, y'a certains résidents qui ne font pas la chambre seuls, ils sont pas autonomes. Et moi je suis encore plus autonome. Je me débrouille toute seule, sans personne.* »

Plus largement, renforcer les diverses composantes du chez-soi à l'échelle de l'espace de vie privée favorise également le respect du « droit à la solitude » choisie des personnes accueillies permettant la qualité d'un lien à soi (pouvant potentiellement améliorer les liens aux autres), des moments où ces derniers pourraient se « poser » quand le collectif devient « pesant ». Cette thématique d'intervention est très présente et apparaît en filigrane au cours des différents focus group conduits. Il pourrait s'agir de laisser du temps aux résidents de stabiliser leurs affects, leurs émotions afin de leur laisser une « place » ou une « bulle » propice au dialogue intérieur, aux souvenirs, et à l'imagination. Ainsi, pour cette résidente d'un Foyer d'hébergement : « *Moi, chaque fois, moi ce que je cherche c'est le calme. Alors moi ce que je fais pour trouver du calme, je m'isole dans ma chambre, devant la télé, devant la musique ou des trucs comme ça. Des fois, je croise du monde dans la ville ou quelque part d'autre. Parce que tu en as certains chez nous qui nous supportent pas.* »

○ ***Le renforcement du chez-soi à travers la « personnalisation » des chambres***

Le renforcement du chez-soi en ESMS se rapporte également à la personnalisation des chambres permettant notamment aux résidents de choisir leur mobilier, d'entreposer des objets familiers et des souvenirs (par exemple, des photographies), ou encore de disposer d'une décoration à leurs goûts. De très nombreux résidents l'ont valorisé durant la phase d'enquête. Comme l'exprimait cette résidente accueillie en Foyer d'hébergement : « *Ma chambre, moi je la range à ma façon, mon beau-père m'achète des trucs de temps en temps [...] Des fois, j'ai ma maman qui vient quand j'ai besoin de changer de meuble : évier, meuble télé ; les deux meubles, je vais les changer. Des fois j'appelle mon beau-papa, il travaille dans le sanitaire, il aime bien, il touche à tout comme on dit. La dernière fois, je lui*

ai demandé de venir m'installer le cadre où j'ai les photos de mon père et de mon chien. Il est venu un soir et il me l'a installé. J'ai redemandé y'a pas longtemps pour les meubles. J'ai changé toute ma déco récemment. »

Pour un résident accompagné au sein d'un EHPAD par exemple, c'est aussi une manière d'affirmer sa passion pour la musique de style « métal » : *« J'adore ça ! J'ai un grand poster avec des têtes de mort, et de l'autre côté, j'ai des groupes. »*

Dans le prolongement de ces différents éléments, plusieurs projets sont envisagés par les différents établissements concernés contribuant à renforcer le chez-soi au sein des structures, notamment à travers la mise en place de salle de bains et de toilettes individualisées (davantage au sein du secteur handicap), ainsi qu'une offre de chambres doubles (davantage au sein du secteur de l'âge).

Enfin, quelques points de vigilance sont néanmoins à souligner ayant trait aux différents modes d'habiter en ESMS, en particulier dans le secteur de l'âge. Plusieurs recherches conduites en sciences humaines et sociales mettent en évidence des vécus différenciés de la crise sanitaire des résidents d'EHPAD. L'article « Habiter en Ehpads au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement »⁸⁰ mené par une équipe de sociologues fait notamment état de multiples facteurs discriminants relevant à la fois des modalités de confinement mises en place par les structures, des ressources mobilisées, et de la trajectoire antérieure des personnes accueillies. Selon les auteurs, il convient donc de « prendre en compte l'ensemble des espaces pratiqués, voire imaginés » et pas seulement le logement. Ainsi, « distinguer ces modes d'habiter permet de saisir particulièrement bien la diversité des expériences des résidents : ceux qui « habitaient dans leur chambre » (voire parfois y résidaient seulement) ont vu peu de différences avec la vie d'avant ; ceux qui « habitaient l'Ehpads » ont eu le sentiment d'un emprisonnement, leur champ d'action se trouvant réduit aux confins de leur chambre avec l'interdiction de rencontrer les autres résidents et l'impossibilité de participer aux animations ; ceux qui « habitaient au-delà de l'Ehpads », aimaient en sortir et avaient les yeux rivés vers l'extérieur, ont été privés de cette liberté qui leur était chère. ».

Ces expériences hétérogènes que nous trouvons également à travers les échanges menés auprès des résidents rencontrés dans le secteur du handicap invitent donc à mettre en œuvre des réponses personnalisées en contexte d'urgence et ordinaire, mais également à renforcer la participation effective des personnes concernées aux décisions relatives à l'aménagement à des espaces de vie collectifs et individuels au sein des ESMS.

⁸⁰ BALARD F., CARADEC V., CASTRA M., et al., « Habiter en Ehpads au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/4 (n°141), p. 31-48.

▪ **Promouvoir le bien-être et la prise en compte de la santé mentale des personnes accueillies au sein des ESMS : conjuguer le « cure » et le « care »**

Précisons tout d'abord que si le *cure* désigne les actes de soins (interventions thérapeutiques destinées plutôt à guérir d'une maladie) et le *care* renvoie aux gestes de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, toilette...), les deux aspects s'entremêlent et impactent simultanément la santé des personnes accueillies. Ils sont donc à considérer dans une approche globale et complémentaire⁸¹. Aussi, parmi les principaux enseignements issus de l'enquête menée, valoriser l'implication des équipes soignantes au sein des activités liées à la vie quotidienne et à l'animation sociale, ainsi que leur investissement quant à la dimension relationnelle dans les actes de soins, notamment sein des établissements accueillant des personnes âgées, apparaît essentiel à maintenir et/ou à renforcer. Comme l'exprime cette animatrice d'un EHPAD :

« [...] D'autres [membres de l'équipe soignante] avaient besoin d'avoir un lien, ils jouaient au dada avec [les résidents]. C'est des choses bêtes, mais au bout d'un moment, le jeu était sorti. Il y a des filles qui ont continué à faire des décorations. Y'en a qui sont pas tous fait pour l'animation, mais le lien social aussi, c'est de montrer que ça vit et tout ça, donc des décorations qui étaient pas fait en temps normal dans les services et bah c'était fait tout le temps. En fait, les soignants font énormément de lien social sauf qu'ils ont... ils se donnent pas cette appellation-là parce qu'ils sont là pour le nursing et le quotidien, mais ils n'arrivent pas à se mettre en avant par rapport à ça. Moi je l'ai facile parce que c'est mon quotidien pour les familles, les résidents pour montrer qu'on n'est pas là pour mourir et qu'il y a une vie avant de passer l'arme à gauche entre guillemets, parce que concrètement quand on arrive en maison de retraite, on nous dit : « Bah voilà, je vais pas bien, je vais mourir ». Entre je vais mourir et ça : « On va faire des fêtes, on va rencontrer des gens, vous allez manger, vous allez connaître des soignants ». Moi c'est mon boulot, je sais très bien le faire parce que ça fait sept ans que je le fais et il faut dynamiser ça. Eux, ils le font au quotidien et ils ne savent pas le dire. »

Parmi l'ensemble des initiatives mises en place durant cette crise sanitaire, il faut aussi souligner que la prise en compte de la santé mentale a fréquemment été évoquée par les professionnels. Si cette dernière renvoie au cœur de métier de l'action sociale et médico-sociale, elle s'est amplifiée au cours de la période pandémique. Aussi, plusieurs de ces actions ont été valorisées par l'ensemble des acteurs impliqués et seraient à maintenir et/ou à renforcer en contexte d'urgence et ordinaire, en particulier :

-Les temps d'entretiens psychologiques en présentiel et/ou par téléphone et/ou en visioconférence. Pour certains résidents, il semblerait notamment que les appels téléphoniques soient davantage propices à la confiance. L'usage de la visioconférence permettrait également, pour les résidents retournés vivre au domicile leur(s) proche(s) et disposant de ce type d'équipement, de mettre en place ou poursuivre ce type d'accompagnement qui

⁸¹ MOL A., « Ce que soigner veut dire : Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix », Paris, Presses des Mines, 2009.

présentent toutefois des limites auprès des personnes dites « dyscommunicantes » (des outils de communication numériques en la matière pourraient être proposés ; la MAS retenue dans le cadre de la phase d'enquête a engagé un projet en ce sens, comme nous le verrons plus bas).

-Les activités sensorielles, de relaxation et de nursing. De nombreux résidents rencontrés ont fait part des bienfaits que leur procurent les salles Snoezelen en termes de gestion de l'anxiété et du stress, en particulier en période de crise. Plusieurs d'entre eux ont déclaré investir davantage ce type de lieu.

-La médiation animale à travers la mise à disposition de « chien d'accompagnement social » dans plusieurs établissements relevant du secteur handicap et de l'âge, ou encore l'équithérapie (uniquement proposée au sein des structures accueillant des adultes en situation de handicap, hors périodes de confinement). Comme nous l'avons vu, un EHPAD possède également un poulailler et des chèvres dont certains résidents apprécient de s'occuper. **Ces animaux présentent autant d'occasions et de motifs de sorties, de moments d'échanges entre l'ensemble des acteurs de la relation d'aide dans les ESMS comme au sein du territoire de vie.** Ils offrent également un rapport au toucher (que certains professionnels nomment la « câlinothérapie ») absent au plus fort de la crise sanitaire. Aussi, ils constituent autant une ressource pédagogique et éducative à destination des professionnels qu'ils confèrent aux personnes accueillies un rôle « d'accompagnateur ». Ces animaux, en particulier les chiens, sont d'ailleurs le plus souvent considérés comme des « collègues » à part entière ayant leur propre mission et planning de travail. Comme l'exprime cette professionnelle exerçant au sein d'un FAS :

« Et le fait que le chien a pris notre place, et ils se sont permis de faire des bisous, de câliner, et en plus il a été embauché pour ça. C'était un objectif au niveau de sa fiche de poste. C'était une demande. La câlinothérapie, ça fonctionne super bien avec lui. La sollicitation pour sortir, fallait jeter le compost, les biodéchets au coin de la rue, vider les bouteilles au coin de la rue. Le fait que le chien soit au bout de la laisse... C'est un élément moteur. Le fait qu'il y ait un chien, on rencontre une autre personne du quartier avec un chien obligatoirement. On discute. Les résidents sont fiers de le présenter aux personnes du quartier ou plus loin en fait [...] C'était prévu avant la crise Covid et il est venu pendant. Pour nous, c'est un vrai collègue. Il est considéré comme un collègue [...] Il a ses créneaux horaires. Ça responsabilise les résidents aussi, c'est leur dire : « Faites attention là, je suis à l'arrière du bâtiment, vous surveillez, faut pas qu'il sorte ». C'est des choses comme ça. Il faut vérifier que les portails soient fermés, y'a deux, trois personnes qui lui préparent la gamelle le matin, que le chien ait toujours de l'eau à dispo. Y'en a qui ont moins peur des chiens en extérieur. Qui ne sautent pas du trottoir quand ils croisent un autre chien. Il y a un résident, y'a deux ans, il pouvait pas tenir la laisse. Maintenant, il se balade avec le chien. »

Enquêteur : « Il y a des incidences de cet accompagnement sur les comportements des résidents concernés ? »

« Oui, on le retrouve sur l'alimentation. Le chien ne doit pas manger n'importe quoi. Les croquettes s'est fait pour lui, c'est bien équilibré. Et on a fait un projet avec une diététicienne. On a fait le rapprochement avec ça. L'équilibre alimentaire, comme quoi, ça pouvait nuire au chien que de manger n'importe quoi. On ne pouvait pas lui donner un croissant le matin. C'est sensibiliser la personne. Pareil pour l'accompagnement chez le vétérinaire par rapport à la prise de poids. Il fallait faire très attention par rapport à la prise de poids du chien, il avait changé de croquettes, donc toujours le même résident qui l'accompagnait. »

Ce type d'accompagnement a également été cité au sein d'ESMS relevant d'une autre association gestionnaire accueillant des personnes en situation handicap (secteur enfance et adulte), dont certaines initiatives autour de la zoothérapie ont été particulièrement valorisées. Comme l'évoque cette professionnelle exerçant principalement au sein du secteur enfance mais dont l'un des ateliers dont cette dernière est responsable porte sur des actions transversales à l'échelle de l'organisme gestionnaire :

« Mais y'a plein de choses sur la médiation animale, moi j'ai commencé avec la médiation animale on me disait : « Pff..., ça fait quoi ». Bah la jeune qui est partie en Belgique elle a eu des gros soucis de comportement dû à sa situation, quand on lui donnait son animal préféré, c'était un lapin, donc je faisais ça ici, et la zoothérapeute lui donnait un lapin, c'est incroyable comment ça pouvait la calmer, la poser. Maintenant je fais ça avec une ferme, c'est encore plus dynamisant, parce que du coup c'est jamais la même chose et l'animatrice est vraiment très bien, elle essaie toujours de trouver des... Bon, y'a des apprentissages : Qu'est-ce que ça mange une tortue quand elle doit manger ? Il y a du poivron, de la salade [...] J'ai une femme [personne accompagnée] avec moi, elle adore les animaux, mais elle arrive pas à maîtriser son geste donc quand elle appuie sur un lapin, faut être à coté pour lui dire : « On fait attention, là c'était trop fort ». Y'en a d'autres, le jeune que j'ai eu au début qui est posé maintenant, c'est pareil, des fois c'était presque de l'agressivité. Donc on travaille sur le respect de l'animal, c'est aussi des rencontres à l'extérieur, de la socialisation. Des fois on rencontre des enfants, là c'est le cas, y'a des écoles qui viennent aussi... y'a plein de choses avec des activités comme ça et pourtant y'a pas de production. La motricité fine aussi... Par exemple, ils vont ramasser les œufs des poules. Y'en a une qui a des grosses difficultés, ramasser l'œuf, entrer dans un enclos, donner à manger à des lapins, se baisser pour lui donner des graines. Ça développe la confiance en soi. Pour cette jeune femme entre autres, la motricité, y'a une évolution à ce niveau là. On la valorise, on lui dit : « Voilà, c'est bien ce que tu as fait » [...] Moi je vais faire une formation de zoothérapeute parce que franchement ça me plaît beaucoup [...] Le jeune que j'avais là, je faisais de la médiation le mardi matin, il venait que le mardi après-midi, la zoothérapeute habite dans le coin et je lui ai demandé, c'est quelqu'un d'extra, on allait jusque chez elle. Elle nous prêtait le chien, on allait se promener dans le village avec. Le gamin avait un comportement complètement différent, posé. »

Ces initiatives seraient à maintenir et/ou à renforcer en contexte d'urgence comme ordinaire, elles mobilisent en effet plusieurs stratégies d'intervention répondant à de multiples critères qualité des actions en promotion en santé, telles que le développement des aptitudes individuelles et des compétences psychosociales des personnes accompagnées, la réorientation des services au bénéfice d'une meilleure prise en compte des besoins des populations concernées, ou encore l'ouverture de l'établissement sur le milieu ordinaire. En tant que vecteur de socialisation, les projets autour de la médiation animale favorisent autant le bien-être et la qualité de vie des résidents qu'ils participent au renforcement des liens sociaux de ces derniers au sein comme à l'extérieur de la structure. On constate également que ces actions contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé en démontrant des effets positifs auprès des personnes présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement importants ou encore des difficultés de motricité qu'elles semblent cibler davantage. Une autre illustration peut ici en être apportée à travers la sollicitation, au cours de la crise sanitaire, d'un chien appartenant à un éducateur en charge des activités physiques et sportives au sein d'ESMS du secteur handicap :

« C'est son chien à lui [un professionnel des établissements concernés], il a demandé à la Direction. C'est faire attention à elle. Pendant le Covid, ils vont se concentrer sur l'animal. Un gamin qui a des difficultés à marcher, avec un animal, il va marcher beaucoup plus facilement. Je vois la petite jeune que j'accompagne, c'est pas forcément qu'elle a des difficultés de motricité mais elle aime pas marcher de toute façon, dans sa famille, elle est pas stimulée à ce niveau-là, bah si elle a le chien, c'est nettement mieux [...] Avec les chiens, un jeune qui était dans mon groupe qui avait un manque de confiance en lui c'était flagrant. Et quand on allait promener le chien, le chien sert à tous les niveaux, le chien avait bien compris. Donc il avait un petit chien et il a bien compris que ce jeune n'avait pas d'autorité, il s'entourait autour de lui, c'était assez... On travaillait là-dessus : « Faut que tu fasses attention, c'est toi le chef, c'est pas lui ». Voilà, des choses comme ça pour qu'il ait plus d'autorité, voilà, au niveau de son comportement... plein de choses. » (Professionnelle du secteur handicap)

Par ailleurs, il faut aussi souligner que plusieurs membres des équipes accompagnantes d'un EHPAD retenu ont cité l'usage de « chiens et chats robots interactifs » comme objet de médiation transitionnelle. L'un des résidents nous a confié disposer de l'un de ces chats : *« Moi, j'en ai un. On dirait un chat, un vrai ! Ca miaule, ça bouge et tout, impeccable ! Le chat, je lui donne à manger... comme ça, il est content [...] Je l'ai dans la chambre. Après la musique, je le ramène là, il est tout content. Toute la nuit, je dors avec [...] Je préférerai les vrais ! Je fais quand même attention, et là, il est tout content ! ».*

Si l'étude n'a pas permis d'approfondir l'intérêt de ces « animaux robots interactifs », leur usage a été cependant valorisé par des représentants de l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués. Il semblerait qu'ils permettent à des résidents présentant des troubles cognitifs importants de compenser, dans une bien moindre mesure que la médiation animale « vivante », un sentiment de solitude subie et favoriseraient le dialogue entre personnes accueillies (quand ces dernières assument cet usage).

Enfin, parmi les éléments transversaux qui émergent des initiatives menées autour de la prise en compte de la santé mentale et plus largement du bien-être des personnes accompagnées au sein de ces ESMS durant la crise sanitaire, il faut souligner que les professionnels rencontrés ont valorisé de manière récurrente l'attention et l'écoute actives (observations des réactions, des émotions, des comportements...) portées aux résidents ; l'importance des projets permettant la créativité, suscitant la confiance en soi, l'estime de soi, en particulier à travers la pratique d'activités manuelles (le bricolage, la décoration par exemple) et artistiques (la peinture, le dessin, le chant...) ; ainsi que l'intérêt renforcé pour les activités contribuant à l'envie de prendre soin de soi (ateliers de relaxation ou encore de « maquillage » à destination de résidentes d'EHPAD, soins de nursing...).

DANS UN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, MAINTENIR ET/OU RENFORCER LES LIENS ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA RELATION D'AIDE : CONJUGUER « L'ALLER VERS » ET LES INTERACTIONS SOCIALES A « DISTANCE »

Si nous avons vu que les initiatives menées promouvant le vivre ensemble et le chez-soi au sein des ESMS relevaient principalement de processus liés aux effets révélateurs et accélérateurs de la crise sanitaire sur des pratiques et des projets engagés et/ou envisagés antérieurement, celles conduites autour du maintien des liens à « distance » entre l'ensemble des acteurs de la relation d'aide renvoient davantage à des effets générateurs induits par le contexte de crise.

▪ Quelques caractéristiques générales autour des représentants de famille rencontrés

Tout d'abord, il convient de préciser que le nombre de personnes accompagnées retournées vivre au domicile de leur famille durant la période pandémique est très minoritaire parmi l'ensemble des personnes accueillies au sein des ESMS retenus. Pour les structures relevant du champ du handicap, il s'agit surtout de celles bénéficiant avant la situation de crise d'un accompagnement en externat et/ou en accueil de jour, ou rentrant régulièrement en famille le week-end. Il faut toutefois noter que certains parents ont souhaité le retour de leur enfant à leur domicile, en particulier durant le premier confinement, le plus souvent par crainte d'une contamination au sein de l'établissement. Aussi, parmi l'ensemble des parents rencontrés, une majorité d'entre eux vit en couple. Il s'agit principalement de personnes retraitées, travaillant à temps partiel (ici, les aidantes sont principalement concernées) ou sans emploi.

De manière générale, les propos tenus par ces derniers au cours des focus group renvoient principalement à des expériences vécues, pour reprendre la typologie proposée par le sociologue Vincent Caradec, sous l'angle de « aide-engagement »⁸² marquée par l'affection et

⁸² CARADEC V., 2009, « Vieillir, un fardeau pour les proches ? », *Lien social et Politiques*

le devoir où l'ampleur de l'aide donnée est forte et implique une présence quotidienne. Si des difficultés et des formes de lassitude sont parfois exprimées, la situation vécue se rapporte avant tout à la notion d'engagement donnant sens à la relation d'aide. Celle-ci reste toutefois à appréhender comme un processus dans la mesure où selon circonstances, la situation peut être vécue de manière contrastée, tantôt sous des aspects négatifs (fatigue, manque de disponibilité pour soi, inquiétudes face à une potentielle contamination...), tantôt sur des aspects plus positifs (davantage de moments partagés, satisfaction de l'aide apportée...). Concernant les EHPAD, tous les résidents rencontrés sont restés au sein de l'établissement durant les confinements. Certains d'entre eux ont cependant pu passer un court séjour chez un enfant dès lors que ces sorties étaient permises en exprimant toutefois des réticences quant à l'obligation de s'isoler en chambre à leur retour en établissement (durant une période de sept jours pour l'un des EHPAD retenus).

Aussi, afin de maintenir les liens entre les personnes accompagnées et les familles concernées, de nombreuses initiatives menées au sein des structures retenues portent principalement sur l'usage d'appels téléphoniques ponctuels ou réguliers ; le développement d'outils de communication et de réseaux sociaux numériques, ou encore sur la mise en place de visites à domicile. Nous verrons que certaines d'entre elles peuvent se rapprocher de la démarche nommée « l'aller vers ».

▪ L'émergence d'une démarche d'« aller vers » en ESMS en contexte pandémique

Selon les auteurs du rapport du Haut Conseil du Travail Social⁸³ relatif aux « pratiques émergentes du travail social et du développement social », si les pratiques d'« aller vers » se sont fortement déployées au cours de la crise sanitaire dans les champs de l'action sociale et médico-sociale, la notion ne fait pas l'objet d'une définition stabilisée. **Elle repose donc moins sur une théorie que sur des retours d'expérience.** Ils proposent toutefois d'en dresser « quelques contours » que nous reprendrons ici. En s'appuyant sur un « référentiel de missions et d'évaluation » ayant trait aux maraudes et aux Samu sociaux, les auteurs soulignent l'importance, d'une part, d'établir « **une relation de confiance réciproque** en s'assurant du **respect de la temporalité et du projet de vie de la personne** ». D'autre part, ils indiquent que cette approche implique « un changement de rapport entre les professionnels et les personnes accompagnées et une reconnaissance mutuelle des savoirs ». Dans ce cadre, **l'intervenant initie la rencontre et la mise en relation nécessitant un déplacement physique « hors les murs » vers les différents lieux de vie des personnes accompagnées ou virtuel par des échanges téléphoniques, de mails, des visioconférences, etc., sans pour autant que ces dernières en aient formulé la demande.** Dès lors, il s'agit pour les professionnels d'adopter « une posture relationnelle d'ouverture vers la personne dans ce qu'elle est globalement et sans jugement a priori ». Les auteurs rapprochent cette posture à la notion de « **juste proximité** » permettant « *de ne pas se substituer à l'autre et donc de reconnaître ses capacités et de lui permettre de faire, de réaliser ses potentiels. Mais, en même temps, elle évite de le laisser se débrouiller tout seul, de lui faire croire qu'on le laisse tomber, c'est être là avec lui, sans l'étouffer ni le nier. [...] La juste proximité permet de s'entendre et de se comprendre, c'est-à-dire d'articuler la compétence du professionnel,*

⁸³ Haut Conseil du Travail Social, 2021, *Pratiques émergentes du travail social et du développement social*.

acquise par sa formation et son savoir-faire et la connaissance de l'utilisateur issue de son expérience vécue. D'autres parlent d'expertise savante et d'expertise expérientielle. Savoir et vécu ne se télescopent pas, ils se complètent dans cette juste proximité qui leur permet de se mettre en rapport, y compris de manière conflictuelle »⁸⁴. Ainsi, si ces démarches sont pensées pour « alléger les contraintes institutionnelles et assouplir les dispositifs », elles impliquent une composante éthique face au risque d'imposer « des formes de contraintes implicites » aux personnes, face à la tension entre le « respect du libre arbitre et le mandat » des professionnels, mais également face à des personnes s'y opposant ou exprimant le souhait d'une « respiration » dans l'accompagnement déjà proposé.

Dans cette perspective, selon les mêmes auteurs, les premiers temps de la crise sanitaire ont engendré une simplification des procédures et des circuits administratifs, ainsi qu'une moindre tension exercée sur les équipes accompagnantes en matière de bureaucratie favorisant la mise en œuvre de nouvelles pratiques ayant trait au maintien des liens « à distance » entre les différentes catégories d'acteurs impliquées dont les initiatives rassemblées dans cette partie font écho.

- **Des initiatives contribuant au maintien des liens sociaux à « distance » : les envois de courriers par voie postale et les usages du téléphone mobile et fixe**

- *Les envois de courriers par voie postale*

Parmi les différentes modalités mises œuvre par les ESMS retenus afin de maintenir les liens entre les résidents restés en établissement et leurs proches aidants, ainsi qu'auprès des personnes accompagnées retournées vivre au domicile de leur famille, les envois de courriers par voie postale ou numérique (nous reviendrons plus en détail sur cette dernière option) ont été valorisés par les différentes catégories d'acteurs impliqués. Au-delà de la transmission d'informations ayant trait aux protocoles et mesures sanitaires en vigueur, ces envois pouvaient prendre diverses formes comme des lettres, des cartes auxquels pouvaient être associés des photos illustrant la vie de la structure et les activités proposées. Selon les échanges conduits au sein des différents focus group, outre le maintien des liens offrant un soutien moral entre l'ensemble de ces acteurs, ces initiatives ont d'une part contribué à atténuer les effets anxieux liés au contexte sanitaire ressentis par les résidents à travers leur participation à la réalisation de ces courriers (en mobilisant par exemple des outils FALC) les rendant acteurs de la situation et non en la subissant. D'autre part, elles ont (beaucoup) rassuré les familles quant au quotidien de leur proche au sein de l'établissement. Tout comme les appels téléphoniques ou encore les visites à domicile, les envois de courriers postaux permettaient également de maintenir les liens entre les personnes accueillies en ESMS ne maîtrisant pas les outils numériques et leur(s) proche(s) aidant(s). Comme l'évoque ce professionnel œuvrant au sein d'une MAS :

⁸⁴ JANVIER R., 2018, « Quel « aller vers » et « faire ensemble » avec les usagers ? », Intervention aux journées régionales de l'ANPAA cité par le Haut Conseil du Travail Social, 2021, *Pratiques émergentes du travail social et du développement social*.

« Je considère qu'aujourd'hui, en termes de lien, de communication entre les gens, c'est-à-dire entre les résidents et les gens qui gravitent autour, en fait, on a eu une multitude de liens et de biais, on a été jusqu'à créer des lettres... Je sais qu'avec une résidente, on a fait des lettres en FALC qu'on envoyait à ses petits-neveux qui étaient à Strasbourg. Ses petits-neveux lisaient... On les faisait avec des pictos, des images, ils lui répondaient, etc. »

○ ***Les usages du téléphone portable et fixe en contexte d'urgence et ordinaire***

Si les appels téléphoniques préexistaient au contexte de crise sanitaire, les échanges étaient plus succincts et principalement « utilitaires »⁸⁵ (prise de rendez-vous, demande d'informations dans le cadre des accompagnements proposés...). Durant cette période pandémique, ils étaient à la fois plus longs et plus investis par les professionnels destinés notamment à recueillir la parole et le vécu de la situation des personnes accompagnées (même si tous les acteurs concernés s'accordent à dire qu'ils ne remplacent pas une rencontre « physique »). Inversement, ces appels permettaient également aux résidents et aux familles d'interpeller les professionnels sur des temps moins formels, moins « institutionnalisés ». Ce professionnel d'un Foyer d'hébergement l'exprimait ainsi :

« Je pense que le Covid a renchéri, a poussé à l'utiliser [le téléphone]. Et que maintenant ça a un effet quand même... Et pourtant on a des résidents qui sont dans leur chambre et qui vous envoient des messages ! On en a le dimanche midi qui nous appellent, qui sont dans le bâtiment juste à côté : « On fait l'apéro ? ». On a un résident, c'est ça : Il nous appelle tous les dimanches midis et : « On fait l'apéro ? ». Alors... : « Bah, tu descends et tu prépares, y'a pas de souci ! ». On a même pour certains l'effet inverse, à un moment donné, c'est « je me déplace même plus ». Il téléphone à un éducateur qui est à cinquante mètres plus bas quoi. Pour certains, c'est plutôt dans ce sens. »

De nombreux témoignages de professionnels font référence à cet outil comme un moyen de « fluidifier » les accompagnements autant qu'à renforcer le droit de choisir et les capacités d'agir des résidents. Ainsi, des échanges d'informations ont lieu via des appels téléphoniques et/ou l'envoi de sms entre les membres des équipes accompagnantes et les personnes accueillies où ces dernières font part de leur positionnement quant aux activités proposées ou encore de possibles imprévus quand elles souhaitent y participer. Comme l'illustre cet extrait issu d'un focus group mené auprès de professionnels d'ESMS accueillant des adultes en situation de handicap :

Mr U. : « Comme on a plus de temps [durant les premières semaines du déconfinement de mai 2020], tout le monde est plus zen. Et d'autres relations qui se tissent, par exemple des personnes qui n'osent... Alors moi je veux être sûr que les personnes soient là [lors de sorties urbaines à pied ou à vélo]... Je vais pas aller en ville si les personnes ne sont pas là. Donc du coup, je donne mon numéro de téléphone, des choses, on s'envoie des sms. Ils envoient des sms, ça marchaient comme ça. Ca, c'est quand on parle de relations. Mon vécu. Ca a

⁸⁵ DUBASQUE D., « Comment la crise liée au Covid-19 a bouleversé les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et posé la question de leur devenir », *op.cit.*

fonctionné comme ça. Et c'est assez étonnant, je pense à une résidente par exemple, elle continue aujourd'hui [...] La semaine dernière, elle m'envoie un sms le mardi pour me dire : « Je peux pas venir à l'entraînement de foot parce que j'ai oublié mes affaires ! » Et ça, ça n'existait pas avant ! »

*Mme J. : « Ca revient à placer la personne en tant qu'acteur, à un moment donné, au-delà de l'engagement, c'est quand même elle qui fait la démarche. Et nous, quand tu cites cet exemple-là, je pense à un résident sur le FME [l'appartement mobilisé pour des externes et un interne du foyer de vie, cité plus haut] quand on l'a eu où depuis il m'a envoyé un message pour me dire : « Tel jour, je ne serai pas là, mes parents ne peuvent pas m'emmener ». Je me dis : « Ah d'accord, info vraie, pas vraie ? ». Dix minutes après, message des parents : « Ah bah, il ne sera pas là, excusez nous ». Ou : « Je prépare le menu pour la semaine prochaine, je vois avec mes parents si on peut aller cueillir des cerises dans les arbres ». **Ca place la personne autrement. Et après, ça revient à mettre en cause tous les fondements des projets individualisés qu'on a sur la grosse collectivité.** »*

Il faut préciser que le résident concerné présente des troubles importants du langage oral et qu'il mobilise davantage son téléphone portable afin de communiquer avec les professionnels mais aussi avec ses proches, notamment par l'envoi de sms ou encore de photos via des applications numériques. Selon sa mère, rencontrée dans le cadre de la phase d'enquête : « *Il cause plus avec son portable, alors que quand il rentre le soir à la maison, il n'y a plus rien, on ne peut plus rien savoir avec lui [...] Bah, depuis qu'il a son téléphone, et ce matin il est parti en colère, je vous dis pas... Le temps de son trajet on a eu deux messages. Cinq minutes après, il y avait un message. Quand il est en colère maintenant, on a le droit aux messages.* »

Cette « autre » manière de communiquer suscite toutefois l'incompréhension de ces parents. Sa mère s'en est d'ailleurs entretenue avec un psychologue (hors établissement) : « *J'en ai parlé au psy, puisqu'il a été au psy (pas ici hein). Je l'emmène. Le psy m'a répondu : « Vous savez, même à la maison il peut communiquer... ». Je lui dis : « Il n'est pas question qu'il communique avec son portable à la maison ! » Pour moi, il n'est pas question. Il est là, il a qu'à nous parler.* »

Si cette situation est particulière parmi l'ensemble des résidents enquêtés, pour certains d'entre eux (principalement au sein du secteur handicap) le contexte sanitaire a été l'occasion de découvrir les applications mobiles. Comme l'exprime ce résident d'un Foyer de vie :

« Moi aussi j'avais une petite vidéo pour voir... Avec Mme. M, l'ancienne éducatrice qui était là, elle m'a passé son portable et j'ai fait un petit coucou à ma grand-mère. »

Enquêteur : « Vous avez apprécié ? »

« Ah ouais, oh oui ! Quand tu la vois par vidéo et qu'elle fait... oh là là ! C'est impressionnant ! Ah ouais ! »

Au sein des EHPAD retenus, les professionnels rencontrés ont surtout fait part d'une plus grande intensité des échanges téléphoniques auprès des familles des résidents. Si ces appels étaient passés auprès de l'ensemble des catégories du personnel, les animatrices étaient le plus souvent sollicitées. L'objet de ces échanges consistait très majoritairement à rassurer les familles sur l'état de santé de leur proche. Aussi, ces appels pouvaient être donnés par téléphone fixe et mobile. En effet, de nombreux membres des équipes accompagnantes ont transmis leur numéro de téléphone portable professionnel, parfois leur numéro personnel afin de permettre aux personnes accompagnées et/ou à leurs proches de les solliciter autrement, d'« aller vers » eux. Plusieurs éléments complémentaires concernant les usages du téléphone fixe et mobile sont toutefois à souligner :

→ Pour les professionnels des deux secteurs, il s'agirait de maintenir et/ou de renforcer ces pratiques tout en veillant au risque d'une « sur-sollicitation » pouvant empiéter sur leur vie personnelle. Comme l'évoque cet éducateur spécialisé intervenant au sein du secteur handicap :

« Le lien téléphonique se faisant finalement sur un rythme particulier qui fait que maintenant aujourd'hui, tous les parents ont mon numéro de portable, et là par contre y'a une continuité. Et là, le dimanche soir, je suis sûr que j'ai deux coups de fil. Et comme je ne sais pas ne pas répondre, parce que je me dis que si on m'appelle c'est qu'il y a un problème et qu'il va falloir régler le problème et que je préfère l'anticiper plutôt que de le régler le lundi matin, donc tout ça, ça a énormément évolué. »

→ Au regard des effets positifs évoqués par une très large majorité des acteurs impliqués autour de l'utilisation des téléphones portables et de leurs différentes applications mobiles, des accompagnements spécifiques pourraient être proposés aux personnes accompagnées sur les deux champs d'intervention permettant de diffuser les utilisations possibles de ces appareils et/ou de les renforcer. Ces accompagnements pourraient également intégrer les représentants de famille qui le souhaitent.

Concernant plus largement les résidents d'ESMS, il pourrait être envisagé d'une part, de renforcer et/ou développer l'offre de téléphones fixes en chambre, notamment à destination des personnes âgées vivant en EHPAD et/ou des personnes handicapées vieillissantes à travers l'accessibilité du prix de l'abonnement quand ce dernier n'est pas pris en charge par l'établissement. Il faut toutefois préciser que pour certains résidents, payer son propre abonnement téléphonique fait sens et peut renvoyer à une forme d'autonomie décisionnelle.

D'autre part, d'un point de vue qualitatif, cette offre pourrait être renforcée par l'adaptation des différentes fonctionnalités de l'appareil (touches de taille importante, puissance des haut-parleurs, fonction « mains-libres », éclairage de l'écran, simplification des appels en visioconférence, photos associées aux contacts privilégiés...).

Néanmoins, parmi l'ensemble des résidents rencontrés, une majorité d'entre eux n'exprime pas de demande particulière en matière de fonctionnalités supplémentaires liée à leur usage du téléphone fixe, et ne souhaitent pas disposer d'un téléphone portable.

- **Des initiatives contribuant au maintien des liens sociaux à « distance » : les usages des outils de communication et des réseaux sociaux numériques à l'échelle individuelle et collective**

En écho à plusieurs études et recherches menées depuis le début de la crise sanitaire au sein des ESMS, les différentes catégories d'acteurs impliqués au sein des établissements retenus ont également fait état du développement des outils de communication et d'applications numériques. Si les deux secteurs sont concernés, ces outils et ces applications sont variés et font l'objet de pratiques différenciées. Certains d'entre eux ont notamment été déployés durant les différents confinements mais leurs usages tendent globalement à diminuer (par exemple, l'utilisation des tablettes destinées aux visioconférences entre les résidents et leurs proches). Pour d'autres, leur mobilisation s'est amplifiée (l'usage de Facebook dans certains établissements relevant du champ du handicap, par exemple) et/ou le renforcement est envisagé (l'application Familizz en EHPAD que nous verrons plus bas). De manière générale, on notera que les supports principalement utilisés sont les ordinateurs fixes et les tablettes destinées principalement aux visioconférences. Parmi les applications numériques les plus mobilisées (ayant également comme support le téléphone portable) figurent Skype, Messenger, Whatsapp, Teams, Zoom, Snapchat, ou encore Facetime.

- ***L'intégration d'outils de communication et d'applications numériques au sein de stratégies d'intervention complémentaires : focus sur un EHPAD retenu***

Aussi, l'utilisation de ces outils de communication et applications numériques s'intègre dans un contexte global propre à chaque établissement et s'inscrit au sein de stratégies d'intervention à la fois progressives et complémentaires se rapportant à des enjeux préexistants à la crise sanitaire. L'expérience de l'un des EHPAD retenus (mais dont les parallèles sont nombreux entre les deux établissements accueillant des personnes âgées) vient illustrer combien ce contexte de crise est venue réinterroger la place et le rôle des familles dans la vie de l'établissement. C'est ainsi que le rappelle cette professionnelle membre de l'équipe d'encadrement :

« L'épisode a été compliqué quand on a dû suspendre les visites des familles. Ca a été compliqué pour les résidents, mais on a su maintenir le lien par plein d'initiatives innovantes. C'était la première phase qui a été compliquée, car les familles n'ont pas pu rentrer et les visites ont été suspendues, donc on a été en vase clos. Là, on s'est tous réunis : qu'est-ce qu'on va faire pour éviter que les résidents et les familles aussi vivent cette période difficile. Qu'est-ce qu'on allait faire pour garder ce contact malgré tout ? »

Dans cette perspective, plusieurs étapes ont été identifiées par les professionnels dans la mise en place de ces initiatives permettant de maintenir les liens à « à distance » entre les résidents et leurs proches. La première d'entre elles porte sur l'instauration de visites aux fenêtres :

« On les postait devant les fenêtres, en disant : « Ok, venez, pas de problème, on va mettre votre parent devant la fenêtre et comme ça, vous lui ferez un coucou ». Sauf que c'est pas adapté à tous les endroits. Y'en a qui viennent encore [...] On avait des visites surveillées à cette époque-là et les gens devaient venir en bas pour voir leur famille. Donc ils allaient sur la colline en face pour faire un coucou à leur maman. Je me suis rendu compte de ça parce que j'étais avec la dame, je lui disais : « Mais qu'est-ce que vous faites ? Mais c'est pas possible ». En communiquant avec, je lui ai dit : « Mais venez avec nous, on va descendre, on va aller les voir et tout ça ». La famille était surprise que j'étais dans la chambre que je discute avec, qu'ils se rendent compte qu'ils venaient à l'arrière. Je lui disais que le lien n'était pas qu'avec sa maman, il est avec tout le monde. Ces gens-là, on a appris à travailler ensemble, à faire du lien. Donc maintenant, dès qu'elle part en vacances, elle me téléphone pour savoir si je suis là pour créer le lien. Elle fait ses vacances en fonction des miennes, c'est magnifique ! » (Animatrice au sein de cet EHPAD)

Des aménagements progressifs vont s'instaurer où les visites seront programmées sous la forme de rendez-vous (dans des délais impartis) à l'extérieur puis à l'intérieur de la structure. Comme l'ajoute cette professionnelle de l'équipe d'encadrement :

« Je tenais des agendas, pour Mme D. [animatrice], c'était parfois compliqué, on rappelait quand une famille se désistait pour vraiment essayer de répondre à leur demande. Ca a été notre objectif au quotidien. On a été amené à entendre leur souffrance, mais aussi toute leur vie, parce qu'on savait ce qu'ils faisaient au travail, on savait leurs horaires, quand ils allaient au sport, quand il n'y allait pas, quand tout était fermé aussi... **Je veux dire, on n'est pas nous rentré dans la vie privée des familles, mais c'est les familles qui nous ont confié beaucoup de choses, parce qu'ils étaient en souffrance.** Et ils savaient compter sur nous pour qu'on puisse maintenir ce lien-là. »

On constate alors que ces diverses adaptations liées au contexte spécifique de la crise sanitaire vont contribuer au renforcement de la prise en compte des attentes et des demandes exprimées par les familles et à un début d'alliance entre ces acteurs de la relation d'aide. Les différentes formes de visites programmées nécessitant des contacts téléphoniques réguliers entre les professionnels et les proches familiaux vont notamment favoriser l'instauration d'un lien de confiance : « [...] On a gagné énormément sur la communication avec les familles et le lien de confiance. » (Membre de l'équipe d'encadrement)

Dans un second temps, l'établissement va mettre en place des outils de communication et des applications numériques, ainsi que l'équipement informatique nécessaire afin de proposer des visioconférences entre les résidents et leurs proches. Comme le précise cette professionnelle exerçant au sein de l'établissement :

« **Et la deuxième chose, on a développé les modes de communication plus numériques, les tablettes, le skype et tout ça.** Pareil, on a été jusqu'à entre guillemets former. Y'a des familles

*qui venaient à l'accueil, et on installait –enfin, c'est surtout Mme D. [animatrice]-, elle installait les applis, parce que personne ne connaissait le fonctionnement. Personne ne savait jusqu'à ce moment les utiliser ! **On avait, c'est vrai, une ou deux résidentes qui utilisaient bien avant le Covid cet outil-là parce que les enfants ont toujours été loin, donc c'était le seul mode de communication, entre autres. Mais il a fallu développer rapidement ces modes de communication. On a dû monter des projets aussi pour monter des tablettes, le wifi [...]** Et c'est vrai que rapidement, en attendant d'avoir tous ces systèmes-là, c'était des photos qu'on envoyait aux familles. **Des familles qui nous envoyaient des photos, des courriers, des dessins. On a déployé un maximum de choses pour déployer ce lien, même si c'était strictement interdit, il n'avait rien le droit de ramener, que certaines familles entretenaient le linge, on acceptait que ce soit des gâteaux emballés. Toute l'équipe, on avait en tête de maintenir ce lien quitte à déployer tout ce qu'on avait à déployer au fur et à mesure des propositions des familles et autres pour pouvoir répondre aux résidents et aux familles.** »*

Cette démarche globale d'« aller vers » les familles intensifiée en situation d'urgence va engendrer une forte réactivité des professionnels et une réorientation des services soutenue par l'équipe de Direction et d'encadrement contribuant à faire évoluer les pratiques vers une approche plus personnalisée des accompagnements incluant notamment une meilleure connaissance du réseau d'entraide familial :

*« J'ai clairement changé ma façon de faire depuis la crise Covid. **On était plus sur le lien social et la communication avec les familles**, rassurer les résidents et les occuper aussi. C'était ma mission première, on a travaillé avec toute l'équipe soignante [...] **Moi je ne connaissais pas les familles, moi je peux vous faire des projets de vie sur chaque résident avec chaque résident, avec chaque famille, chaque petits-enfants. Encore maintenant !** » (Animatrice au sein de l'établissement)*

C'est donc toute une diversité de moyens de communication qui seront mis à disposition des résidents et de leurs proches familiaux. Ces derniers se saisiront d'ailleurs des différentes modalités proposées. Comme l'illustre cet extrait issu du focus group dédié aux représentants de famille au sein de cet établissement :

*« Mme H. : **Moi c'était le téléphone, et comme elle habitait au 1^{er} étage de l'autre coté, on se voyait par la fenêtre.** Je venais la voir, mais bon, on pouvait pas communiquer parce que les fenêtres ne s'ouvraient pas. »*

Enquêteur : « Vous êtes toutes venues aux fenêtres ? »

*Mme C. : Enfin quand moi je passais, je lui disais bonjour dans la voiture, on se verra la prochaine fois. Parce que j'habite pas loin. Mais non, **on l'avait beaucoup par téléphone, mais j'ai une maman qui a toute sa tête. Donc bon, elle a 91ans, mais elle a toute sa tête donc du coup, on a bien pu échanger avec elle, et elle était contente d'avoir les petits-enfants. Elle voyait toute la famille en visio.** »*

Mme B. : « Je voyais à la fenêtre. On passait par derrière, on voyait la maman marcher encore, ma maman pouvait marcher et se tenir debout, ils étaient à la fenêtre. Ils téléphonaient pour dire : « Je suis en bas ». Je passais tous les jours, j'habite à côté. »

Du côté des résidents rencontrés au sein de cet EHPAD, les visioconférences ont surtout été mobilisées durant les confinements (notamment le premier) dont les tablettes restent les supports privilégiés. Comme le déclare cette personne accueillie :

« Au début du confinement, j'avais la tablette. Mme D., elle faisait la tablette, et je leur parlais [à ses proches]. Le premier confinement, pas le deuxième. On pouvait pas sortir, on pouvait pas voir quelqu'un, parler à quelqu'un. Bien sûr, l'aide-soignante, elle vient nous parler, on parle, mais après ils ont des autres tâches. »

Il faut souligner que peu très d'entre eux utilisent la tablette seuls, ils sont le plus souvent accompagnés par les professionnels (en particulier, l'animatrice) au début et à la fin de la visioconférence. De manière générale, les personnes accueillies ayant eu recours à ce mode de communication le sollicitait afin de prendre des nouvelles de leurs proches (en s'assurant notamment de leur bon état de santé), et plus largement pour maintenir un lien avec le monde extérieur. C'est notamment ce qui ressort des propos de cette résidente :

Enquêteur : « Est-ce que vous utilisiez les tablettes avant la crise Covid ? »

Mme U. : « Non. C'est tout nouveau, du premier confinement. La tablette était sur la table, je discutais. Ma petite-fille, elle disait bonjour, etc. On se voyait. »

Enquêteur : « C'était satisfaisant pour vous ? »

Mme U. : « Oui. Très intéressant ! Le plus, c'est parce qu'on pouvait discuter. Vous savez, parler de comment ça va dehors, tout ça. Je dis [à sa petite fille]: « T'es pas malade, heureusement ! ». Personne de la famille était malade, c'était bien. Nous, on était pas malade. C'était pas une maladie qu'on avait ici, c'était juste le nez qui coulait qu'on avait peur d'attraper le Covid, c'est tout. »

Enquêteur : Ca permettait de vous rassurer par rapport à vos proches et d'avoir des nouvelles de tout le monde ?

Mme U. : « Oui, voilà. Et puis, ils me demandaient si moi j'étais pas bien. Je dis : « Bah écoute, je suis pas mal, et puis on est enfermé comme une cage à lapins » (rires). Comme une cage à lapins. Seulement, on pouvait pas se voir parce qu'on était tous isolés. On pouvait pas se voir entre nous, et puis la famille, mais la famille c'était dehors. Mais ceux qui sont à l'extérieur, discuter avec une dame ou avec un monsieur, on pouvait pas. »

Pour les résidents enquêtés, l'usage de la visioconférence s'avère davantage un outil « par défaut » en contexte d'urgence mais ne peut compenser une rencontre physique. En contexte ordinaire, ce moyen de communication présente toutefois un intérêt afin de maintenir les liens

avec des membres de la famille éloignés géographiquement, par exemple avec les petits-enfants ayant quitté le territoire en raison de leurs études réalisées à l'étranger. Aussi, qu'il s'agisse des tablettes ou des visioconférences, leur usage tend globalement à diminuer. Si très peu de résidents disposent et savent utiliser un ordinateur, ces initiatives restent intéressantes dans la mesure où elles permettent d'anticiper l'accueil de nouvelles générations de résidents dont la pratique des outils de communication numériques était habituelle avant l'entrée dans l'établissement.

Précisons également que cet EHPAD maintient toujours cette modalité de communication au sein de son offre de service à destination de l'ensemble des personnes accueillies mais aussi dans l'accompagnement de certaines situations pouvant être considérées comme complexes. Comme l'exprime l'animatrice de l'établissement, notamment au sujet de l'hospitalisation de la fille d'une résidente :

*« On est sorti de la première crise, du confinement, c'est une chose, on a eu des mesures sanitaires qui fait que ça a refermé aussi plus tard. A un moment donné, on a été amené à reconduire ce qu'on avait mis en place pendant le confinement en urgence, et **en fait tout le travail qui a eu lieu pendant le confinement a été facilité parce que le lien, je l'ai gardé avec les familles.** Par exemple, une tablette ou une dame qui est en suspicion de Covid ou en isolement tout de suite, on téléphone à la famille -je peux vous dire les habitudes de vie des familles qui viennent à tel jour et à telle heure. **Les petites filles qui travaillent au Luxembourg, qui ne peuvent pas se déplacer, ils sont inquiets. Donc on met des visios [...]** On a une dame, si elle voit pas sa fille, elle fait des étourdissements, elles tournent et tout ça. Y'a eu des examens médicaux, des IRM pour savoir si y'avait rien de neurologiques et tout ça. Tout était négatif. En fait, on s'est rendu compte que c'est quand elle ne la voit pas [sa fille]. La fille s'est faite opérée, la première chose qu'elle fait, c'est pas prévenir sa maman, c'est dire : « Bon bah on va repartir dans un schéma comme ça ». **Donc elle me téléphone, en me disant : « Là, je suis embêtée, je me fais opérée, je peux pas me déplacer ».** Ok, donc on met la visio en route, je réexplique à la dame [résidente], je lui explique les choses sans entrer dans le détail des opérations, parce que c'est une dame qui est très fusionnelle avec sa fille, donc ça va l'inquiéter plus, donc : « Votre fille, elle peut pas venir, hop, on met ça [la visioconférence]! ». Elle est contente parce qu'on a passé un moment ensemble, elle est contente parce qu'elle a vu sa fille et ainsi de suite. »*

Si l'usage des outils de communication et d'application numériques serait à maintenir et/ou à renforcer en contexte d'urgence (dans la mesure où, « à défaut » d'une rencontre physique, ils permettent à tous les résidents qui en expriment la demande de conserver des liens « à distance » avec leurs proches), en contexte ordinaire, ces derniers peuvent contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à travers la possibilité offerte aux résidents d'interagir avec des membres de leur famille ne pouvant se déplacer jusqu'à l'établissement mais également de répondre à des situations spécifiques telle qu'évoquées ci-dessus.

Enfin, bien qu'envisagée avant le début de la pandémie, cet établissement a mis en place durant la crise sanitaire l'outil de communication numérique « Tovertofel » à visée ludique, récréative et de stimulation cognitive. Il s'agit de projections lumineuses de divers jeux se

matérialisant sur une table. Cet outil est destiné à des personnes âgées (mais pouvant également être adapté à des adultes en situation de handicap) présentant des troubles cognitifs importants. Il favorise autant les interactions qu'il évite toute situation d'échec des participants. Comme le décrit l'animatrice de l'EHPAD :

*« Vous avez un terrain de foot avec une balle, ils tapent dedans avec la main des choses comme ça. Donc ça, on l'a depuis un mois et demi, on a mis ça dans le service où il y a des personnes avec des troubles cognitifs et en fait les soignants prennent en charge. **Ils mettent les gens devant, et là il y a une interaction. Ca reste du virtuel, mais c'est intuitif pour les gens, même s'ils ont des troubles cognitifs [...]** Il y a plusieurs jeux différents où pour certains il y a des fleurs qu'on peut toucher et ça s'agrandit et c'est joyeux, c'est lumineux. Y'a des jeux avec des bulles de savon où faut taper dessus pour les éclater ça fait des bruits. Y'a des jeux de musique, y'a un Triomino avec plusieurs propositions, ils sont jamais en défaite. S'ils se trompent, ça se retourne et y'a pas d'échec. Et ça, c'est une interaction que je voulais depuis un long moment. On a eu ça il y a un mois et ça crée de l'interaction entre les résidents, les familles, et les petits-enfants aussi. Parce que pour le coup, on l'a mis dans le service où y'avait des gens avec des troubles cognitifs où le non verbal est relativement présent et où les familles sont moins présentes. Donc c'est un service où y'a pas mal de bénévoles qui viennent de temps en temps pour amener une présence mais qui ne savent pas trop quoi faire avec ces gens-là, donc la table elle sert bien parce qu'en fait on entend des rires, parce qu'en fait ils ont tapé sur une taupe, la taupe fait un bruit. Y'a des choses rigolotes qui se passent et y'a pas besoin de communication. **Donc on a décidé de le mettre dans ce service là pour essayer de créer un lien avec l'extérieur. Il faut que tout le monde s'imprègne de la table, elle est toute récente.** »*

Cet outil a fait l'objet d'une situation d'observation participante en présence de l'animatrice de la structure, d'une aidante familiale et de résidents. Comme le souligne cette professionnelle, par les effets conjugués liés à ses aspects ludiques et son implantation au sein du service où résident davantage de personnes présentant des troubles cognitifs importants, cette initiative participe à la diversification des liens sociaux (présence de membres des familles, de bénévoles, d'autres personnes accueillies au sein des autres étages de l'établissement, de soignants...) de ces derniers autant qu'à renforcer les facteurs de reconnaissance. Dans cette perspective, il contribue à la réduction des inégalités sociales et (dans une certaine mesure) territoriales de santé.

Parmi les initiatives repérées, deux d'entre elles concernent un autre EHPAD retenu à travers tout d'abord l'usage de l'application « Familizz » permettant de communiquer sur la vie de l'établissement et dont l'accès est réservé aux familles des résidents. Aussi, cette dernière a été particulièrement valorisée par les représentants de familles rencontrés (tous sont les enfants de personnes accueillies au sein de la structure), notamment par la possibilité offerte par l'application de poster, d'échanger et de télécharger des photos :

« Familizz, pour les familles, c'est très important. Maintenant, les enfants sont tous informatisés, on a tous un accès rapide. Le net, le téléphone à la maison, ça va très bien.

Pour ceux qui ça intéresse, aller voir le trombinoscope un petit peu, enfin les têtes de chaque participant, les activités crêpes, etc. Quand ils font le sapin de Noël, quand ils font les activités, et là pendant le Covid, on a eu quelques photos sur Familizz et je trouve que c'était quand même... c'était agréable. Surtout que ces photos on peut les enregistrer, si elles sont bien, on peut les conserver et les encadrer pour nous aussi. » (Fils d'un résident, membre du CVS)

Si cet outil favorise le maintien des liens à « distance » entre les familles et l'établissement et l'interconnaissance entre ces différentes catégories d'acteurs, les focus menés ont mis en évidence l'importance de renforcer l'information autour de cette application. En effet, les principaux usagers restent les aidants familiaux impliqués dans la vie de l'établissement. Comme le précise ce même enquêté : *« Quelque part, je trouve que Familizz, et c'est dommage encore une fois, on a un très bel outil qui fonctionne, je ne vois pas d'affichage, je vois rien. »*

Ces propos seront d'ailleurs confirmés par cette fille d'un résident admis au sein de l'établissement durant la crise sanitaire :

« Je suis pas au courant. Je vois les photos à l'écran à l'entrée [apparaissant sur une borne numérique fixe]. Je regarde. Mon papa me dit qu'il ne va à aucune activité, alors qu'il y va, je pense. »

A travers le discours de cette enquêtée, on perçoit également l'intérêt de renforcer la participation effective de l'ensemble des acteurs de la relation d'aide et d'accompagner la mise en place de ce type d'outil pouvant potentiellement susciter des incompréhensions, voire même engendrer une forme de surveillance de la part des familles quant à l'implication de leur proche au sein des activités proposées par l'établissement. D'autant plus lorsque certains résidents ne souhaitent pas s'y investir.

Cet extrait issu du focus group conduit auprès de ces représentants de famille fait également apparaître une autre initiative menée au sein de l'établissement ayant trait à l'instauration de bornes numériques fixe (à l'entrée de l'EHPAD) et deux mobiles (au sein des espaces de vie collectifs ou en chambre). Ces dernières permettent de diffuser sur grand écran des informations générales relatives à la vie de la structure, des comptes rendus de réunions, des titres musicaux, ou encore des photos prises lors des activités proposées (il est d'ailleurs à noter que certains résidents ne souhaitent pas toujours apparaître sur les écrans). De même, si ces moyens de communication sont valorisés par les différents acteurs rencontrés, ils pourraient davantage être accompagnés afin d'être appropriables par le plus grand nombre, familles comme résidents. En effet, ces outils sont dans l'ensemble peu mobilisés, hormis par une très faible minorité de personnes âgées. C'est aussi le cas de Skype, l'application utilisée par cet établissement pour les visioconférences (tout comme l'EHPAD cité plus haut) et dont l'instauration dans la structure lors du premier confinement a été facilitée par l'intervention d'une institutrice habitant à proximité de la structure. Désormais, quelques résidents (selon une estimation donnée par l'animatrice de cet établissement, moins de 5 résidents sur 91 au

total) maintiennent son usage. Il s'agit le plus souvent de celles et ceux qui savaient déjà l'utiliser ou en connaissaient l'existence avant la période pandémique. De manière générale, si ces initiatives ont grandement contribué à maintenir les liens entre les résidents et les familles en situation d'urgence, les visioconférences sont surtout évoquées comme « une solution de secours » comportant toutefois une dimension ambivalente chez les représentants de famille rencontrés : parfois rassurantes lorsque le proche apparaît sous son meilleur jour ; parfois source d'inquiétudes lorsque ce dernier adopte une posture inhabituelle ou semble fatigué. L'une des limites identifiées ici porte notamment sur l'absence des rites d'interaction ordinaires et du langage non-verbal. Au final, qu'il s'agisse de partage de photos via des applications numériques ou la tenue de visioconférences, on constate surtout toute l'importance du travail des professionnels autour de la réassurance des familles, davantage encore que pour les résidents. Comme l'expliquait cette animatrice en EHPAD :

« Et là, c'était pas trop une souffrance pour les résidents, parce que concrètement, ils entendaient qu'on était en guerre contre le Covid et tout ça, des propos compliqués et durs à attendre, mais c'est quand même des gens qui s'informent. Ils rigolaient en disant qu'eux concrètement, ils avaient connu la guerre et qu'être assis dans un canapé, ça n'allait pas être trop difficile quoi. Donc le lien, le fait que les familles ne viennent pas pour une semaine ou deux, c'était pas trop compliqué pour eux. C'était plus les familles qui étaient dans l'inquiétude de se dire : « Ca y est, ils ont fermé, et voilà ». A l'animation, on avait investi dans une petite machine à photos qui fait des photos directement, en fait, c'était le meilleur achat qu'on n'avait jamais fait. On l'avait déjà pour l'animation parce qu'on essaie déjà de valoriser l'animation, le lien social avec les familles. En fait, les familles, elles viennent tard le soir, tardivement quand moi je suis plus là ou quand c'est le week-end, ou quand on n'a pas d'interaction. Les photos, c'est souvent pour en donner aux familles ou aux résidents, comme ça, ça leur permet d'avoir des souvenirs, un support de communication avec les familles. Donc là, on s'en est servi, et on a envoyé des photos par courriers aux familles pour les rassurer [...] Et en fait, y'a certaines familles où moi je prenais mon téléphone portable et je mettais un papier devant le résident en disant : « Je vais bien ». Je signalais avec la date et j'envoyais des photos par mms. J'ai eu des familles qui ont eu mon numéro de portable pendant un moment en sachant que derrière le numéro on le jetait, on était rassuré, et voilà. »

Du reste, si très peu de résidents d'EHPAD rencontrés (tout comme au sein du secteur handicap) manifestent encore un intérêt pour ces outils et applications où des effets générationnels et socioculturels (en particulier, selon le métier exercé au cours de la vie active, et la présence de l'équipement informatique dans l'entourage familial proche) apparaissent discriminantes, des dynamiques de pairémulation ont été repérées par les professionnels ayant trait à ces pratiques et seraient à soutenir. On retrouve d'ailleurs ces processus au sein du secteur handicap, en particulier concernant les échanges de messages Whatsapp (et de sms) entre les personnes accueillies et les professionnels :

« Le Covid a joué aussi dans le sens où on a limité les mouvements au sein du foyer pendant cette période. En tout cas, entre le bureau des éducateurs et leur chambre, à un moment donné, c'était plus simple... On était dans cette démarche en disant : « Attention, évitez de

vous voir trop, évitez de vous attrouper trop ». Certains ont pris ce pli : « Bah, j'envoie un message aux éducateurs pour passer une info ». Des choses comme ça. Ceux qui le faisaient l'ont gardé, voire même amplifié, oui (rires) ! [...] Et c'est des jeunes qui sont arrivés et qui savent un peu ce qui veulent aussi. C'est-à-dire : « Moi, je veux en fait ! ». Et il y a cette pairémulation avec les anciens qui disent : « Oui, ok, mais moi aussi je veux ça en fait ». [...] Sur les anciens, c'est chouette en fait. C'est chouette sur plein de choses. Et encore, on n'a pas parlé de la vie intime, affective, et sexuelle. » (Professionnel œuvrant en Foyer d'hébergement)

○ *L'usage des réseaux sociaux numériques à l'échelle individuelle et collective*

Parmi le panel d'établissements retenus, l'instauration et/ou le développement de réseaux sociaux numériques s'observe uniquement sur le secteur handicap. Il s'agit d'un Foyer de vie et d'un foyer d'hébergement relevant du même organisme gestionnaire disposant du réseau social Facebook à l'échelle de l'association. L'outil numérique était déjà mobilisé avant la crise sanitaire, mais son usage s'est amplifié depuis. En revanche, la MAS retenue a instauré le réseau social au cours de la pandémie. Bien que le projet fut envisagé avant la situation de crise, le contexte d'urgence a favorisé son émergence. Comme l'évoque ce professionnel à l'origine de la démarche :

« On avait proposé il y a quelques temps de mettre le Facebook en place et les gens étaient frileux, parce que toujours l'image du résident... Parce qu'il y a toujours cette image autour de Facebook, à un moment donné, on peut pas cloisonner. Alors on avait dit : « Si bien sûr, on peut cloisonner, choisir les machins et tout... ». [...] Et là, encore une fois dans la nécessité, très vite, j'ai dit à la Direction : « Si on doit mettre en place des visios, aujourd'hui, je connais deux moteurs, c'est Skype et Facebook, et Messenger, c'est universel, tout le monde à ça, et l'installation est facile chez soi, ça va être facile ». Dès que j'ai eu l'accord de la Direction, je suis descendu, j'ai créé une adresse email et dans l'heure y'avait Skype, Facebook ».

Il faut préciser que l'usage du Facebook de l'établissement ne permet pas aux résidents et aux familles de contacter directement les salariés (par messagerie privée, par exemple). En revanche, ces derniers postent les contenus (notamment des messages et des photos de manière hebdomadaire le plus souvent), dont le professionnel cité est le principal organisateur. Toutefois, les publications font préalablement l'objet d'une concertation des équipes :

« C'était important d'avoir cette voix un peu collective de l'institution plutôt que de l'individu et d'avoir une cohérence dans le message qu'on apportait aux familles et être rassurant par rapport à comment leur enfant ou leur proche était au quotidien. » (Soignant, MAS)

Aussi, selon les propos recueillis auprès des équipes accompagnantes de cet établissement, si cette initiative a permis de maintenir les liens entre l'ensemble des acteurs de la relation d'aide, c'est surtout la création et/ou le renforcement des contacts entre les aidants familiaux qui est mis en exergue :

*« Tout de suite, on s'est dit : « Pas de salariés sur le Facebook ». Pour que ça ne serve qu'à l'échange, qu'aux liens, faire attention aux photos qu'on poste, essayer de soigner pour pas aller dans les travers de Facebook, mais ça a été super, et encore une fois, **ça permet de créer du lien à la fois nous [les professionnels] avec eux [les résidents]. Enfin les résidents avec les familles, familles avec résidents, salariés. Mais aussi, ce qui a été drôle, c'était de créer du lien entre les familles. D'un seul coup, ils étaient amis de « Facebook MAS » et donc du coup, ils commentaient les mêmes photos. Du coup, il y a eu des liens et des échanges qui se sont faits entre eux. Et c'était une surprise, parce que ça, c'est toujours un peu compliqué aussi, et via ce moteur et cette façon d'exploiter les choses, ça fait du lien entre eux. »** (Professionnel en MAS)*

C'est aussi le développement du droit de choisir et des capacités d'agir des résidents qui surgissent des échanges menés, d'autant plus que certaines personnes accompagnées disposent d'un compte Facebook personnel leur permettant d'entretenir un lien direct avec leur proche ou encore de leur envoyer des photos. Pour les professionnels enquêtés, qu'il s'agisse de l'usage de Facebook comme des visioconférences, ces moyens de communication contribuent à renforcer le pouvoir d'agir des résidents :

*« Les résidents, ils étaient super contents pour le coup de se dire : « J'ai une action vers ma famille. J'envoie une photo ». **Ils sont contents, ils sont acteurs de ça, ils étaient très friands qu'on fasse des photos. Les visios, pratiquement tout le monde... Enfin, on avait des queues dans mon bureau, à la place de mon écran d'ordinateur j'ai mis une télévision, et y'a un moment donné, y'avait une période où toutes les demi-heures y'avait un résident qui entrait dans le bureau : Hop visio, on mettait en place le truc, donc c'était vachement comme ça. Ils étaient tous demandeurs. Les familles étaient contentes d'avoir des nouvelles, elles étaient rassurées, mais eux-aussi étaient contents de dire à leur famille : « Je veux bien être acteur ». De les découvrir au travers d'un écran, de continuer à générer ce lien. »** (Professionnel en MAS)*

Au-delà de maintenir les liens entre les résidents et leurs proches familiaux, ces initiatives tendent à améliorer la connaissance de ces derniers du fonctionnement de l'établissement sur des aspects moins visibles habituellement, en particulier concernant les accompagnements en termes de soins autant qu'elles contribuent à une forme de décroisement des pratiques professionnelles au sein de la structure :

« Tout le monde pouvait prendre des photos et ça permettait aussi de faire entrer les familles dans des moments où ils n'assistent pas au quotidien. Pour les séances de kiné,

*j'en ai fait pas mal, et ça permettait aussi de voir comment les capacités actives que leurs enfants avaient pouvaient être mises en place. Des choses que certains salariés n'étaient pas forcément conscients, faire ouvrir au niveau des différents secteurs dans des activités qui sont plus en individuel. Permettre de faire entrer les familles et puis d'autres salariés dans des petits cercles qui se déroulent au quotidien dont on n'a pas vraiment conscience [...] Et puis mettre en avant le travail de chacun, l'importance du travail de chacun. **Et ça, c'est presque les conséquences. On l'a pas fait pour ça, mais en tout cas, en points positifs, en conséquences, c'est arrivé.** En tout cas, on l'utilise toujours aujourd'hui. C'est ce qu'on continue à développer. » (Soignant en MAS)*

Du côté des représentants de famille rencontrés, ces outils de communication sont en effet très valorisés. Les propos échangés font là-aussi référence au renforcement d'un lien de confiance entre ces derniers et l'établissement. Comme l'exprimait cette mère de famille :

*« Skype, on en a profité au max ! Facebook, on regardait presque tous les jours les photos voir si y'en avaient. **C'était réconfortant, ça montrait qu'on avait raison d'avoir fait confiance en la MAS. La confiance.** Ils avaient des sourires incroyables ! Mes enfants ont Facebook, mais avec mes enfants ont regardait les photos ensemble. »*

Ou encore, cet autre mère de famille enquêtée :

« Ma sœur [...] venait de Tours [l'établissement se situe en Champagne-Ardenne], mais elle venait le voir [le fils de cette enquêtée]. Les photos de Facebook, elle les voyait. Mais si vous saviez à quel point c'était important ces photos ! C'était très intéressant ! Dès le départ, y'a eu le clip d'une chanson, tout au début : « Libérée, délivrée » [évoqué plus haut au sein du rapport]. C'était génial ! Ca nous a créé une émotion incroyable, incroyable ! Après toutes les photos tous les jours, tous les jours ! On avait 30, 40 photos, tout le temps, tout le temps ! »

On constate que ces différents outils permettent aussi de toucher la famille « élargie » dans la mesure où davantage d'entre eux se sont manifestés via les réseaux sociaux (parfois pour la première fois auprès d'un proche résidant au sein de l'établissement). Si ces moyens de communication contribuent à susciter leur intérêt « à distance » pour la vie de la structure et le quotidien d'un proche accueilli, en revanche, il serait intéressant d'observer la manière dont cette implication se poursuit au-delà de la période pandémique.

Du côté des résidents interrogés, il est intéressant de souligner que l'usage des réseaux sociaux numériques peut aussi contribuer à renouer des liens avec des amis vivant à l'extérieur de la structure. Comme l'évoque cet homme accompagné au sein du même établissement :

« La dernière fois, j'avais une amie qui cherchait après moi. Elle avait pas compris que j'étais sur Facebook. Elle m'a envoyé un message. **Elle a marqué « G., est-ce que tu es bien celui qui habitait au Ch. ? Est-ce que tu es bien le G. que je connais ? ».** J'ai répondu : « Oui ». **C'est une amie d'enfance, une voisine de mon quartier que j'ai retrouvée sur Facebook. Elle et moi, on a fait un site sur les habitants du Ch., c'était un quartier avec des HLM, on a fait tous les anciens du Ch., on se réunissait sur Facebook. Ca fait 2ans qu'existe le site. J'en ai vu du monde que j'avais pas vu depuis longtemps ! Après, quand je suis parti du quartier, c'était en 2018. »**

D'autres exemples évoqués font également référence à formes de soutien social et à la potentialité qu'offrent ces outils de communication aux résidents de tisser de nouvelles relations au sein de l'établissement, notamment auprès d'autres personnes accueillies et de leur famille :

« **J'ai vu un résident I. en visio, j'ai sympathisé avec sa maman et tout. Je discute bien avec les familles. Je suis une pipelette. Il y avait beaucoup de résidents confinés chez eux dont I. parce qu'au début que je suis arrivé c'était mon voisin de chambre et maintenant j'ai déménagé je le vois plus trop quoi. Il a eu le Covid, on a dit : Y'a I. et sa maman, tu veux venir ? ».** J'ai dit oui, j'ai discuté avec eux. On prenait des nouvelles, on parlait de santé. Et lui, il a pas eu de bol parce que son père est parti à cause du Covid. C'est pour ça que je l'ai un peu aidé, parce que c'est dur. Je sais ce que c'est de perdre quelqu'un de cher. J'ai perdu quelqu'un y'a pas longtemps, je sais ce que c'est. C'est pour ça, je les soutiens. » (Mr G. résident en MAS)

Enfin, dans la situation de cet établissement, si la mise en œuvre des visioconférences a renforcé la participation des familles à l'échelle de la vie de la structure, ces initiatives contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en permettant, d'une part, à des parents en situation d'emploi ou éloignés géographiquement de s'impliquer aux réunions de projet individualisé de leur enfant :

« **La visio a favorisé la participation active dans des festivités, par exemple des familles pas capables de participer. Avec le grand écran [dont dispose désormais la structure], les familles participent. Elles peuvent être témoins de ce qui se passe dans la structure et ça a permis de renforcer toutes les réunions des projets individualisés, parce que d'un seul coup, les familles qui avant ne pouvaient pas se rendre à ces réunions de projet parce qu'elles travaillaient, elles étaient loin. Avec les visios, elles y participent, c'est très intéressant. »** (Professionnel en MAS)

D'autre part, de renforcer la citoyenneté des adultes en situation de handicap par la réalisation d'un lexique constitué d'emojis afin de faciliter la communication numérique de ces derniers, en particulier ceux présentant des troubles importants du langage verbal :

« **On a créé un nouveau mode de communication via les « emojis » qui nous ont permis de communiquer autrement dans la structure, parce qu'on a plus de résidents qui utilisent des téléphones portables, etc. Donc on a fait un vrai lexique qui nous permet aujourd'hui à ce que**

des résidents nous interpellent via « Messenger » pour faire des demandes de bains détente, etc. Et on interagit avec un nouveau mode de communication qui est les emojis qui est assez extraordinaire car assez universel dans l'interaction. » (Professionnel en MAS)

Par ailleurs, cette structure propose des interventions de « résidents-experts » au sein de divers instituts de formation dont les liens avec ces derniers ont été maintenus via les visioconférences. Des interventions sont désormais effectuées à distance dès lors que ce type de demande est formulé par un organisme situé dans une région éloignée. Plus largement, cette réorientation des services apparaît favorable à la valorisation des projets de l'établissement tant en interne qu'à l'extérieur contribuant à l'ouverture de ce dernier au milieu ordinaire. Ainsi selon ce même professionnel :

*« Elargir notre champ d'action au travers de ce projet grâce à l'utilisation de la visio qui augmente le champ des possibles. **L'utilisation des réseaux sociaux permet de bien plus mettre en avant nos projets en interne.** On a créé un partenariat en achetant des vélos, ça permet d'aller se balader. On a pu le mettre en avant, rencontrer France 3, créer de nouveaux partenariats. Via des réseaux sociaux, un résident a rencontré un club de sport qui aujourd'hui lui permet de faire du sport. **C'est une façon nouvelle de créer du lien avec l'extérieur et en cela c'est assez formidable.** »*

En cela, le contexte pandémique a été propice à l'innovation au sein de l'établissement, et surtout à la pérennité des actions entreprises hors situation de crise. Les expressions autour du « champ des possibles » ou encore des « cartes en main » viennent souligner la place accordée à la prise d'initiatives des professionnels de terrain rencontrés :

*« **Pour conclure, avec ces outils informatiques, c'est une nouvelle façon de communiquer, de créer à la fois une banque de données assez universelle, de créer de nouveaux réseaux de communication entre les résidents et les familles, entre les familles, et entre pros.** En tant que pro ça a permis surtout de pérenniser ou de développer de nouveaux réseaux de communication et de partenariats qui permettent à la fois de mettre en avant ce qu'on fait mais aussi de créer des nouveaux accompagnements, projets pour les résidents qui sont au sein de notre structure [...] **Dans une période ordinaire, je pense pas qu'on aurait fait tout ça. Pour moi perso, ce que j'ai ressenti, c'est que j'avais en face de moi un champ des possibles et on m'a laissé des cartes en main qu'on ne m'aurait pas laissées avant.** On dit toujours qu'en période de crise, y'en a qui vont être dans la réaction, la mise en place, ça se calcule pas... On est au pied du mur... **Là, c'est d'un coup : « T'as envie de le faire. Tu penses que c'est intéressant, vas-y ! ».** Et hop hop hop ! » (Professionnel en MAS)*

Sur un volet plus opérationnel, à l'échelle de l'ensemble des structures concernées, il apparaît donc nécessaire de **maintenir et/ou renforcer les conditions favorables à l'usage des outils de communication et des réseaux sociaux numériques, telles que :**

- Instaurer ou développer le réseau Wifi permettant l'accès à Internet au sein des espaces de vie collectifs et privés ;

- Augmenter quantitativement et qualitativement l'offre en matière d'équipement informatique (ordinateurs et tablettes en nombre suffisant et adaptés –dont des applications plus intuitives, de type iPad- à l'échelle individuelle et collective, disposer de grands écrans) ;
- Créer ou aménager un espace dédié au sein de l'ESMS favorable à la tenue de visioconférences en collectif et propice à la confidentialité des échanges en individuel (par exemple, lors de visioconférence entre un résident et sa famille) ;
- Informier et former l'ensemble du personnel sur les usages des outils de communication numériques, par exemple par la mise en place d'un référent « numérique » au sein de l'établissement ;
- Informier et former les résidents et les aidants familiaux qui le souhaitent aux usages des outils de communication numériques.

▪ **L'instauration de visites à domicile au sein du secteur handicap durant la période pandémique : des interventions diversifiées contribuant au renforcement de l'alliance entre les acteurs de la relation d'aide**

Plusieurs établissements du secteur handicap retenues ont valorisé l'instauration de visites à domicile durant le contexte pandémique, en particulier lors de la première année de la crise sanitaire. Si ces interventions avaient pour objectif général de contribuer au maintien des liens entre les résidents et leurs proches familiaux avec les professionnels des établissements, elles sont toutefois à différencier selon la typologie des structures et les demandes exprimées par les personnes accompagnées et les familles concernées.

Ainsi, pour la MAS citée précédemment, il s'agissait principalement d'interventions portant sur des accompagnements techniques en matière de soins (proposer des adaptations au sein du domicile des familles, par exemple des outils facilitant l'aide à la toilette ou à la prise de repas). Elles étaient menées le plus souvent à une fréquence hebdomadaire par un binôme de professionnels. Comme l'explique ce soignant :

« Y'a eu des visites à domicile dans le cadre de soins bien précis, avec des infirmières. Après pour les externes autour de la référence, des aides-soignantes et des AMP qui allaient visiter les résidents qui habituellement sont externes et qui étaient repartis chez eux, à leur domicile pour garder du lien [...] mais y'a moins de besoins. C'est pour ceux qui avaient été gardés en famille et qui n'avaient plus forcément accès aux soins prodigués à la MAS, donc pour qui c'était soit une nécessité médicale pour certains soins, par exemple des changements de gastrostomie ou changement de planning, c'était nécessaire d'avoir une intervention d'une infirmière ou un soin respiratoire pour moi. »

Pour les aidants familiaux rencontrés, outre le soutien moral apporté, cette nouvelle modalité d'accompagnement permettait aussi de rompre le sentiment d'isolement ressenti par leur enfant du fait de l'éloignement avec la structure :

« Disons que c'était un bien pour lui, pour les résidents. Parce qu'ils étaient isolés. Ça leur a permis de sortir de l'isolement par rapport à la MAS [...] C'était très attendu par C. [le fils de l'interrogé]. Prendre des nouvelles... Nous, on [l'enquêté et son épouse] les a laissés. Je pense qu'à chaque fois dans le groupe, y'en a un qui déconne [à comprendre comme des plaisanteries] assez vite. Donc on les a laissés. Y'avait une vraie attente... Donc lui, ça le sortait complètement des parents. Là, c'est des gens qu'il connaît tellement qu'on est plus là [les parents]. » (Père d'un adulte accompagné au sein d'une MAS)

Il faut cependant préciser que ce résident a participé à la phase d'enquête et a exprimé le souhait, en contexte d'urgence, de bénéficier davantage de ces visites, comme le confirme aussi son père : *« Donc là, je dis que c'était pas suffisant. L'idée était bonne, mais deux visites sur toute la période... J'admets que c'est loin, qu'il n'est pas tout seul, etc. Lui, il attendait, c'était super important. Il faudrait améliorer la fréquence. »*

Bien qu'elles ne concernent qu'un faible nombre de personnes accueillies (pour cette structure, sept résidents sur trente sept sont retournés au domicile de leur(s) parent(s)), ces interventions sont propices au renforcement de l'alliance entre les différents acteurs de la relation d'aide et permettent aux professionnels de mieux appréhender le contexte de vie familial et matériel du résident, ses habitudes de vie, ses goûts (décoration de sa chambre, du domicile familial comme autant d'indices sur les préférences de la personne...). Elles contribuent également à tous de se rencontrer et de se (re)découvrir « autrement » et d'endosser différents rôles comme celui d'hôte en ce qui concerne les adultes accompagnés. Comme l'exprime la Directrice de cette MAS :

« Et c'est intéressant de tâter le domicile, ça permet de mieux comprendre le fonctionnement de la cellule familiale, de toucher du doigt ce que le résident vit quand il n'est pas chez nous. De voir la maison, la maison est décorée. Par exemple, c'est des fanas de chasse, on peut lui parler de chasse. Ça nous permet à nous d'avoir des points d'entrée, de communication qu'on aurait pas forcément découvert avec quelqu'un qui n'est pas communicant ou quelqu'un dont la famille a complètement zappé. »

Ici, c'est donc bien autant les facteurs de protection que les facteurs de reconnaissance, dimensions, rappelons-le, fondamentales des liens sociaux qui sont travaillés par l'ensemble des professionnels. Ces différents éléments clés participent également à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans la mesure où ces interventions permettent « d'entrer » autrement en communication, notamment auprès des personnes présentant des troubles du langage oral importants. Elles favorisent aussi les rencontres auprès de parents ne pouvant se déplacer régulièrement au sein de l'établissement en contexte ordinaire.

Si ces modes d'accompagnement ont été très valorisés par l'ensemble des acteurs impliqués, ils tendent néanmoins à diminuer, voire à être abandonnés malgré le fort intérêt perçu. En effet, ils impliquent d'importants moyens humains et matériels pour être maintenus en contexte ordinaire, hormis des situations « exceptionnelles ». C'est en particulier ce qui

ressort des échanges menés auprès de membre de l'équipe de Direction et d'encadrement de cette structure :

*Mme S. : « On le maintient pas parce qu'en termes d'organisation, ce qu'on a oublié de dire, c'est que **pendant le Covid, il n'y avait plus de réunions puisqu'on pouvait plus se réunir. Ca nous a libéré un temps, y'avait plus de projets [...]** Ce temps-là où l'on s'est retrouvé sur un retard monstrueux sur les projets [suite aux confinements]... Mais du coup, on s'est consacré à autre chose. **C'était indispensable, mais il faudrait qu'on travaille la nuit !** On est obligé de faire des choix. Dans l'idéal, une visite sur le papier de façon régulière, oui. **Mais si on n'augmente pas les effectifs et si on nous demande pas moins de choses d'un côté, c'est pas possible.** »*

Mme H. : « Après, les appuis au domicile permettent aussi de mieux comprendre le contexte familial, l'environnement familial, mais c'est d'une richesse incommensurable, ça, vous prêchez des convaincus, sauf que demander à la psy de faire des visites à domicile, elle est là deux jours par semaine, une visite à domicile, c'est une demi-journée, voilà. »

Mme S. : « Et si c'est un accompagnant qui le fait, c'est un temps en moins... Si on retire une personne de l'équipe une après-midi, tout de suite, ça a un impact sur la structure. Donc c'est des choix qu'on est obligé de prioriser en fonction des besoins. Par exemple la dame que je suis allée voir parce que elle venait de perdre son mari, effectivement, elle n'était pas bien, elle était en détresse, y'avait un impact aussi sur son fils et on en a discuté avec la Directrice pour avoir son accord, il lui a semblé que c'était la meilleure option. Mais ça reste exceptionnel, ça reste au détriment d'autre chose. »

Comme le conclut cette professionnelle : « *Demain, vous me dites que j'ai les moyens pour monter une équipe d'intervention à domicile, je suis la plus heureuse des femmes ! Actuellement, on n'a pas les moyens de gérer l'interne et l'externe.* »

Comme nous l'avons vu plus haut, un Foyer de vie et un Foyer d'hébergement appartenant à la même association gestionnaire ont également mis en place ce type d'interventions. Si globalement les constats sont partagés, il faut toutefois préciser qu'en égard aux profils des personnes accompagnées et du positionnement géographique de ces deux structures (en milieu rural à proximité de la ville principale du département), les professionnels ont davantage proposé des activités physiques et sportives de plein air (sorties en vélo, promenades à la campagne comme en ville...) contribuant à l'ouverture de l'établissement sur son territoire :

*« Tout ce qui est relation, hop, ça s'arrête du jour au lendemain pendant neuf mois, y'a plus rien. Les formations s'arrêtent intégralement, on privilégie le peu d'activités de production qu'il y a à faire, donc on remet pas d'autres éléments dedans. Donc on privilégie ça. **Ensuite, un élément qu'on a envie de préserver mais comme d'autres activités, c'est le maintien de la condition physique à travers les activités sportives.** Une période fermée complètement mai, avril, juin 2020 où y'a quasiment plus d'activités et là cette fois-ci, **on déplace le personnel***

auprès des usagers qui sont dans leur lieu de vie. Dans leur ville, autour de leur maison, etc. Donc des activités randonnées urbaines, donc ça apprend déjà à découvrir sa ville, ce qu'on n'avait jamais fait avant par exemple. Ca c'est déjà une première activité régulière : randonnée urbaine. Ensuite effectivement, qui est une autre activité autour du déplacement en vélo. On fait des activités du coup qu'on n'a pas l'habitude de faire dans un espace nouveau. Donc le long du canal, on se balade là. Ca, c'est des lieux qu'on ne connaissait pas. Pourquoi on peut faire ça ? Bah parce que on se retrouve avec une plage horaire beaucoup plus large. » (Professionnel en charge des activités physiques et sportives à l'échelle de l'association gestionnaire)

Si le facteur clé relatif à l'augmentation du temps d'accompagnement supérieur à la moyenne en contexte de crise surgit de nouveau des propos de cet enquêté, on notera également qu'outre la découverte d'espaces nouveaux, ces activités permettent aussi de renforcer la citoyenneté des personnes accompagnées, en l'occurrence par l'apprentissage de la signalétique routière en milieu urbain. Comme l'exprime ce même enquêté :

« Du coup, on peut faire ça. Des nouvelles formules et des espaces de pratiques différents donc on est aussi bien à pratiquer du vélo dans la nature sur les bords du canal qu'en milieu urbain, puisque le groupe vélo, je vais en ville avec eux, on repasse en ville, on fait les feux rouges, on se rend compte ce que c'est qu'un vrai sens interdit. Ca c'était complètement nouveau, parce que nous on n'a vraiment pas le temps d'aller en ville faire du vélo... »

C'est également la constitution de groupes plus restreints qui apparaissent favorables au renforcement d'un lien social de qualité entre les différents acteurs concernés. Comme cet échange entre le responsable de ces activités et son collègue l'illustre :

Mr O. : « Tu avais des groupes plus petits ? »

Responsable des activités : « Après les groupes, en nombre d'individus, c'est vrai qu'ils sont beaucoup plus allégés [...] Grosso modo, c'est 8, là, on est à 4 personnes quoi. Pour les randonnées urbaines et périurbaines, je veux dire, ça reste à 6, 7, 8. Donc ça c'est vraiment la période la plus fermée. Ce qui change dans l'attitude des personnes, ça c'est... Comme on a plus de temps, tout le monde est plus zen.

Là-aussi, on constate que l'assouplissement du rapport au temps induit par le contexte de crise constitue un facteur clé venant renforcer la qualité des actions en faveur du lien social mais également propice au développement du droit de choisir et des capacités à agir des personnes accompagnées qui semblent plus investies au sein des activités proposées (ce que les focus group menés auprès de ces derniers sont venus confirmer).

- **Dans un contexte d'urgence et ordinaire, assouplir et diversifier les modalités d'accueil en ESMS (en particulier dans le champ du handicap)**

De manière générale, au regard des différents éléments évoqués au sein de cette partie, cette « souplesse » apparente peut aussi renvoyer au rapport à l'espace des personnes accueillies au sein de ces ESMS. En effet, il surgit des différents focus group menés que les frontières habituelles de l'établissement se « brouillent » à travers le déploiement de ces initiatives menées dans une forme de « distance » vis-à-vis des « murs » des établissements. Il en reste pas moins qu'en tant qu'institutions, ils restent des lieux de sociabilité essentiels. Cette « souplesse » s'incarne en particulier dans les modalités d'accueil proposées dans le contexte de la crise sanitaire dont la diversité de l'offre serait à renforcer auprès de l'ensemble des structures (bien que plus prégnant dans le secteur du handicap) : en internat (permanent ; de semaine), temporaire (possibilité d'allers-retours entre la structure et le domicile des proches), séquentiel (pas toutes les nuits de la semaine) ; en accueil de jour séquentiel (quelques jours par semaine, quelques heures par jour).

Cependant, et bien que complémentaires, accompagner en internat ou accompagner à domicile mobilisent des postures, savoir-faire, savoir-être différents (une des dimensions de la fonction clé de « médiateur ») qui seraient à renforcer dans un contexte ordinaire. En effet, sur le champ du handicap, on notera que parmi les personnes accueillies rencontrées (en internat ou en accueil de jour) et retournées au domicile de leur famille pendant les confinements (toutes les structures ont proposé un retour possible au sein de l'établissement durant ces périodes), une très grande majorité d'entre eux souhaite conserver les deux modalités d'accueil (hébergement en semaine, retour en famille le week-end par exemple).

Il est intéressant de préciser qu'une très grande majorité de ces personnes concernées par l'enquête a tendance à rentrer moins fréquemment chez leur(s) parent(s), non sans laisser apparaître des positionnements ambivalents du côté des représentants de famille interrogés sur lesquels nous reviendrons. Sur le champ de l'âge, les situations « d'allers-retours » entre l'établissement et le domicile des enfants sont très minoritaires, mais concernent toutefois quelques résidents dès que cela fut possible (il est d'ailleurs à souligné que ces derniers étaient soumis à un isolement en chambre de sept jours à leur retour au sein de l'établissement, contrairement aux adultes en situation de handicap). Il s'agissait soit d'un souhait exprimé par le résident renouant avec des habitudes antérieures à la crise sanitaire, soit d'une proposition émanant de l'établissement au regard d'une situation de santé considérée comme « complexe ». C'est par exemple le cas d'une résidente d'un EHPAD retenu, comme l'évoque le médecin coordinateur de l'établissement :

« Elle a complètement arrêté de manger et elle est repartie à domicile. Sa famille l'a reprise. Sa situation s'est améliorée. C'était une situation particulière, c'était une résidente dont la fille venait tous les jours, tous les jours, et la fille assurait le repas du soir. Du jour au lendemain, les résidents confinés, et les familles priées de ne plus venir. Même si cette dame avait des troubles cognitifs sévères, mine de rien, on s'est rendu compte que du jour au lendemain, elle s'est arrêtée de manger, finalement elle a dû bien se rendre compte que des choses avaient changé, sa fille ne venait plus. Donc on avait une perte massive de l'appétit, un amaigrissement très rapide. Donc la fille l'a reprise à domicile. »

Ces diverses expériences autour de « l'assouplissement » des modalités d'accueil en internat comme en externat des résidents renvoient plus directement à un temps de travail, notamment de médiation, plus conséquent pour les professionnels dans un contexte ordinaire. Si nous nous référons aux initiatives menées ayant trait à l'adaptation des activités autour des rythmes de vie des personnes accompagnées, ces dernières impliquent potentiellement, elles-aussi, des horaires de travail plus atypiques des membres des équipes accompagnantes. Aussi, ces éléments (re)questionnent plus globalement les modes de financement des structures en lien avec les enjeux actuels autour du passage d'une logique d'agrément/de place -qui fixe l'ESMS dans une forme d'action déterminée- à une logique de réponses en dispositifs (faisant écho au dernier rapport de Denis Piveteau⁸⁶ ou encore à l'expérimentation Séraphin PH en cours)⁸⁷. Par ailleurs, précisons qu'un autre élément récurrent est apparu des focus group conduits auprès des EHPAD et de la MAS retenus relatif à un manque de places en accueil temporaire. Elles semblent peu sollicitées pour leur fonction première, ces dernières constituent le plus souvent un « sas » avant une admission permanente au détriment de leur rôle initial de « répit » destiné aux résidents déjà accueillis.

Ce qu'il faut ici retenir porte, d'une part, sur la diversité des initiatives mises en place pour maintenir et renforcer les liens sociaux « à distance » des murs de l'établissement auprès de l'ensemble des acteurs impliqués durant le contexte de crise : envois de courriers par voie postale et numérique, appels téléphoniques ponctuels ou réguliers, déploiement d'outils de communication et de réseaux sociaux numériques à l'échelle individuelle et collective, visites à domicile. Toutes ces actions renvoient à des stratégies d'intervention s'inscrivant à la fois dans une approche globale et complémentaire agissant autant sur les facteurs environnementaux que sociaux de la santé. Elles participent autant à une forme de soutien social en contexte de crise qu'elles contribuent au renforcement de la capacité et au pouvoir d'agir des résidents. Elles offrent surtout un « champ des possibles », pour reprendre une expression souvent citée par les professionnels rencontrés, renvoyant à « l'universalisme proportionné » en promotion de la santé permettant « une intégration de l'approche universelle et ciblée »⁸⁸. La première approche se rapporte à une intervention ou des actions s'adressant à l'ensemble d'une population ; la seconde porte sur l'instauration de modalités ou d'une intensité qui varient selon les demandes et les attentes exprimées. Il s'agit donc d'adapter ou d'ajuster simultanément ces interventions ou ces actions en fonction des profils des personnes accompagnées. Cette démarche consiste avant tout à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en ciblant les groupes les plus désavantagés en agissant sur le gradient social de santé.

⁸⁶ PIVETEAU D., *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change. Choisir un métier du travail social, c'est se donner le « pouvoir d'agir », avec les personnes que l'on accompagne, pour faire advenir une société « inclusive »*, op.cit.

⁸⁷ MARMONT T., 2020, « Suite aux périodes de confinement et de déconfinement, quelles évolutions du secteur social et médico-social ? », Le Colporteur.

⁸⁸ POISSANT J., « L'universalisme proportionné : Quelques explications additionnelles », Institut National de Santé Publique du Québec, 2015.

D'autre part, si, comme nous l'avons vu, ces initiatives se rapprochent de la démarche de « l'aller vers », elles y ajoutent une dimension importante autour de la disponibilité des professionnels ayant trait à leur posture d'écoute, d'empathie, de non-jugement et d'ouverture offrant la possibilité aux résidents comme aux proches familiaux d'« aller vers eux » contribuant ainsi à tisser des liens de confiance et de réciprocité. Cette dimension peut s'incarner dans des gestes très concrets. A titre d'exemple, nous pouvons citer ce résident d'un Foyer de vie rappelant à plusieurs reprises combien il était important pour lui de rejoindre l'établissement alors qu'il était retourné au domicile de sa famille :

« Pour le Covid, j'appelais le foyer pour avoir des nouvelles. J'appelais les éducateurs pour savoir comment ça allait, les autres, tout ça. Ils me disaient : « Oui oui, t'inquiète ». On m'a dit que je pouvais appeler le Foyer pour prendre des nouvelles, alors j'appelais. »

Si ces postures professionnelles sont inscrites au cœur des métiers du champ médico-social, plusieurs facteurs clés les ont en effet renforcées. Parmi ces derniers, bien que situées dans un contexte d'« urgence », le sentiment de disposer d'un temps moins contraint (majoritairement attribué à la simplification des procédures et des circuits administratifs) apparaît encore central. Comme l'exprimait cette professionnelle exerçant au sein de l'équipe d'encadrement d'un établissement pour adulte en situation de handicap :

Mme D. : « Faut pas être hypocrite non plus sur le fait que oui, on a découvert des outils extraordinaires pendant le Covid, mais le Covid a été une période de crise durant laquelle il y a eu beaucoup de choses qui ont été mises en pause et qui ont permis de faire autrement. Ca a été un peu partout pareil. Après, quand on vient sur un fonctionnement normal avec des exigences administratives, la charge de travail... donc on est sur un fonctionnement après complètement différent. C'est le fonctionnement bulle qui nous a permis ça aussi. »

Cette disponibilité est aussi prégnante pour les équipes de Direction et d'encadrement, toutes très impliquées dans les aspects concrets et quotidiens des accompagnements. Cette Directrice d'une structure relevant du champ du handicap le confiait en ces termes : *« Et même nous en termes d'équipe de Direction, les réunions avec tous les partenaires extérieurs, y'en avaient plus. On était focus sur l'établissement. Moi, mes réunions au siège était réduite à peau de chagrin aussi. On se voyait pas. La visio, ça va un peu vite, on va à l'essentiel. Voilà, c'était focus sur l'établissement. Et y'avait pas de stagiaires, pas de bilans de stagiaires à faire. Tout le monde a pu se centrer sur le résident et l'accompagnement propre au résident. »*

Ce qui semble également propice au renforcement d'un lien de confiance entre les différentes catégories du personnel, en particulier entre les équipes accompagnantes et les équipes de Direction et d'encadrement. Il s'agit ici d'une condition essentielle contribuant au développement de politiques d'établissement favorables à la santé et soutenant l'innovation, ainsi que la participation effective des individus et du collectif

DANS UN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, MAINTENIR ET/OU RENFORCER LA DIVERSITE DES LIENS SOCIAUX DANS ET HORS L'ETABLISSEMENT PAR L'ACCES AUX LOISIRS, AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES, CULTURELLES ET CREATIVES

Cette partie renvoie aux initiatives identifiées au sein des ESMS retenus contribuant à renforcer la diversité des liens sociaux et les parcours dits « inclusifs » des personnes accompagnées au sein et en dehors de l'établissement durant la crise sanitaire. Ces initiatives portent sur des activités ayant trait aux loisirs, aux activités physiques et sportives, culturelles et créatives. Elles participent au maintien et/ou au renforcement de liens intergénérationnels et non-stigmatisant constituant des critères qualité des actions en faveur du lien social au sein et hors des ESMS.

- **En contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux dans et hors l'établissement : Ffcus sur l'expérimentation « Trait d'union »**

Parmi les initiatives identifiées, une « expérimentation » nommée « Trait d'union » par les professionnels rencontrés et conduite au sein d'une même association gestionnaire dont le Foyer de vie a été prioritairement retenu dans le cadre de cette étude apparaît ici particulièrement « prometteuse ».

S'appuyant sur un principe de transversalité, elle porte sur la mise en œuvre progressive, tout au long de la crise sanitaire, d'activités partagées entre plusieurs ESMS (intégrant le secteur enfance et adulte : IME, SAVS/SAMSAH, Foyer d'hébergement, ESAT, Foyer de vie) de ce même organisme gestionnaire. Si cette expérimentation est encore en cours, un atelier dédié existe déjà dans les locaux de l'IME, ainsi qu'un planning d'activités pluri-thématiques. Ces dernières reposent sur les constats et les enseignements tirés de la période pandémique à travers la constitution d'un groupe intra-associatif de travail intitulé « Le temps d'après ». Son contexte d'émergence se situe à l'été 2020.

Alors que le Foyer de vie est habituellement fermé pendant trois semaines durant le mois d'août, l'association a proposé des courts séjours de vacances adaptés (en remplacement de ceux proposés par des prestataires extérieurs en contexte ordinaire) à des personnes accueillies au sein de ses différents établissements et services en ciblant plus particulièrement celles bénéficiant d'un accompagnement par le SAVS et le SAMSAH dont les situations d'isolement étaient les plus prégnantes. Trois séjours d'une semaine chacun se déclinaient autour d'une thématique prioritaire. Ils se situaient au sein du département d'implantation de l'association ou dans un département limitrophe, à moins de deux heures de route. Ils étaient organisés pour un groupe de dix personnes maximum (huit personnes accompagnées et deux professionnels). Des gîtes privés référencés « Gîtes de France » ont été mobilisés. Les protocoles sanitaires mis en œuvre s'appuyaient sur les préconisations émises par le Haut Conseil de la Santé Publique. Ces séjours portaient principalement sur la découverte du

patrimoine local et régional (incluant de nouvelles activités à proximité des structures ou sur les sites de l'association) en y mêlant des personnes accompagnées et des professionnels issus des différents établissements et services.

Aussi, la semaine du 03 au 07 août 2020 était intitulée « L'Art et notre Patrimoine » et était consacrée à des « randonnées nature », une « visite de ferme », une « visite de jardin », une « initiation sculpture sur bois, peinture », une « sortie bowling » ou encore des « jeux coopératifs ». La semaine du 10 au 14 août était par exemple dédiée, sur les sites de l'association, à des ateliers créatifs (modelage, mosaïque), au Street Art, à des visites de musées, ou encore à la découverte d'un lac et d'un vignoble au sein du territoire de proximité. La semaine du 17 au 21 août était consacrée à l'initiation musicale et à un séjour au sein du « Château » de l'association où se situe les ESMS du secteur enfance et l'ESAT permettant la découverte des lieux par les personnes accueillies au sein des autres établissements et services de cet organisme gestionnaire. Des « parcours moteurs » ont notamment été proposés à travers des ballades en vélo, des jeux coopératifs, ou encore un Escape Game. Lors de cette semaine, un séjour équestre était également dédié à « l'approche animale » autour, par exemple, d'une « randonnée avec des ânes ».

Parmi ces activités, on notera notamment l'organisation de « circuits pédagogiques » (visites guidées) de découverte du patrimoine local à destination des touristes et des habitants des communes dans lesquelles sont situées les structures de l'association à travers la mise en place d'une « chasse aux trésors » autour d'indices laissés sur les bâtiments historiques de ces localités. D'autres activités ont donné lieu à des expositions photographiques, des sculptures ou des poteries⁸⁹ exposées dans le hall de la mairie de la commune d'implantation du Foyer de vie, par exemple.

Toutes ces activités avaient pour objectifs de travailler sur la mise en projet (même activité sur un après-midi (ou sur une journée) centré sur une thématique particulière et un projet spécifique ayant pour corollaire l'instauration d'une dynamique de groupe constitué de personnes accompagnées au sein des différents ESMS de l'association. Il s'agissait également de valoriser d'autres compétences que celles habituellement associées aux activités « productives », en particulier la motricité fine de personnes accueillies en Foyer de vie en raison d'un projet professionnel considéré comme « fragile » pour une admission en ESAT.

Parmi les éléments clés identifiés par les professionnels rencontrés, ces derniers ont valorisé la diversité des activités proposées offrant aux personnes accompagnées une large palette de choix en fonction de leurs compétences et de leurs préférences ; la mixité des groupes (les secteurs enfance et adulte étant regroupés) permettant aux participants de tisser une pluralité de liens sociaux (dont des liens intergénérationnels) ; l'intersectorialité par l'implication de professionnels exerçant au sein des divers ESMS concernés de l'association dans des activités communes ; la dimension restreinte des groupes favorable au développement de dynamiques de pairémulation et de pairaidance ; le changement de cadre de vie permettant la découverte d'autres lieux au sein de l'association comme à l'échelle du territoire élargi. Plus largement, cette expérimentation permet d'anticiper les transitions des personnes accueillies d'un secteur et/ou d'une structure à l'autre au niveau de l'organisme gestionnaire, et participe à l'ouverture

⁸⁹ Suite aux demandes exprimées par les travailleurs en situation de handicap lors de cette expérimentation, l'activité « poterie » est désormais intégrée aux activités de soutien de l'ESAT.

des ESMS vers le milieu ordinaire. Dans cette perspective, cette expérimentation favorise le renforcement des facteurs de protection et de reconnaissance des personnes accompagnées contribuant aux processus de socialisation et d'individualisation de ces dernières.

Ainsi, lors de la tenue des focus group, plusieurs activités partagées entre différents ESMS de l'association étaient instaurées ou en cours de stabilisation dans le cadre de l'atelier « Trait d'union » reprenant plusieurs éléments clés et objectifs poursuivis issus des expériences menées durant la crise sanitaire. Sans être exhaustif, nous pouvons citer des activités manuelles (« petit bricolage », poterie, mosaïque) ; des activités autour de la médiation animale (médiation équine, notamment) ; des ateliers écriture ; des ateliers « savons » et de sensibilisation à l'hygiène ; l'activité « SOS Dressing » afin de « développer les compétences de la vie quotidienne et l'autonomie : repassage, tri, rangement, utilisation de la machine à laver... » ; des activités prioritairement ciblées sur le développement des compétences psychosociales et des aptitudes individuelles des personnes accompagnées ayant trait à « la communication et la socialisation : communiquer sur le projet et son utilisation » ou encore au renforcement de « l'estime de soi et la confiance en soi » à travers des « jeux de rôle » (« apprendre à mieux communiquer, aider à la gestion de situations conflictuelles, reconnaître les émotions sur soi et sur autrui, résoudre des problèmes, prendre du plaisir dans les interactions sociales, travailler l'expression corporelle (non verbale, verbale) »).

Enfin, d'autres activités sont proposées comme un atelier d'« initiation musicale », la pratique du football (des entraînements et des matchs ont lieu entre des équipes composées de personnes accompagnées au sein des différents ESMS de l'association), la création d'un « espace répit transversale » ou encore des actions relatives à l'écocitoyenneté. Cette expérimentation en cours de déploiement pourrait faire l'objet d'une démarche de capitalisation.

- **En contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux dans et hors l'établissement par la pratique d'activités culturelles, artistiques et créatives**

A l'échelle de l'ensemble des établissements retenus, les activités culturelles, artistiques et créatives ont été fortement valorisées par les différentes catégories d'acteurs impliqués et seraient à maintenir et/ou à renforcer dans un contexte d'urgence et ordinaire. A titre d'illustration, nous pouvons citer la création durant l'été 2020 de « La P'tite Troupe » mêlant des personnes accompagnées et des professionnels des différents ESMS de l'association gestionnaire évoquée plus haut. Différentes représentations autour de saynètes et de pièces de théâtre étaient ainsi proposés dans l'enceinte de l'un établissement auxquelles étaient conviés des familles et de habitants de la commune. Comme l'exprimait cette résidente concernée :

« Nous, on l'a fait pendant le confinement [l'été 2020], parce qu'on n'avait pas des activités comme avant, c'est pour ça qu'ils nous ont proposés « La P'tite Troupe » pour changer nos idées [...] ça faisait du bien pour changer d'air. »

De nombreuses personnes accompagnées ont également déclaré apprécier les ateliers « chorale » ou d'initiation à la pratique d'un instrument de musique, notamment quand ces dernières impliquent la participation des professionnels. Par ailleurs, nous pouvons aussi évoquer les spectacles musicaux proposés par les EHPAD à l'intérieur des locaux comme à l'extérieur (permettant aux résidents d'y assister aux fenêtres) du bâtiment. Comme le déclaraient ces personnes âgées rencontrées :

Mme U. : « Oui, on a apprécié. On avait un chanteur, une chanteuse, et ils dansaient dans la salle à manger. C'est grand. »

Mr T. : « Y'avait un peu de tout, des morceaux anciens. J'adore la musique moderne aussi. »

Mme Y. : « Moi aussi. »

Mme U. : « Oui, c'est vrai que ça change les idées. »

Mr T. : « La musique ça fait beaucoup. »

Il faut également noter qu'en contexte d'urgence, si ces interventions extérieures apportent un bien-être ponctuel aux résidents concernés, en période ordinaire, ces activités doivent être reproduites afin qu'elles prennent sens aux yeux des personnes accueillies. Comme l'ajoute cette résidente : « *Oui, mais ça duré deux heures et puis c'est tout, mais c'était bien.* »

- **En contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux dans et hors l'établissement par la pratique d'activités physiques et sportives adaptées**

Comme nous l'avons vu, au sein du secteur handicap, plusieurs établissements ont pu proposer diverses activités physiques et sportives contribuant au bien-être et à la qualité de vie des résidents dans le contexte de la crise sanitaire tout en leur offrant la possibilité de découvrir leur territoire de vie autour de promenades à pied et de sorties à vélo à la campagne comme à la ville. Nous pouvons aussi citer les « défis sportifs » à distance (sur YouTube) proposés par la « Ligue Sport Adapté Grand Est » auxquels ont participé des personnes accueillies au sein d'un FAS et d'un Foyer d'hébergement appartenant à la même association gestionnaire.

En dehors des périodes de confinement, il faut aussi souligner l'importance de ce type d'activités proposées à l'extérieur de l'établissement pouvant potentiellement être vectrices de socialisation à travers les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) évoqués à plusieurs reprises au sein du secteur handicap ou encore la pratique de la Boccia (pétanque adaptée) par des résidents de la MAS concernée par la phase d'enquête. Pour le secteur de l'âge, les professionnels d'un EHPAD retenu ont notamment mis en évidence l'activité « Basket Santé » proposée par une association locale.

- **En contexte d'urgence et ordinaire, maintenir et/ou renforcer la diversité des liens sociaux par les interventions d'acteurs issus du milieu ordinaire**

La phase d'enquête a permis d'identifier trois catégories d'acteurs extérieurs intervenant au sein des différents établissements retenus contribuant à la fois au renforcement du soutien

social auprès des résidents concernés dans un contexte d'urgence, mais en leur permettant aussi de tisser d'autres formes de liens sociaux à travers des relations intergénérationnelles ou encore des échanges « moins » conditionnés par une dimension « institutionnelle » : les jeunes volontaires en service civique et les étudiants infirmiers ; les bénévoles intervenant au sein des EHPAD ; les élèves d'écoles maternelles et primaires dans le cadre de partenariats noués et/ou envisagés avec un établissement relevant du secteur de l'âge.

○ *Les interventions menées par des étudiants en service civique et des élèves infirmiers*

Plusieurs structures retenues au sein des deux champs d'intervention ont mentionné l'intervention de jeunes volontaires en service civique comme des ressources importantes afin de maintenir le lien social des résidents durant le contexte de la crise sanitaire. Si ces derniers étaient déjà mobilisés par les établissements avant la période pandémique, ils ont principalement été sollicités dans le cadre d'accompagnements individualisés, d'activités relatives à la vie et à l'animation sociale (en particulier au sein des EHPAD), ou encore à la littératie en santé (en particulier au sein du secteur handicap). A titre d'exemple, une étudiante en psychologie est intervenue auprès d'adultes accueillis en Foyer d'Accueil Spécialisé afin d'améliorer les outils de communication adaptés (FALC, pictogrammes...) contribuant à faciliter le positionnement des résidents quant au choix des activités proposées ou encore à développer les connaissances de ces derniers relatives à la signalétique routière.

Une autre étudiante en service civique a été rencontrée au sein d'un EHPAD où elle était notamment en charge des activités d'animation sociale à l'UPV. Il est ici intéressant de noter que son expérience au sein de l'établissement s'est poursuivie dans le cadre d'un contrat salarié. Alors que cette dernière était inscrite en faculté de sciences, elle s'est ainsi réorientée vers le métier, au moins provisoirement, d'animatrice gérontologique. En contexte d'urgence, un autre EHPAD rattaché à un centre hospitalier disposant d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers a par exemple bénéficié d'interventions d'élèves infirmiers venant en soutien sur les différents protocoles sanitaires mis en œuvre au sein de la structure mais aussi sur des temps d'accompagnement individualisés auprès de résidents.

De manière générale, les retours d'expérience recueillis lors des focus group à ce sujet sont très positifs. L'approche « spontanée » de certains jeunes adultes occupant ces missions a notamment été valorisée par les résidents concernés. Les propos entendus renvoient à une posture « non-stigmatisante » dans la relation du fait de la non-appartenance perçue de ces intervenants à l'institution, ainsi qu'à la possibilité offerte aux personnes accueillies de découvrir de « nouveaux visages » et parfois de nouvelles activités. Réciproquement, les discours tenus par plusieurs étudiants rencontrés dans le cadre d'échanges informels renvoient à des transmissions d'expérience et de savoirs comme des dimensions essentielles des liens intergénérationnels. Ces derniers participent des critères définissant un lien social de qualité en contribuant à développer des facteurs de reconnaissance chez les personnes accompagnées ainsi qu'en favorisant le changement de regard que porte le milieu ordinaire sur le handicap et

le vieillissement. En effet, ces étudiants interrogés ont déclaré valoriser leurs expériences auprès de leurs proches, amis, ou encore d'autres étudiants issus de leur formation initiale.

○ *Les interventions de bénévoles au sein des EHPAD retenus*

Il faut tout d'abord souligner qu'au sein du champ du handicap, les professionnels rencontrés ont très peu fait état d'interventions de bénévoles au cours de la crise sanitaire, bien que fortement souhaitées. Ces dernières se rapportent donc principalement aux EHPAD retenus. Deux profils peuvent être dégagés : le premier concerne les proches aidants s'impliquant au sein de la vie de la structure, en l'occurrence durant les périodes autorisées. Par exemple, l'un d'entre eux, fils d'une résidente et représentant au Conseil de la Vie Sociale de l'établissement, a été rencontré au cours du focus group dédié aux familles. Il participe activement aux activités du PASA et propose souvent son aide aux professionnels y exerçant. Aussi, sa présence deux après-midis par semaine dans les locaux de l'EHPAD lui permet d'entretenir des interactions régulières avec plusieurs résidents, de prendre et de donner des nouvelles de certains d'entre eux, ou encore d'apporter son soutien auprès de personnes accueillies atteintes par la Covid-19 (une attestation « professionnelle » lui a été fournie afin d'accéder à l'établissement durant la période pandémique). Comme l'exprime cet enquêté :

« C'est venu comme ça. Disons que comme je venais la voir [sa mère] le mardi, elle était toujours aux activités [...] Je me suis mis à faire des activités tout ça, du coup, je me suis un peu impliqué dans la vie ici. Franchement, j'aime bien, j'aime bien. Les résidents qui n'ont jamais de visites sont contents de me voir, ils me connaissent tout ça, j'aime bien rigoler tout ça. »

Contrairement aux interventions de bénévoles issus d'associations s'inscrivant dans une logique caritative (basée sur le don de soi et la gratuité) et dont la présence peut être potentiellement ressentie comme stigmatisante par certains résidents (renvoyant à une situation de solitude subie), les liens n'apparaissent pas ici « fabriqués », mais vécus comme plus « authentiques ». Ils semblent notamment convenir aux résidents souhaitant se distancier des représentations péjoratives associées à la figure de la « personne âgée dépendante ». C'est également ce qui ressort des propos tenus par des résidents disposant d'appels téléphoniques, de visioconférences, de visites, parfois de sorties avec des bénévoles de l'association des Petits Frères des Pauvres intervenant au sein de l'un des EHPAD retenus dont les échanges avec ces derniers apparaissent moins « utilitaristes ». Nous pouvons ici considérer qu'il s'agit d'un second profil de bénévoles dans la mesure où ces derniers œuvrent au sein d'une association et disposent de formations dédiées.

Dans le cadre de l'établissement concerné, il faut préciser que durant la crise sanitaire la moyenne d'âge de ces intervenants était plus jeune (estimée à 35ans par les professionnels de la structure) qu'en contexte ordinaire et leur situation socioéconomique et socioculturelle semblait plus diversifiée, certains d'entre eux étant de jeunes actifs, des réfugiés politiques, des personnes en situation de précarité, notamment. Plusieurs résidents ont exprimé l'importance du soutien social apporté par ces bénévoles et l'influence positive que ces

derniers exercent quant à l'amélioration de leur bien-être et de leur qualité de vie. Comme le rapporte cette résidente :

Mme R. : « Quand je suis arrivée ici, je ne marchais plus [ce qui n'est plus le cas désormais]. On m'a fait confiance... parce que je voulais me tuer. On m'a encouragé tout ça. »

Enquêteur : On vous a encouragé comment ?

Mme R. : « On m'a obligé à ressortir. Je voulais partir... Mr L., un des Petits Frères des Pauvres –que Dieu ait son âme- il me disait : « Tu vas sortir maintenant... » [...] Et ils sont renommés ! Chaque fois que je suis partie avec eux en vacances, c'est toujours bien ! On fait aussi des goûters ensemble, ils nous invitent pour Noël. »

○ ***Les actions intergénérationnelles menées auprès d'écoles primaires sur le champ de l'âge***

Plusieurs initiatives mises en œuvre durant cette crise sanitaire par les EHPAD retenus ont trait à des actions intergénérationnelles. Pour l'un d'entre eux, il s'agissait de s'appuyer sur des partenariats noués antérieurement ou lors de la période pandémique auprès d'une école maternelle et de trois écoles élémentaires implantées à proximité de l'établissement. Ces actions portaient sur quatre thématiques différentes dont chacune d'entre elles était rattachée et adaptée à une école en fonction des moyens dont cette dernière disposait et des activités communes réalisées par le passé.

Ainsi, les élèves de l'école maternelle ont réalisé des dessins auxquels étaient associés des mots destinés à l'ensemble des résidents sous forme de livret. L'ensemble des classes d'une école primaire a proposé un « arbre à vie » où figuraient les mains de chaque enfant qu'ils avaient eux-mêmes dessiné avec quelques mots adressés aux personnes âgées (cet arbre était positionné dans un couloir de l'établissement). Des élèves d'une classe de CM2 ont également réalisé durant plusieurs semaines des dessins représentant le ciel exposés par la suite au plafond d'un service de la structure. D'autres élèves de CM1 et CM2, dont l'enseignante a sollicité l'EHPAD durant la période pandémique, ont entretenu des correspondances avec certains résidents. Enfin, des mots et des dessins ont également été transmis par des proches familiaux de personnes accueillies et de membres du personnel de l'établissement, ainsi que des habitants du territoire. Ces messages ont été en grande partie accrochés sur un arbre situé au centre de l'établissement. Comme l'évoquait l'animatrice de l'EHPAD :

« Pour le coup, tout ce qui est dessins, petits gestes par rapport aux résidents et tout [...] Y'a des mots qui ont été faits par des familles, le voisinage. L'arbre qui est là, en fait, que ça soit les soignants, les familles, les résidents, les écoles, le voisinage... J'ai sollicité tout le monde pour mettre un mot par rapport au Covid pour dire qu'on était tous ensemble. Et en fait, j'ai accroché tous les mots pendant plusieurs semaines pour dire qu'on faisait qu'un et voilà, et ça avait vraiment bien marché, parce que tout le monde a joué le jeu. Et puis en tant que soignant, on avait vraiment besoin de savoir qu'on était soutenus et pas tout seul dans le truc. »

Les objectifs visés consistaient également à rapprocher physiquement l'ensemble de ces acteurs dans l'enceinte de l'établissement (quand cela était possible) et à contribuer au changement de regard porté sur la structure. Ainsi pour cette même enquêtée :

« [Le choix de] L'arbre parce qu'il est central sur l'EHPAD. Mais au moins, c'était quelque chose de central, ils n'avaient pas le droit de rentrer à l'intérieur, parce que c'était confiné. Nous, de l'extérieur, on le voyait visuellement. Et au moins, ça recentrait tout le monde. L'école qui est en bas de la rue, qui travaille avec nous depuis un petit moment, les enfants, ils sont venus voir les mots. Ils sont venus regarder les dessins. Les enfants ont mis des dessins. Donc les parents venaient regarder les mots, le voisinage aussi. Y'a eu une interaction et l'EHPAD a pu... les « on-dit » de mouvoir... ça s'est atténué. »

Il faut aussi dire que cette initiative s'inspirait d'une action mise en œuvre avant la crise sanitaire et interrompue depuis consistant à faire venir un marchand de glaces ambulant au sein des murs de l'établissement. Comme l'indiquait cette même professionnelle :

« Avant le Covid, quand on a fait le glacier [marchand de glaces ambulant], les glaces et tout ça, il va revenir. Le quartier était au courant qu'il y avait un glacier à l'EHPAD, il trouvait ça fantastique. Ils sont venus acheter des glaces, y'a des familles qui sont venues aussi, enfin, une population qui se rapproche pas de l'EHPAD en temps normal quand on y connaît personne. Et là, on arrive à rapprocher la ville vers l'EHPAD. »

Si ces multiples actions intergénérationnelles et d'ouverture de l'établissement vers le territoire de vie sont globalement valorisées par l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués et participent à l'expression de formes de soutien social en contexte de crise, les effets produits restent toutefois ponctuels. Bien que les résidents rencontrés apprécient ce type d'initiatives, c'est surtout la possibilité de sortir de l'établissement qu'ils mettent en exergue :

« On les a amusés (rires). C'est adorable. On est même allé les voir à l'école maternelle [hors période de confinement]. C'est beau. Ils nous ont chanté des chansons. On continue avec eux [...] ça m'a occupé. C'est beau mais... voilà. » (Résidente au sein de cet EHPAD)

D'autres soulignent la qualité esthétique des dessins réalisés par les enfants apportant notamment de la « coloration » à leur cadre de vie, en revanche, ils n'y attribuent pas davantage de signification. Comme le précise ce résident : *« Oui, ça faisait beau, c'est tout. »*

C'est aussi ce qu'exprime cette aide-soignante au sujet des mots transmis par certaines familles : *« Dans l'ensemble, c'était sympa, ils étaient là, c'était quand même des remerciements... Sans les avoir en face, on a quand même eu des petits mots gentils sur notre prise en charge. »*

Aussi, il faut ajouter qu'un très faible nombre de résidents répondaient par eux-mêmes à ces correspondances en raison de leur état de santé (difficultés de mémorisation, perte de motricité fine, notamment). Pour la très grande majorité d'entre eux, des professionnels et surtout des stagiaires étaient sollicités afin d'écrire les courriers. Si, selon les professionnels enquêtés, cette démarche mobilisait les compétences cognitives des personnes accueillies (ces derniers devant répondre à des questions qui leur étaient accessibles portant sur leur situation personnelle, par exemple leur âge, leur nombre de frères et sœurs, etc.) et contribuait à l'instauration de liens intergénérationnels, ce type d'actions peut ne pas convenir à tous.

D'une part, les modes et les trajectoires du vieillir sont très différenciées. Si certaines personnes âgées aspirent à une forme de « retraite-participation »⁹⁰, auquel cas les actions intergénérationnelles peuvent répondre à leurs attentes, d'autres envisagent ce temps de la vie comme une « retraite-retrait » caractérisée par la recherche d'une certaine tranquillité. D'autre part, et comme nous l'avons déjà vu, afin qu'une interaction prenne véritablement sens, celle-ci doit s'inscrire dans une continuité et une proximité relationnelles établies. Or, les changements de classe d'une année sur l'autre des élèves ne permettent que très rarement de poursuivre ces liens au-delà de l'année scolaire, parfois au sein même de l'année scolaire rendant ces actions très voire trop parcimonieuses pour certains résidents. Ici, c'est aussi un manque de disponibilité et de moyens humains qu'identifient les professionnels rencontrés. Comme l'évoque l'animatrice de cette structure : « *J'ai beaucoup sollicité les stagiaires parce que répondre à 30 enfants, ça fait beaucoup.* »

De manière générale, tout comme le développement des activités autour de la vie sociale des résidents, ce manque de moyens humains dans la poursuite de projets partenariaux auprès d'acteurs du milieu ordinaire reste un frein majeur au sein des EHPAD retenus. Cette même animatrice l'exprimait en ces termes :

« Oui, on est parti sur autre chose, on fait d'autres activités, là par exemple, on travaille avec un centre culturel pour faire l'arbre partagé, pour apprendre la culture aux résidents, leur montrer le bâtiment... A chaque fois, on est sur d'autres thématiques. A chaque fois, c'est compliqué de garder toujours un projet qui est mis en place et pas d'en mettre un autre en place quoi. En étant seule pour l'animation, garder tous les projets, à un moment donné, j'ai plus assez de temps. »

Ainsi, à l'échelle de l'ensemble des structures retenues, les initiatives menées durant la crise sanitaire auprès de différents acteurs du milieu ordinaire seraient à maintenir et/ou à renforcer dans la mesure où elles sont potentiellement vectrices de liens sociaux diversifiés participant au développement des facteurs de reconnaissance des personnes accompagnées autant qu'elles contribuent au changement de regard porté sur le handicap et le grand âge. Qu'il

⁹⁰ Modèle issu de la typologie des différents modes de vie à la retraite proposé par la sociologue Anne-Marie Guillemard.

GUILLEMARD A. M., LENOIR R., *La sociabilité en situation de retraite (Sociability in retirement)*. Paris, France: CEMS, 1973.

s'agisse d'actions intergénérationnelles, de réalisation de clips vidéos et musicaux diffusées sur les réseaux sociaux ; d'interventions de jeunes en service civique, d'étudiants et de stagiaires issus du secteur sanitaire, médico-sociale, de la psychologie ; de proches familiaux intervenant en tant que bénévoles, ou d'habitants provenant du territoire de proximité ; toutes ces initiatives et tous ces acteurs participent d'une même démarche d'inclusion des personnes accueillies en ESMS conjuguant une double logique : faire entrer le monde extérieur dans l'établissement et ouvrir la structure vers le milieu ordinaire.

Toutefois, il faut préciser que si le soutien apporté de l'extérieur a été plus prégnant au début de la crise sanitaire, sa manifestation tend depuis lors à globalement diminuer. De même, il semblerait que le secteur de l'âge ait été davantage concerné par ces différentes marques d'attention (envois de mots, de fleurs, confection de gâteaux... allant jusqu'à l'intervention d'une institutrice au sein d'EHPAD afin d'instaurer Skype au sein de l'établissement durant le premier confinement) que le secteur du handicap.

Enfin, ces initiatives impliquant des acteurs issus du milieu ordinaire font là-aussi réapparaître la fonction clé de médiateur facilitant la coordination entre les différents intervenants gravitant autour de la personne accompagnée (choix et inscription aux activités extérieures ; transmission d'informations sur la situation du résident entre les différents partenaires, auprès des aidants composant le réseau d'entraide familial...). A plusieurs reprises, les professionnels rencontrés ont fait part de ce temps de travail supplémentaire nécessitant là-aussi des moyens humains plus importants.

Par ailleurs, la phase de repérage des initiatives a mis en évidence la fonction clé d'agent de développement social local en contexte de crise favorisant la coopération entre les différents acteurs issus du milieu ordinaire. Cette dernière n'a pas été investiguée davantage dans la mesure où la structure concernée n'a pas été retenue dans notre panel final (un entretien téléphonique succinct s'est tenu auprès de l'un de ces professionnels), mais elle semble constituée une ressource importante dans la perspective d'actions tournées vers le territoire de vie des ESMS.

Lors de cette même phase de repérage, il faut aussi mentionner que plusieurs établissements relevant du champ de l'âge ont évoqué un mouvement d'internalisation de certains services suite aux effets de cette crise sanitaire. C'est en particulier la situation d'une Marpa⁹¹ souhaitant réintégrer une offre de soins au sein de l'établissement contribuant, selon son Directeur, à améliorer la prise en compte des besoins des résidents et à disposer d'un meilleur suivi de la situation globale de ces derniers. Il en va de même pour une résidence autonomie souhaitant intégrer la fonction d'animation sociale au sein de la structure (inexistante jusqu'alors). En effet, le contexte de crise a mis fin aux interventions de prestataires extérieurs relatives aux activités liées à la vie sociale. Aussi, une réorientation des services a permis de partager le temps plein exercé par une secrétaire (bénéficiant d'une formation antérieure d'animatrice) entre un mi-temps dédiée à son activité initiale et un mi-temps consacré à

⁹¹ Maison d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie.

l'animation (tous les après-midi). Selon la Directrice de l'établissement, les effets induits par cette initiative ont notamment renforcé :

- Une meilleure prise en compte des demandes exprimées par les résidents ;
- Une augmentation des temps d'accompagnement individualisés ;
- Une forte augmentation de la participation des résidents aux activités collectives (en groupe plus restreint depuis le début de la crise sanitaire)
- La création de nouvelles activités au sein de la résidence s'appuyant sur les propositions formulées par les résidents (par exemple, la diffusion de films thématiques suivie d'un débat) ;
- L'instauration de groupes de parole autour de la vie de la structure, des activités proposées, de la régulation d'éventuelles tensions entre résidents, des angoisses et de la solitude ressenties.

DANS UN CONTEXTE D'URGENCE ET ORDINAIRE, RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR A L'ECHELLE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE : GARANTIR LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX, LE LIBRE CHOIX, ET LA PRISE D'INITIATIVES

Ce dernier axe d'analyse porte plus spécifiquement sur le potentiel de développement du pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective des initiatives mises en place durant la crise sanitaire au sein des ESMS retenus. Elle est à considérer comme une partie conclusive de ce rapport final tant cette thématique apparaît de manière transversale et en filigrane à l'ensemble des expériences vécues par les différentes catégories d'acteurs impliqués et au centre des actions engagées, amplifiées ou envisagées. En effet, il ressort de cette phase d'enquête qu'aborder la prise en compte du lien social dans ces établissements médico-sociaux revient à considérer le lien aux autres mais aussi le lien à soi s'incarnant à plusieurs niveaux, souvent désignés sous le vocable de « curseur » par les professionnels entendus ou plus habituellement au sein des différents travaux scientifiques et institutionnels comme la « juste proximité ». Dans ce contexte pandémique, ces expressions s'incarnent dans bien des aspects : le rapport au temps et à l'espace, entre le collectif et l'individuel ; entre « inciter à faire » et « laisser faire ». C'est dans cet « entre-temps » que représente la première année de la crise sanitaire que ces formes d'« entre-deux » se sont exacerbées. Elles surgissent de manière explicite autour des questions relatives à l'autonomie physique –et surtout– décisionnelle des personnes accompagnées, notamment sous le prisme des activités liées à la vie quotidienne.

- **Des initiatives contribuant au maintien et/ou au renforcement de l'autonomie physique et décisionnelle sous le prisme des activités de la vie quotidienne**

Comme nous l'avons vu, suite aux différentes mesures de confinement et aux protocoles sanitaires mis en place au sein des structures durant cette crise sanitaire impliquant une limitation de la liberté de déplacement, la suspension des visites, et une forte restriction de la vie collective, les activités autour de la vie quotidienne dans les établissements ont pris une place prépondérante. De nombreux témoignages au cours des focus group menés y font référence en y associant très souvent la notion d'autonomie. Si cette dernière est le plus souvent considérée sous l'angle du maintien de la fonctionnalité du corps, elle renvoie surtout à l'aspect décisionnel, au droit de choisir et aux capacités d'agir des résidents⁹².

Aussi, si l'on retrouve cette thématique au sein du secteur handicap (évoquée en première partie du rapport), celle-ci est tout aussi prégnante sur le champ de l'âge, en particulier à travers l'expérience relatée par les professionnels d'un EHPAD retenu autour de la réorientation des activités du PASA. En effet, suite à sa réouverture, les « repas thérapeutiques » consistant à laisser aux résidents le choix de certains menus et la confection de ces derniers ont été amplifiés :

*« Ca sera la première fois jeudi, il y a deux jours d'activités cuisine le matin. Et mercredi, on fait la sauce tomate. Et pour laisser bien mûrir, on la mange le jeudi. Donc en fait, c'est nous qui faisons notre repas au PASA. Ca les incite à manger... [...] Il y a des gens qui ne sont jamais satisfaits par la cuisine faites par les autres, il manque toujours quelque chose. **Toutes les semaines, j'ai deux matins où ils ont un truc à faire : une entrée ou un goûter. Le leur est toujours très bon, parce que c'est eux qui l'on fait [rires]. Et comme c'est eux qui l'ont fait, ils ont envie de goûter.** » (Responsable du service)*

Outre la constitution des repas, c'est également la préparation et la présentation de la table, la débarrasser, laver la vaisselle, etc., sur lesquels sont davantage sollicités les participants et que certains d'entre eux souhaitent accomplir. Bien qu'en la matière, ces incitations ne sont pas nouvelles de la part des professionnels, il apparaît dans les propos de cet enquêtée que le contexte de la crise sanitaire ait favorisé la mise en pratique de cette posture professionnelle :

« Y'a des choses que je fais faire en plus, c'est-à-dire que j'ai toujours voulu le faire: qu'ils mettent la table, qu'ils la débarrassent... Je peux pas demander à quelqu'un qui est en fauteuil roulant et qui bouge presque pas de mettre la table. J'en ai une, elle est en fauteuil, elle a les mains comme ça, mais par contre elle, elle met les couverts, elle trouve qu'elle est plus à l'aise à le faire. »

Enquêteur : « Vous ne le faisiez pas avant ? »

*« Pas autant. Je vais vous dire pourquoi, il y a l'histoire d'habitudes : ils ont été habitués à ce qu'on leur mette la table. Parce que vous savez ce que j'entends aussi, par exemple, l'activité pliage de serviette, j'ai demandé un jour, ça m'est venu comme ça, j'ai demandé à la Directrice si je pouvais prendre des serviettes à replier dans la lingerie pour épauler à l'époque, parce que c'était les veilleuses de nuit qui les pliaient. **J'ai dit comme ça, ça allège les collègues et ça fait faire des choses d'autrefois aux résidents.** Donc elle a approuvé, j'ai*

⁹² ENNUYER B., « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe*, 2013/5 (Hors-série 6), p. 139-157.

*mis ça en route. Y'en a une c'était la vaisselle, une autre c'était faire ci, maintenant, j'en ai une qui balaie, j'en ai trois qui font la vaisselle, des fois elles s'engueulent pour faire la vaisselle. Mais voilà, c'est là où je voulais en arriver. **Y'a des jours, elles vont être cinq, six à tourner autour de la table et y'a des jours où je ne les aurais pas. Y'a des jours, elles ne voudront pas. Je m'acclimate, je fais avec. Quand c'est pas elle qui font, c'est moi.** »*

Plus largement, c'est aussi la notion d'« utilité » qui apparaît des échanges tenus par ces professionnels au cours du focus group mené faisant écho au maintien d'un rôle social des résidents prenant ici différentes significations : à la fois leur permettre de réaliser des activités faisant sens pour eux renvoyant à leur histoire de vie, participer (pour ceux qui le souhaitent) à la vie de la structure en effectuant des tâches domestiques au sein des espaces de vie privée et collectifs selon leurs compétences, rendre service en aidant les salariés. Les membres des équipes accompagnantes rencontrés l'exprimaient en ces termes :

*Mme F. : « Ils se sentent inutiles [...] Dans le film « Maison de Retraite », en fait, ils ont tous une fonction. **L'un doit faire ci, l'autre doit faire ça, mais ils ont rajeuni de 20ans parce qu'ils ont quelque chose à faire en fait !** Mais moi, c'est ce que je veux faire ici. Je veux qu'ils aient quelque chose à faire. »*

*Mme L. : « **On le dit bien en formation animation, on le dit bien qu'ils sont comme chez eux, qu'il faut les laisser faire, et on les conditionne pour qu'ils ne fassent pas.** On fait tout pour eux. On nous dit faut les laisser faire, mais nous, on nous dit... »*

Mme E. : On a une fiche de poste avec des choses à faire et du coup, on fait ce qu'on a faire et c'est vrai qu'on leur coupe un... On tartine pour eux, on range leur matériel... on fait vraiment tout pour eux. »

*Mme F. : « Y'a deux semaines, y'a une dame qui vient depuis peu de temps au PASA, elle me dit : « Mais moi, j'aime faire le pain ». Je lui dis : « Ah bon ? ». Elle me dit : « Ah ouais, je pourrai en faire ici ». Alors je lui dis : « Pas de problème, la semaine prochaine, je vous amène de la farine ! ». Et bah, elle nous a fait du pain, elle nous a fait du pain pour les trois tables et un pour la Directrice. Et pas la simple baguette, le pain travaillé. **Je l'ai pris en photo, je vais vous le montrer. Et elle était super contente. Ca l'a valorisé, c'est bien. Dans un mois, c'est la pizza ! Même moi, de voir comment on fait, c'est génial, moi j'ai appris des choses.** »*

Mme E. : « Et si nous, on se confie à eux, ça les incite aussi à nous raconter. C'est un échange, c'est automatique, c'est naturel. »

Il faut dire que spontanément, plusieurs résidents rencontrés ont valorisé ces activités. Ces habituées du PASA l'évoquaient ainsi :

*Mme U. : « **Aujourd'hui, on va manger ce qu'on a fait hier, c'est bien, c'est nous qui l'avons préparé ! Alors on est bonnes à quelque chose encore !** [...] On est utile à la cuisine, mais y'a pas que ça. On fait des œufs de Pâques, on les découpe, on fait du coloriage dessus, ça fait travailler les mains. »*

Mme Y. : « Et la tête ! Maintenant, on fait un truc pour le 14 juillet, le Tour de France, on est en train de faire des vélos. On prend du carton, des trucs en bois. J'aime bien moi ! On joue à des jeux quand on n'a rien à faire. On joue au pendu. Le muguet aussi, le premier mai. On l'a vendu aux gens qui venaient sur une table avec ce qu'on avait fait nous. »

Mme V. : « Ca s'est bien passé. »

Mr T. : « J'ai acheté même des décorations. »

Mme C. : « J'aime bien y aller moi. »

Mme U. : « Alors le midi on mange toujours là. Tous les jours, sauf le samedi et le dimanche. »

De manière générale, qu'il s'agisse d'un contexte d'urgence et ordinaire, les propos de ces résidents font très souvent référence à l'importance de maintenir leurs habitudes de vie et du sentiment d'utilité qu'ils éprouvent lors de la réalisation de certaines tâches liées à la vie quotidienne. Pour certains, ces dernières peuvent renvoyer à la préservation d'une forme d'autonomie. Un autre extrait issu du focus group menés auprès de ces derniers est particulièrement explicite à ce sujet :

Mme F. : « On plie seulement, on plie les serviettes pour tout le monde. Ils les lavent en bas et parfois ils nous les apportent pour qu'on les plie. »

Mr T. : « Moi, j'aime bien ça. »

Mme F. : « Il y en a une soixantaine. C'est pour passer le temps. »

Mme E. : « Moi aussi. »

Mr T. : « Mme R. [professionnelle au sein de l'EHPAD] est venue me chercher, elle m'a dit : « Je ne savais pas que vous repliez les chemises ». Et tout comme ça, parce qu'on a été appris [...] Moi j'adore ça. Je le faisais même chez moi. On était une grande famille, on participait tous. On apprenait à faire beaucoup de choses : Remettre un bouton, faire des ourlets [...] Je fais un peu tout : le linge, même repasser une chemise, je sais le faire. Les familles dans le temps, on apprenait tous. J'étais content de savoir recoudre un bouton de sous-vêtement. »

Plusieurs membres des équipes accompagnantes enquêtés au sein de cet EHPAD ont également fait part de ce « pas de côté » qu'elles ont accentué depuis le début de cette crise sanitaire s'incarnant encore et tout particulièrement dans ces activités du quotidien :

Mme L. : « Faire de la cuisine, le ménage qu'ils pouvaient faire avant, ils peuvent le faire avec elle justement [au PASA]. Parce que nous on fait tout pour eux jusqu'à maintenant : lingerie, rangement des placards... [...] Y'a quelques résidents qu'on laisse. On leur laisse par exemple le linge sur le lit et c'est eux qui rangent. Et la plupart, on le fait pour eux. »

Mme F. : « Vous savez, rien que leur dire : « Ah, vous pouvez m'aider, j'ai plein de travail. Vous pouvez me donner un coup de main ? ». Même si c'est pour deux serviettes, ils sont contents. En fait, ils nous ont aidés, ils se sont rendus utiles [...] Vous voyez, au PASA, j'en ai une, vous voyez quand elle était à l'école, elle adorait écrire, c'est elle qui faisait les plus

belles lettres de sa classe. Eh bien, quand il y a des choses à écrire, qu'elle vient au PASA, c'est elle qui écrit automatiquement. J'en ai une, elle a un manchon, elle ne peut pas faire tout ce qu'elle veut par rapport à son manchon, donc elle veut les recettes. Donc les recettes, c'est elle automatiquement qui les lit. Donc on leur donne tous un petit rôle, et je trouve que peu importe le rôle, ils sont contents, parce qu'on leur donne de l'importance [...] J'ai un papy qui ne voulait jamais descendre au PASA, depuis qu'il fait beau, il va m'arroser les fleurs, il est content comme tout, il met la table. J'ai même plus besoin de lui demander, il le fait tout seul. C'est génial ! »

Enquêteur : « Et quel est votre rôle dans ces situations ? »

Mme F. : « (Rires) Je les regarde ! Je vais prendre des photos, franchement, je suis contente. »

Ces différents éléments doivent toutefois être nuancés. A travers cette focale sur cet établissement, si l'on constate, d'une part, une réelle prise en considération des capacités d'agir et du droit de choisir des personnes accueillies en fonction des compétences, ressources et aptitudes dont elles disposent, il s'agit de relativiser la notion d'« utilité » exprimée par l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués. Cette dernière renvoie en effet à l'organisation du travail salarié au sein de nos sociétés industrielles qui reste un référentiel, constitué de normes et de valeurs, fortement intériorisé et ancré dans les manières d'agir, de planifier et de se représenter le quotidien... même quand les personnes en sont « exclues » du fait de leur âge (en référence à leur existence avant leur départ en retraite, par exemple) et/ou de leur situation de handicap (en référence à la structuration de leurs journées en fonction de l'organisation du travail des équipes professionnelles).

Il s'agit d'un point central de l'étude et transversal à l'ensemble des parties du rapport, il peut ici s'incarner dans les propos de cette résidente d'EHPAD ne souhaitant plus s'occuper des tâches domestiques et/ou des repas : « *Moi, je ne participe pas, j'en ai assez fait dans ma vie !* »

Aussi, les propos de cette enquêtée laissent apparaître une volonté de vivre une forme de « retraite-retrait »⁹³ que l'on retrouve chez d'autres résidents rencontrés au sein des EHPAD retenus, certes en nombre minoritaire dans notre panel d'interrogés dans la mesure où ces derniers souhaitent se mettre en marge du collectif. Mais qu'il s'agisse du secteur de l'âge et/ou du handicap, c'est aussi la prise en considération de ces profils de personnes accompagnées que semble mettre en lumière cette crise sanitaire.

- **Dans un contexte ordinaire et d'urgence, maintenir et/ou renforcer la prise en compte des demandes et des attentes exprimées par les personnes accueillies**

Au-delà des actions mises en œuvre durant le contexte pandémique, c'est surtout des principes d'intervention à visée opérationnelles qui seraient donc à maintenir et/ou à renforcer autour du « **faire avec** » les personnes accueillies tendant à valoriser l'**interdépendance** –

⁹³ GUILLEMARD A. M., LENOIR R., *La sociabilité en situation de retraite (Sociability in retirement)*, op.cit.

comme critère majeur d'un lien social de qualité- plutôt que l'indépendance renvoyant à une certaine vision « normative » et « illusoire » de l'autonomie comme impératif ; le « **laisser faire** », le « **laisser vivre** », et le « **laisser vieillir** » face à l'injonction à l'activité -souvent perçue comme une valeur cardinale- et à la participation sociale -pouvant potentiellement mettre à l'écart les résidents aux plus faibles ressources. C'est aussi une forme de « **droit à la solitude choisie** » qu'émerge des focus group menés face aux injonctions liées à l'« utilité sociale » au sein d'un collectif et à la promotion d'une certaine conception du « lien social » telle qu'apparaissant parfois dans la littérature institutionnelle pouvant générer de la culpabilité ou de la stigmatisation chez les personnes accompagnées privilégiant davantage les moments d'intimité.

Maintenir et/ou renforcer les initiatives allant en ce sens implique nécessairement de considérer les inégalités sociales et territoriales de santé. Agir de concert sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé afin de les réduire conduit à intervenir simultanément à un double niveau : collectif par des actions globales s'appliquant à tous, et individuelle par des interventions graduées, proportionnées, et adaptées à chaque profil de personnes accompagnées dont les caractéristiques sociodémographiques, socioculturels, socioéconomiques sont différenciés et les trajectoires de vie toujours singulières. C'est à ces conditions que peut s'exprimer le pouvoir d'agir à l'échelle individuelle comme collective, le respect des droits fondamentaux, le libre choix, et la prise d'initiatives des personnes accompagnées en ESMS.

Dans cette perspective, l'accompagnateur en santé s'inscrivant dans une posture d'ouverture, d'écoute, et de non-jugement constitue une fonction clé afin de promouvoir la participation effective (incluant la possibilité de ne pas participer) des individus et des collectifs au sein comme à l'extérieur des établissements. Cette démarche implique de privilégier des modes d'intervention participatifs formels (CVS, conseils de maison, commission repas/menu, comité des fêtes...) et informels visant l'accroissement de l'empowerment des populations en développant la capacité des individus à exercer leur pouvoir socialement, politiquement, économique et psychologiquement à travers :

- L'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences ;
- L'implication dans les processus de prise de décision ;
- La capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires ;
- L'efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu.

Il faut ici souligner que plusieurs établissements du secteur handicap ont mentionné l'absence de budgets consacrés à la formation des personnes accompagnées comme un frein important à l'évolution des pratiques en la matière. En effet, les initiatives évoquées sont très majoritairement financées sur fonds propres et nécessitent des financements complémentaires. Si les appels à projets sont bien repérés par les professionnels, ils ne garantissent pas pour autant la pérennité des ces actions : l'organisation « en silo » du secteur médico-social ayant pour conséquences, notamment, de contraindre les établissements à répondre à des appels à projets en fonction de l'autorité de tutelle dont ils dépendent restreignant ainsi leur champ des

possibles. Par ailleurs, les modes de certification « Qualiopi » ont également été identifiés comme une autre limite institutionnelle dans la mesure où certains formateurs indépendants n'ont pas les moyens d'y être référencés alors que les structures souhaiteraient les solliciter. Développer l'axe politique par l'interpellation des décideurs constitue donc un autre facteur clé permettant l'inscription de ces initiatives dans un temps long.

CONCLUSION : AGIR EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL EN ESMS ET REPENSER LES ACTIONS SUR LES NORMES SOCIALES ?

Contribuer au développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées en ESMS, c'est aussi agir sur les normes sociales impliquant une prise en considération de la singularité des parcours, des histoires et des expériences de vie où le pluralisme des positionnements est reconnu. En écho aux travaux conduits par les auteurs du rapport intitulé « Repenser les actions sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être »⁹⁴, œuvrer en la matière consiste à encourager les interventions visant l'instauration de « liens soutenus, significatifs, interactifs et positifs au sein de la communauté » ayant « le plus de chance d'avoir une influence durable sur les normes sociales ».

Aussi, en filigrane de nombreuses initiatives menées et/ou envisagées durant cette crise sanitaire en faveur du lien social au sein des ESMS surgissent plusieurs facteurs clés autour d'une plus grande souplesse de fonctionnement des structures induite à la fois par des temps d'accompagnement bien supérieurs à la moyenne habituelle (au sein du champ du handicap) et par des modalités organisationnelles plus participatives appuyées par des politiques institutionnelles favorables à la santé faisant place à l'inventivité. Ces différents leviers d'action impliquent une relation de confiance entre l'ensemble des catégories d'acteurs de la relation d'aide (bien que non concernés par cette étude, nous pouvons ici y intégrer les mandataires judiciaires à la protection des majeurs -lorsqu'il ne s'agit pas de proches familiaux) et à tous niveaux. Cette confiance accordée aux autres et en soi apparaît alors au fondement d'un principe de responsabilité partagée favorable à l'application d'une certaine forme de droit au risque (d'innover, de prendre des initiatives...). Elle implique également une dimension spatio-temporelle prépondérante se traduisant par une proximité et une continuité relationnelles établies entre les principaux acteurs concernés que le contexte de crise sanitaire a renforcé. A titre d'illustration, nous pouvons citer cet extrait issu d'un focus group mené auprès de professionnels de l'accompagnement :

Mme S. : « [...] La question du temps dans le handicap, c'est une vraie question, la question de la relation. En fait, il faut prendre le temps de construire une relation pour faire du lien social. Tant que la vie ça sera une course au temps, bien entendu que ça sera compliqué. Parce que c'est ce qui nous a permis de nous recentrer, parce qu'il y a un moment, il y a eu un coup de frein à main en fait. On était dans un rythme plus adapté aux personnes en situation de handicap aussi. Un rythme beaucoup plus confortable pour eux, parce qu'on est

⁹⁴ GAUTHIER A., HOULE V., ROY M., ST-PIERRE J., « Repenser les actions sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être : Synthèse d'une activité aux journées annuelles de Santé Publique 2018 », Institut National de Santé Publique du Québec, 10 janvier 2020.

speed alors qu'eux ont besoin de temps. Vous posez une question, y'en a qui vous mettent 30 secondes à vous répondre. Mais parce que ça fait partie... »

Mme A. : « Parfois vous avez tourné les talons qu'il ne vous a pas répondu. Moi je m'en rends compte et je le fais. Vous passez, vous dites : « Oh, salut, ça va ? ». Bah vous n'attendez pas la réponse, vous arrivez au bout de la salle, il vous répond. »

Mme S. : « Et c'est ça le lien social, finalement, c'est déjà commencer par ça, commencer par : « Bonjour, ça va ? ». Et attendre la réponse de l'autre. »

Enfin, la phase d'enquête a aussi mis en exergue l'importance de renforcer l'alliance, ou la « triple expertise », entre les différents acteurs de la relation d'aide et de mieux saisir les interactions qu'ils entretiennent entre eux : résidents, proches familiaux, professionnels. De manière générale, il serait intéressant de mieux comprendre l'entrelacement et l'articulation des différents rôles joués par les représentants de famille, notamment entre celui de parent/enfant, d'aidant informel, et de tuteur/curateur. Les focus group menés auprès de ces acteurs font également apparaître un enjeu de taille autour de la recherche d'une forme d'articulation ou d'un « juste équilibre » entre l'accompagnement proposé au sein de l'établissement et le contexte et les habitudes de vie au domicile familial (en ce qui concerne les personnes âgées retournant ponctuellement ou régulièrement chez leur(s) enfant(s) par exemple et les adultes en situation de handicap bénéficiant d'une autre modalité d'accueil qu'un hébergement complet).

Dans cette perspective, nous pouvons proposer les quelques pistes de réflexion et d'action suivantes :

-Instaurer et/ou renforcer des formations et/ou des temps d'échanges animés par des intervenants extérieurs mettant en coprésence les personnes accompagnées, les aidants familiaux et les professionnels autour de l'autodétermination et du pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective. En effet, bien que cette piste d'analyse n'ait pas pu être davantage investiguée, il est intéressant de noter qu'un nombre significatif d'adultes accueillis (uniquement au sein du secteur handicap) dans une modalité autre qu'un hébergement permanent souhaitent désormais rester plus souvent au sein de l'établissement (par exemple, retourner au domicile des parents un week-end toutes les trois semaines plutôt que toutes les semaines). Il semble que la question de l'autonomie décisionnelle soit ici centrale et que cette dernière ait été (re)questionnée par les effets de la prise de « distance » induits par les conséquences de cette crise sanitaire auprès de l'ensemble des acteurs de la relation d'aide. Comme l'exprime cette mère de famille dont le fils est accompagné au sein d'une MAS :

« Moi, j'ai 73ans, mon mari va avoir 76ans. Là, il a des soucis de santé. On sait pertinemment qu'on ne va pas pouvoir reprendre notre fils tous les quinze jours. Vous voyez le fait d'avoir vécu l'expérience du Covid, ça nous conforte dans le fait de le laisser [au sein de la structure]. C'est vrai qu'ici, on a dit : « S'il faut vous le ramener [dans l'établissement] une journée, on viendra le chercher ». Je pense qu'on appréhende mieux la chose maintenant que si ça avait eu lieu avant le Covid où on ne pouvait plus le prendre. Ça nous aide... mon mari est un peu plus dur que moi, il dit : « Faut qu'on se ménage avant qu'il y ait des soucis, si on veut aller loin. »

Une autre illustration est également apportée par cette mère de famille dont la fille est accompagnée au sein de la même structure :

« Moi, c'est un peu le même genre. **Je me suis rendue compte que quand Mme F. [participante au même focus group] disait ça, c'est comme une préparation, et puis tu as confiance, tu as vu que ça marchait bien.** Alors nous, on a repris notre fille après le premier confinement, on a dit [avec son époux]: « Plus jamais ça ». Donc au deuxième confinement, on ne savait pas trop, et elle est restée là [au sein de la structure]. Après, y'a eu les Skype, y'a eu tout ça. Comme notre fille connaissait les Skype, ça marchait bien, plus que le plexi, moi je préférerais le Skype. **Je me suis dit : « Après nous ? ».** Notre fille a déjà perdu une sœur qui est décédée, donc elle n'a plus qu'une sœur. Sa sœur a des enfants, elle est mariée, elle n'habite pas dans la région. Un jour, on ne pourra peut-être plus à cause de la santé, parce qu'on vieillit. J'ai presque 70 ans. **Finalement, ce que m'a apporté le deuxième confinement, ça m'a montré que notre fille, elle était capable de se débrouiller toute seule.** Dans le sens où avec son faible... Non, elle communique, mais faut vraiment bien la connaître. Mais elle connaît énormément de choses, elle est... mais faut vraiment la connaître et faut vraiment que la personne en face d'elle ait envie de la connaître. Bon, y'en a beaucoup ici qui la connaissent. Et finalement, elle a montré qu'elle pouvait se débarrasser... enfin non... enfin, trop d'affectif avec ses parents, par exemple... Finalement, je me suis dit : « Il faut se servir de ça ». Enfin je le dis, mais j'oublie un peu. **Finalement, se servir de ça pour venir un peu moins souvent la voir entre guillemets, parce que moi je venais tous les jours donc... »**

Enquêteur : « Parce que maintenant, vous ne venez plus tous les jours ? »

« **Non, non, maintenant, j'essaie de ne plus venir tous les jours.** J'ai essayé deux fois par semaine, parce qu'il y a quand même des besoins. Ça, c'est des petits trucs que j'ai entre elle et moi. **J'ai essayé, parce que c'est pas l'aider de venir tous les jours. C'est pas m'aider moi non plus. C'est pas l'aider non plus.** Parce que quand elle sera un jour sans sa mère ou sans son père, ou sans les deux, ou parce qu'ils ne peuvent plus bouger dans leur maison, et que sa sœur ne pourra pas forcément venir tout le temps... Et si elle vient, ça va être une fois de temps en temps, admettons, une fois tous les quinze jours, trois semaines, ou tous les mois... Il faut qu'elle soit habituée. »

A travers ces différents extraits issus des focus group menés, on perçoit ici toute l'ambivalence du positionnement de ces enquêtées accordant à la fois une attention toute particulière à la préservation de l'identité personnelle de leur enfant mais surtout confrontées, de manière exacerbée durant cette période pandémique, à une oscillation permanente entre autonomie et protection où, semble-t-il, le contexte de crise aurait abouti à une forme de desserrement du niveau de vigilance et de protection autour de la personne par les effets conjoints de la contrainte et d'une prise de conscience, certes préexistante, mais révélée par cette situation d'urgence. A l'échelle de l'ensemble des établissements du secteur handicap, il faut préciser que plusieurs professionnels ont émis l'hypothèse que l'effet conjugué d'un certain éloignement des adultes accompagnés vis-à-vis de leurs parents et l'augmentation du temps de coprésence entre les résidents et les membres des équipes accompagnantes auraient

permis à ces derniers de découvrir, pour citer des propos recueillis, « leur vraie personnalité », autrement que par l'intermédiaire de leur famille.

-Diversifier les thématiques abordées lors des Conseils de la Vie Sociale et/ou au sein des diverses instances participatives au sein des ESMS ayant trait à des préoccupations communes aux divers acteurs de la relation d'aide : par exemple, le respect des rythmes de vie ou encore de l'intimité des personnes accueillies ; le rapport au travail « protégé » et aux activités « productives » dans le secteur handicap ; la valorisation des activités relatives au lien social au sein des EHPAD ; les prises en charge « thérapeutiques » sur les deux secteurs d'intervention. Les familles pourraient être sollicitées en amont de ces réunions afin de faire parvenir leurs propositions thématiques. Aussi, suite à cette crise sanitaire et aux risques de développer une forme grave de la Covid-19, il faut souligner que de nombreux aidants familiaux ont fait part de leurs inquiétudes -accentuées au cours de cette période- de ne plus pouvoir assurer l'aide qu'ils apportent à leur proche. La question d'un possible passage de « relais » auprès des générations plus jeunes au sein de la famille a été évoquée à de multiples reprises au cours des focus group et pourrait faire l'objet de temps d'échanges. Par ailleurs, une réflexion pourrait aussi être engagée autour de la place et du rôle des mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

-Instaurer une réflexion spécifique sur la mobilisation des familles dans la vie des établissements en termes quantitatif (en très grande majorité, les structures ont fait état d'un nombre insuffisant de représentants de famille), et qualitatif eu égard à la nécessité de diversifier les profils sociodémographiques, socioéconomiques, socioculturels de cette catégorie d'acteurs. Il s'agirait, par exemple, d'associer à cette réflexion des éléments prenant en compte la question de l'accessibilité tant en matière de transmission d'informations relatives à la vie et au fonctionnement de la structure qu'au regard des conditions de vie, de travail, et de santé des proches familiaux pouvant engendrer des freins à leur participation.

PERSPECTIVES DE TRAVAIL : CONJUGUER LE TEMPS COURT ET LE TEMPS LONG

Plusieurs perspectives de travail peuvent être envisagées à la suite de cette étude conjuguant le court et le long terme :

- Accompagner les ESMS volontaires à la formalisation et à l'évaluation des initiatives mises en œuvre -et le plus souvent en cours de développement- en faveur du lien social. Des critères d'évaluation pourraient être co-construits avec l'ensemble des catégories d'acteurs impliqués reposant sur une approche plus qualitative. La grille « Lor'IS : Sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé »⁹⁵ et sa remplaçante la

⁹⁵ [Grille Lor'IS : Sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé \(ireps-grandest.fr\)](https://www.ireps-grandest.fr/Grille-Lor-IS-S%C3%A9lection-de-crit%C3%A8res-contribuant-%C3%A0-la-r%C3%A9duction-des-in%C3%A9galit%C3%A9s-sociales-et-territoriales-de-sant%C3%A9-dans-les-actions-de-promotion-de-la-sant%C3%A9)

future grille Prosirir qui sera finalisée fin avril 2023 pourrait servir de base de travail pertinente dans cette optique.

- Proposer aux ESMS volontaires une démarche de capitalisation de ces initiatives à la suite de leur évaluation afin de valoriser l'engagement de l'ensemble des acteurs impliqués, d'essaimer les pratiques « prometteuses », et plus largement d'améliorer les outils relatifs à ces démarches en prenant mieux en compte le croisement des savoirs expérientiels, et pas uniquement le point de vue du porteur de projet.
- Organiser des journées d'échange et de partage d'expériences à un échelon territorial sur le modèle de celle proposée dans le cadre de cette étude favorisant à la fois le croisement des savoirs expérientiels (personnes accompagnées, proches familiaux, professionnels, partenaires issus du secteur et du milieu « ordinaire », représentants des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs), l'interpellation des décideurs politiques et institutionnels, et le rapprochement des connaissances entre le secteur de l'âge et celui du handicap.
 - Ces évènements pourraient porter sur une entrée thématique particulière (par exemple, sur le respect des rythmes de vie des résidents vivant en institution médico-sociale, sur la préservation d'un chez-soi au sein de l'établissement, ou encore sur l'usage des outils de communication et des réseaux sociaux numériques) et faire l'objet d'études de cas concrets en veillant à préserver l'anonymat des personnes dont les situations sont mobilisées.
- Proposer des formations auprès des structures volontaires visant le développement du pouvoir d'agir des personnes accueillies à travers :
 - La découverte et/ou le renforcement de l'entretien motivationnel dans les postures et les pratiques professionnelles
 - Le renforcement des postures et des pratiques professionnelles centrées sur les compétences psychosociales des résidents d'EMS
 - La découverte et/ou le renforcement de la méthodologie de projet en promotion de la santé au service de la réduction des inégalités de santé
- Dans le prolongement de cette étude, développer un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé permettant de mesurer sur un long terme les effets conjugués des initiatives et des différentes stratégies d'intervention mises en œuvre en faveur du lien social durant la crise sanitaire au sein des ESMS volontaires.
 - Une focale particulière pourrait être engagée visant à améliorer les méthodologies d'enquête mobilisées auprès de personnes dyscommunicantes et/ou présentant des troubles cognitifs importants accueillies en ESMS.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages, articles et actes de congrès :

- ALIAS F., BIDAUX L., FERRON C., LAFITTE S., MASROUBY M., POLI S., QUELENNEC E., 2018, *Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap. Guide d'aide à l'action pour la réalisation de projets de santé dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 40 p.
- Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale (AIFRIS-France), novembre 2022, Appel à contributions « 10ème Congrès international de l'AIFRIS : « Sociétés en crises et travail social : Explorer les dynamiques politiques, de formations, de recherches, d'interventions et d'expériences ».
- BALARD F., CARADEC V., CASTRA M., et al., « Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/4 (n°141), p. 31-48.
- BOISVERT D., PIRIOU E., RIHOUEY N., LEMAY J., 2020, « Autodétermination », *Consortium national d'expertise en inclusion sociale (Québec) / Association Côte-à-Côte et Centre de preuves-Société Inclusive (France)*.
- CAMBON L., RIDDE V., ALLA F., 2010, « Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 58, no 4 : p. 277-283.
- CAMPÉON A., « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société* 2016/1 (vol. 38 / n° 149), p. 11-23.
- CANCIAN F., 2000, *Caring and gender*, Thousand Oaks, Pine Forge Press.
- CARADEC V., 2009, « Vieillir, un fardeau pour les proches ? », *Lien social et Politiques*
- DECI E. L., RYAN R. M. (2008). « Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains] ». *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(1), 24-34.
- DESCHAMPS J-P., 1984, *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, Environnement et santé publique*.
- DUBASQUE D., « Comment la crise liée au Covid-19 a bouleversé les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et posé la question de leur devenir », *Vie sociale*, 2022/1 (n° 37), p. 37-49.
- DUBOST, C.-L., POLLAK, C., REY, S. (coord.), et al., juillet 2020, « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives ». DREES, Les Dossiers de la DREES, 62 p.
- DREYER Pascal, « Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie », *Gérontologie et société*, 2017/1 (vol. 39 / n° 152), p. 9-23.
- EDWARDS M., WOOD F., DAVIES M., EDWARDS A., 2012, « The development of health literacy in patients with a long-term health condition : the health literacy pathway model ». *BMC Public Health*.
- Équipe Vico, 2020, *La traversée du confinement : résultats de la première vague de l'enquête Vico*, La vie en confinement : études et résultats, n° 3.
- ENNUYER B., « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe*, 2013/5 (Hors-série 6), p. 139-157.
- FAZAL N., JACKSON S-F., WONG K., et al., « Elaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires ». *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politiques et pratiques*, vol. 37 n° 11, 2017-11, 8 p.

- FERRON C., 2017, « La littératie en santé. Synthèse bibliographique », Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 39 p.
- FRETIGNE C., « La qualification sociologique du lien social. Des orientations concurrentes », *Pensée plurielle*, 2012/1 (n° 29), p. 37-49.
- GAUTHIER A., HOULE V., ROY M., ST-PIERRE J., « Repenser les actions sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être : Synthèse d'une activité aux journées annuelles de Santé Publique 2018 », Institut National de Santé Publique du Québec, 10 janvier 2020.
- GISBERT A., LORAIN I., ORHAN J., et al., « Inégalités sociales de santé en temps de crise sanitaire. PS² : Problèmes et solutions en promotion de la santé. Dossier documentaire », Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes, 2021, 68 p.
- GRELLEY P., « Contrepoint - Le *care* : revisiter le lien social ? », *Informations sociales*, 2015/2 (n° 188), p. 53-53.
- [Grille Lor'IS · Sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé \(ireps-grandest.fr\)](http://ireps-grandest.fr)
- Groupe Français des Personnes Handicapées : Promouvoir le partage d'expériences positives et la participation citoyenne, *Charte de la pairémulation 2003* (révisée en 2009) cité par Sizaret A., Ireps Bourgogne Franche-Comté, mars 2020, *Dossier documentaire sur la pair-aidance*.
- GUILLEMARD A. M., LENOIR R., *La sociabilité en situation de retraite (Sociability in retirement)*. Paris, France: CEMS, 1973.
- HYPPOLITE S. R., PARENT A.-A. (2017). « Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire », cité par E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 177-208.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. « Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap ». *La santé de l'Homme*. 2011 ; (412) : 8-47.
- ISCHER P., SAAS C., Fondation O2, « La participation en matière de promotion de la santé. », Document de travail, Berne et Lausanne : Promotion Santé Suisse ; 2019. 26 p.
- La littératie en santé au Canada : une question de bien-être. Ottawa : Conseil canadien sur l'apprentissage ; 2008. 41 p.
- JACQUIER C., « Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui? », *Vie sociale*, 2011/2 (N° 2), p. 33-48.
- JANVIER R., 2018, « Quel « aller vers » et « faire ensemble » avec les usagers ? », Intervention aux journées régionales de l'ANPAA cité par le Haut Conseil du Travail Social, 2021, *Pratiques émergentes du travail social et du développement social*.
- KITZINGER J., « The methodology of focus groups : the importance of interactions between research participants, *Sociology of health and illness* », 16, 1, 1994a, p. 103-121. Cité par Kitinger J., Markova I., Kalampalikis N., « Qu'est-ce que les focus groups ? ». *Bulletin de psychologie*, 2004, 57 ((3)), pp.237-243.
- LACHAPPELLE Y., FONTANA-LANA B., PETITPIERRE G., et al., « Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels », *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 2022/2 (N° 94), p. 25-42.
- LAMBERT A., CAYOUE-REMBLIERE J. (dir.), 2021, *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour-d'Aigues, Ined/éditions de l'Aube.
- LAVAL C., 2016, « 'Commun' et 'communauté' : un essai de clarification sociologique », *SociologieS*.

- LECORPS Ph., PATURET J-B., *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, ENSP éd. 1999.
- MOL A., « Ce que soigner veut dire : Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix », Paris, Presses des Mines, 2009.
- MARMONT T., 2020, « Suite aux périodes de confinement et de déconfinement, quelles évolutions du secteur social et médico-social ? », Le Colporteur.
- MARTIN C., « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-Économie*, 2008/2 (n° 2), p. 27-42.
- MAUSS M., « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *l'Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924.
- MIRON A., BALARD F., *Vieillir et Être Utile (ViEU) : Rapport final*. [Rapport de recherche], Université de Lorraine. 2018.
- Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- PAUGAM S., « Etudier l'attachement social », site Internet de L'école normale supérieure.
- PAUGAM S., *Le lien social*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2018.
- POISSANT J., « L'universalisme proportionné : Quelques explications additionnelles », Institut National de Santé Publique du Québec, 2015.
- Promo Santé Ile-de-France, 2020, « Concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux », [en ligne].
- RIUTORT Ph., « La socialisation. Apprendre à vivre en société », dans : *Premières leçons de sociologie*, sous la direction de RIUTORT Ph., Paris, Presses Universitaires de France, « Major », 2013, p. 63-74.
- SANDRIN-BERTHON B., *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF ; 2000. 198 p. (Collection Education et Formation).
- Santé publique France, Sénat, Table ronde sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), septembre 2020.
- SANTINI Z- I., JOSE P-E., CORNWELL E-Y., et al., « Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis ». *The Lancet Public Health*, 2020, vol. 5, no 1, p. e62-e70.
- VILLEVAL M., PELOSSE L., « Inégalités sociales de santé au temps du coronavirus : constats et pistes d'actions pour la promotion de la santé », Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes, 03/2020, 6 p.
- WEHMEYER M. L. (1996). « Self-determination as an educational outcome : Why is it important to children, youth and adults with disabilities ? ». In D. J. Sands & M. L. Wehmeyer (Ed.), *Self-determination across the life span : Independence and choice for people with disabilities* (p. 15-34). Baltimore : Paul H. Brookes.
- WEHMEYER M. L. (2005). « Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities », 30, 113-120.
- WENGER G-C., DAVIES R., SHAHTAHMASEBI S., et al., « Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement ». *Ageing & Society*, 1996, vol. 16, no 3, p. 333-358.
- YZERBYT V., KLEIN O., « Loin des yeux, proche du cœur ! Le lien social au temps du coronavirus », *The conversation*, March 19, 2020.

Rapports :

ARS Grand Est, CREAI Grand Est, version actualisée au 20/05/2020, *Foire aux questions : Aide à la gestion de la reprise d'activité par les établissements et services médico-sociaux dans le champ du handicap*.

Rapport BLACK (1980) cité par SEN. A, 2009, « Why health equity ».

CREAI Grand Est, septembre 2020, *Les impacts de la crise Covid-19 sur le champ médico-social : Evolutions des pratiques et effets sur les personnes accompagnées*.

Haut Conseil du Travail Social, 25 janvier 2021, *Le Travail Social au défi de la crise sanitaire : Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux*.

Haut Conseil de la santé publique, octobre 2021, *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé*, Coll. Avis et Rapports.

Haut Conseil du Travail Social, 2021, *Pratiques émergentes du travail social et du développement social*.

MARMONT T., « La participation sociale en foyer de vie : contextes institutionnels et pratiques individuelles. 2ème partie. », Bulletin d'informations du CREAI Bourgogne (N.331 Décembre 2012).

Ministère de la santé et des services sociaux (2005), Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Produire la santé*, 120 p.

Petits Frères des Pauvres, mars 2021, *Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire*.

PIVETEAU D., *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change. Choisir un métier du travail social, c'est se donner le « pouvoir d'agir », avec les personnes que l'on accompagne, pour faire advenir une société « inclusive »*, Rapport remis le 15 février 2022 au Gouvernement sur les métiers de l'accompagnement social et médico-social.

ANNEXES

ANNEXE N°1

RAPPEL DE LA FINALITE ET DES OBJECTIFS DU PROJET

Le projet consiste en la réalisation d'une étude portant sur l'analyse de cinq initiatives mises en place durant la crise sanitaire liée au Covid-19 visant à maintenir et/ou renforcer les actions en faveur du lien social des personnes âgées et des adultes en situation de handicap accueillis et accompagnés au sein d'établissements médico-sociaux en Grand Est. Dans cette perspective, une phase importante du projet est consacrée au recueil des retours d'expérience et au vécu des équipes professionnelles (personnel d'encadrement et d'accompagnement), des personnes accueillies, et des familles/proches aidants. Il s'agit également d'analyser ces initiatives à travers le prisme de la promotion de la santé et des critères permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer la qualité des actions.

En effet, l'épidémie du Covid-19 a particulièrement impacté les établissements médico-sociaux nécessitant de nombreuses adaptations dans leurs modalités d'organisation et d'accompagnement, tout en impliquant une réactivité et une créativité permanentes des équipes. Dès mars 2020, différentes mesures de confinement et protocoles sanitaires ont été mis en place au sein des ESMS afin d'éviter la propagation du virus et protéger les personnes accueillies du risque infectieux. Dans ce cadre, la liberté de déplacement dans les établissements a été considérablement limitée, les visites de proches suspendues, et la vie collective fortement restreinte (même s'il faut noter que l'application du cadrage national a pu varier d'un établissement à l'autre). Certaines personnes accompagnées (en particulier, dans le secteur handicap) sont retournées vivre dans leurs familles. Aussi, parmi les différents enjeux auxquels ont été confrontés les structures durant cette crise sanitaire, quelle place a été accordée au lien social ? Comment la question du lien social a-t-elle été prise en compte au sein des ESMS ? Quelles initiatives ont été mises en œuvre en la matière ? Comment ? En quoi sont-elles prometteuses, voire innovantes ? Ont-elles été évaluées ? Sont-elles destinées à être pérennisées ? En quoi participent-elles du maintien et/ou de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies et des familles ? Dans quelle mesure ces initiatives ont-elles pu maintenir et/ou renforcer le pouvoir d'agir (à l'échelle individuelle comme collective) des personnes accueillies et des familles ? En quoi ces initiatives participent-elles à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Enfin, à l'issue de l'étude, des recommandations seront produites afin de proposer des modalités de capitalisation, de partage, et d'accompagnement aux structures volontaires. Il sera également envisagé les conditions de pérennisation et d'applicabilité de ces initiatives à d'autres contextes (ordinaire et/ou d'urgence).

Le projet poursuit donc les objectifs suivants :

Objectif général :

- Améliorer la qualité des initiatives en faveur du lien social des personnes âgées et des personnes en situation de handicap accueillies et accompagnées en ESMS en Grand Est.

Objectifs spécifiques :

- D'ici 2022, renforcer l'engagement politique des ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en faveur du lien social des résidents.
- D'ici 2022, renforcer les connaissances et compétences des professionnels en matière de critères qualité des actions visant le renforcement et/ou le maintien du lien social des résidents des ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Objectifs opérationnels :

- D'ici 2021, réaliser un état des lieux des données de la littérature portant notamment sur le concept clé de lien social et de gestion de crise en ESMS.
- D'ici 2021, sélectionner les cinq initiatives issues de la phase de repérage.
- D'ici 2022, recueillir la parole des directions, des professionnels, des usagers des ESMS et de leur entourage concernant la mise en œuvre des initiatives prises au cours de la crise du Covid-19 en matière de lien social.
- D'ici 2022, mettre en place une journée d'échanges et de partage à destination des directions, des professionnels, des usagers des ESMS et de leurs familles/proches aidants.
- D'ici 2022, élaborer un référentiel portant sur les critères qualité des actions/initiatives permettant le renforcement du lien social des résidents en ESMS.
- D'ici 2022, proposer un accompagnement aux ESMS permettant aux professionnels de s'approprier les recommandations produites dans l'offre proposée par les structures.

ANNEXE N°2

L'EQUIPE PROJET : CONTISTUTION, DEGRE D'IMPLICATION DES PARTENAIRES, MODALITES D'ORGANISATION ET DE MISE EN ŒUVRE

L'équipe projet est constituée de l'ARS Grand Est, du CREAM Grand Est, et de la CRSA Grand Est. Ces partenaires ont tous été sollicités dès la construction du projet, et contribuent selon les rôles et les degrés d'implication suivants :

-L'ARS Grand Est, en tant que financeur, est présente aux réunions de l'équipe projet en fonction de l'ordre du jour, des nécessités au regard des prises de décision et des arbitrages se posant au cours des différentes phases du projet. Elle peut également apporter un éclairage, un avis selon les besoins exprimés tout au long du processus de travail. L'ARS Grand Est n'est donc pas présente lors des réunions d'ordre plus technique/opérationnel (par exemple, lors de l'élaboration d'outils méthodologiques) mais lors des grandes étapes de validation.

-La CRSA Grand Est (Commission Spécialisée « Offre médico-sociale ») tient en particulier le rôle de facilitateur (identification et mobilisation des structures, notamment) entre l'Ireps Grand Est et les ESMS concernés par le projet, mais aussi comme ressource lors de l'ensemble des différentes phases de la démarche.

-Le CREAM Grand Est, outre sa présence aux réunions de l'équipe projet, participe plus directement aux aspects techniques et opérationnels eu égard à son expertise sur le champ social et médico-social, sa connaissance des acteurs et des structures, ainsi que ses compétences en matière de méthodologie de projet. Ce partenariat se matérialise notamment par un soutien à la mobilisation et au repérage des établissements, à la démarche de conformité vis-à-vis du RGPD, à la construction des outils d'enquête et d'analyse, à la réalisation du référentiel, ainsi qu'à l'organisation de la journée d'échanges (en co-animation avec l'Ireps Grand Est).

-D'autres partenaires pourront rejoindre l'équipe projet en fonction des besoins identifiés et de l'avancée du projet, notamment les CDCA (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie) du Grand Est comme ressources à mobiliser au regard de leurs rôles et missions consistant à renforcer la démocratie représentative au niveau local et faciliter la co-construction des politiques publiques territoriales en concertation avec les usagers et leurs proches, les représentants institutionnels locaux et les professionnels du secteur de l'âge et du handicap. A ce titre, un entretien collectif a été mené auprès du Président de la CDCA de Meurthe-et-Moselle, en présence de la vice-présidente en charge des questions relatives aux personnes en situation de handicap et du vice-président en charge des questions liées aux personnes âgées.

-Des représentants d'ESMS (directions, équipes professionnelles, personnes accompagnées, familles) en Grand Est peuvent également être sollicités afin d'intégrer l'équipe projet de manière ponctuelle ou permanente (une Directrice de MAS a notamment participé à la deuxième réunion de l'équipe projet afin d'apporter des éclairages s'appuyant sur des réalités et des expériences vécues au sein de sa structure durant la crise du Covid-19).

Enfin, l'équipe projet constitue la seule instance de pilotage du projet, intégrant également les dimensions techniques/opérationnelles. Au total, quatre réunions de l'équipe projet se sont tenues :

-Une première réunion s'est tenue le 09 mars 2021 et a été consacrée au lancement de l'étude : validation des grandes orientations du projet et des modalités d'organisation et de mises en œuvre de l'équipe projet ; présentation des résultats de l'étude réalisée par le CREAM Grand Est intitulée « Les impacts de la crise Covid-19 sur le champ médico-social : évolutions des pratiques et effets sur les personnes accompagnées » ; échanges autour de la revue de la littérature, de la méthodologie de repérage et de mobilisation des structures, des premiers axes de questionnement, et de la planification des activités.

-Une seconde réunion s'est déroulée le 05 novembre 2021 faisant l'objet d'un point d'étape sur l'avancée du projet et d'une validation des cinq initiatives qui seront analysées lors des focus group.

-Une troisième réunion s'est tenue le 11 avril 2022 afin de réaliser un point d'étape technique sur l'avancée de la phase d'enquête et sur la programmation d'une journée d'échanges.

-Une quatrième réunion a été organisée le 04 mai 2022 faisant l'objet d'un point d'étape autour des premières pistes de résultat et de l'organisation de la journée d'échanges.

D'autres échanges de type informels se sont tenus auprès des différents membres de l'équipe projet en fonction des besoins de l'étude.

ANNEXE N°3

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF DE SELECTION DES INITIATIVES

PROJET "ESMS ET COVID 19 : FOCUS SUR DES INITIATIVES EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL EN GRAND EST"

OBJECTIF

L'objectif de ce guide d'entretien vise à faciliter la sélection des initiatives identifiées suite à la revue de littérature, aux travaux conduits par la FNES et le réseau des Ireps, aux résultats de l'étude réalisée par le CREAM Grand Est relative aux impacts de la crise Covid sur le champ médico-social, ainsi qu'aux différents échanges menés auprès des différents partenaires et des personnes-ressources concernés par le projet. Cet outil s'articule avec l'élaboration de la grille d'analyse et la définition des critères de sélection des cinq initiatives retenues qui feront l'objet d'une phase d'investigation plus approfondie à travers l'instauration de focus group.

PUBLIC

Ce guide d'entretien est destiné aux « acteurs-relais », représentants politiques/institutionnels/de fédérations sociales et médico-sociales sur le champ du handicap

et du vieillissement, aux responsables d'associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux et/ou de dispositifs pouvant regrouper plusieurs structures, aux directions d'établissements, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels identifiés comme référents ou porteurs des différentes initiatives évoquées.

CONTEXTE DE L'ENTRETIEN ET POINTS DE VIGILANCE

L'outil est conçu comme une trame permettant d'interroger les initiatives mises en place (ou identifiées) par ces acteurs durant la crise Covid visant à maintenir et/ou renforcer le lien social des personnes âgées et/ou d'adultes en situation de handicap accueillis et accompagnés au sein d'ESMS en Grand Est. Il consiste également à questionner la vision, les pratiques, les représentations de ces acteurs autour des notions-clés du projet (telles que le « lien social », la « participation sociale », l'« empowerment »...) mobilisées dans le champ du handicap et du vieillissement dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et appliquées au contexte de crise Covid, ainsi que la dimension « innovante » des initiatives évoquées. Aussi, ces notions-clés sont volontairement présentées par l'enquêteur sans définition préalable.

Enfin, ce guide d'entretien est adaptable selon le profil des personnes interrogées et la configuration de l'entretien (individuel/collectif...), et modulable en fonction de l'état d'avancement de l'initiative, ainsi que du temps disponible du ou des interlocuteurs au moment de l'entretien.

PRÉSENTATION DU PROJET : APPEL À PROJETS CNSA, PARTENAIRES, OBJET DE L'ÉTUDE ET DE L'ENTRETIEN

Nous menons actuellement à l'Ireps Grand Est un projet portant sur le thème de l'innovation pour le lien social, la communication, les loisirs et la participation citoyenne des personnes âgées ou en situation de handicap en période de crise Covid. Ce projet fait suite à une réponse à un appel à projets de la CNSA, dont l'ARS Grand Est, la CRSA Grand Est, et le CREA Grand Est sont notamment partenaires.

Ce projet consiste en la réalisation d'une étude portant sur l'analyse de cinq initiatives mises en place durant la crise sanitaire visant à maintenir et/ou renforcer les actions en faveur du lien social des personnes âgées ou en situation de handicap (secteur adulte) accueillies et accompagnées en ESMS en Grand Est. Il s'agira notamment de recueillir la parole des directions, des professionnels, des personnes accueillies, et des familles/proches aidants à travers la réalisation de focus group. Les résultats de l'étude feront l'objet d'un rapport final et participeront à l'élaboration d'un référentiel présentant les recommandations produites. Ces derniers seront restitués au cours d'une journée d'échanges de pratiques prévue pour juin 2022. Ce projet vise également à valoriser et capitaliser les expériences, à évaluer les conditions de formalisation, de pérennisation et d'essaimage de ces initiatives dans un

contexte ordinaire et/ou d'urgence. Aussi, des accompagnements seront proposés aux structures volontaires permettant aux professionnels de s'approprier les recommandations produites.

Dans cette perspective, la première phase du projet est dédiée à l'identification de structures (ou de dispositifs pouvant regrouper plusieurs structures) et le repérage d'acteurs ayant mené des initiatives particulièrement inhabituelles, « remarquables », voire « innovantes » en la matière. Aussi, nous vous sollicitons afin d'échanger ensemble sur les thématiques du projet, ainsi que sur les initiatives que vous avez pu mettre en place durant cette crise sanitaire en faveur du maintien et/ou du renforcement du lien social des personnes accueillies dans votre établissement (ou dans ces établissements) et/ou d'autres initiatives menées en Grand Est dont vous auriez connaissance. Cet échange aura une durée d'environ une heure et restera anonyme et confidentiel. Si vous en acceptez le principe, l'entretien sera enregistré.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

PARTIE A : PRESENTATION (ENQUETE(S) ET STRUCTURE(S))

- 1. Tout d'abord, pouvez-vous préciser votre fonction, vos missions, votre expérience/inscription au sein de différents réseaux ?**
- 2. Pouvez-vous présenter brièvement votre institution/structure/dispositif (et/ou les structures/dispositifs concernés) ?**

-Type d'organisme(s) concerné(s) : *collectivité territoriale, institution, dispositif (CLS...), fondation, entreprise, association gestionnaire d'ESMS, établissement public/privé, ESMS... ;*

-Si ESMS, préciser : *Secteur PA/PH, Association gestionnaire/établissement public/privé (inscription au sein d'une fédération médico-sociale, dispositif(s)...); Agrément ; Nombre de personnes accueillies ; Profils des personnes accueillies (déficiência principale, situation conjugale/familiale et de santé, âge, génération, genre, profils socio-économiques, socio-culturels...); Modalités d'accueil et d'accompagnement (hébergement à temps complet/partiel, accueil de jour, accueil temporaire/d'urgence/de répit, unité d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Parkinson ou maladies apparentées...); Plateau technique (personnel de direction, d'encadrement, des services généraux/médical et paramédical/ éducatif, pédagogique et social); Dispositifs éventuellement adossés à votre structure (pôle de compétences et de prestation externalisées, équipe mobile, dispositif PHV...) ? ; Territoire d'implantation/d'action (milieu rural/milieu urbain...)...*

-Si EHPAD, dans un contexte « ordinaire », pouvez-vous préciser le GMP (GIR Moyen Pondéré) et le PMP (Pathos Moyen Pondéré) ?

PARTIE B : LES ENJEUX LIES AU MAINTIEN ET/OU AU RENFORCEMENT DU LIEN SOCIAL EN ESMS DURANT LA CRISE COVID

Objectifs :

- Identifier les enjeux liés au maintien et/ou au renforcement du lien social dans le contexte de la crise Covid par les acteurs interrogés ;
- Catégoriser les axes/thématiques de travail prioritaires par les acteurs interrogés en la matière ;
- Construire une typologie des initiatives mises en œuvre par les structures concernées ;

3. Au regard de sa soudaineté, de son ampleur, et de sa virulence, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a entraîné de nombreux bouleversements au sein des structures médico-sociales, phénomène d'autant plus important dans la région Grand Est où le taux d'incidence était -et reste- particulièrement élevé. **A l'échelle de la structure (ou de ces structures), si vous deviez citer les trois enjeux principaux auxquels vous avez été confrontés (ou ces structures ont été confrontées) durant cette période, lesquels seraient-ils (assurer la sécurité sanitaire au sein de l'établissement ; gérer la crise sanitaire au sein de l'organisation et des accompagnements ; rassurer les professionnels, rassurer les résidents, rassurer les familles ; maintenir les liens avec/entre les équipes, les résidents, les familles et les proches aidants, les partenaires...)** ?

a. **Parmi ces enjeux, quelle place occupe celui du maintien et/ou du renforcement du lien social des personnes accueillies (relations familiales, relations conjugales, relations amicales, relations d'entraide, relations professionnelles, relation aux soignants, relations avec les accompagnants sociaux dans le contexte de l'établissement et hors établissement...) ? Sur quels aspects de l'organisation et des accompagnements ? Pourquoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ?**

Questions relances : Est-ce que ces aspects portaient sur...

- ... le maintien et/ou le renforcement des liens sociaux dans le contexte de la structure (entre personnes accueillies, entre les personnes accueillies et les professionnels - personnels de direction, d'encadrement, des services généraux/médical et paramédical/ éducatif, pédagogique et social ...) ?

- ... le maintien et/ou le renforcement des liens auprès des familles et des proches aidants (maintien et/ou renforcement des relations familiales des personnes accueillies, ainsi que des relations auprès de leurs proches aidants ; maintien et/ou renforcement des liens entre les professionnels et les familles/proches aidants) ?

- ... le maintien et/ou le renforcement des relations amicales des personnes accueillies (dans et hors l'établissement) ?

- ... la conciliation entre le vivre ensemble et le besoin d'intimité au sein de l'établissement (isolement « choisi », vie affective et sexuelle...) ?

-... le maintien et/ou le renforcement des relations conjugales des personnes accueillies hors établissement ?

-... le maintien et/ou le renforcement d'activités physiques, cognitives, éducatives, pédagogiques, culturelles, de loisirs, occupationnelles, de lieux de convivialité, des lieux/ateliers de travail [ESAT]... (dans et hors l'établissement) ?

-... le maintien et/ou le renforcement de la participation et du pouvoir d'agir (de l'individuel au collectif) des personnes accueillies, de leur famille/proches aidants (autonomie, empowerment, citoyenneté, pair-aidance, autodétermination...) ?

-... le maintien et/ou le renforcement de l'accessibilité des informations et des outils de communication (littératie en santé...) ?

-... l'appropriation et la mise en application par les professionnels des différents communiqués et instructions gouvernementaux encadrant l'organisation et les accompagnements durant la crise Covid (relatifs aux postures et pratiques professionnelles, à l'éthique...) ?

- ... l'appropriation et la mise en œuvre par l'ensemble des acteurs concernés (directions, professionnels, personnes accueillies, familles et proches aidants) des différents gestes barrières, des tests PCR, et de l'administration des vaccins (renouer les contacts physiques, les accompagnements en présentiel...) ?

b. Ces aspects de l'organisation et des accompagnements relatifs au maintien et/ou au renforcement du lien social ont-ils varié selon des périodes différentes de la crise sanitaire ? Si oui, lesquelles ? En quoi ?

Questions relances : Selon vous, ces périodes pourraient correspondre ...

... à la première vague de contamination de mars à mai 2020 et au premier confinement ? Pour quelle(s) raison(s) ?

... aux premières semaines de déconfinement jusqu'à la fin de l'été 2020 ? Pour quelle(s) raison(s) ?

... à la deuxième vague de contamination de septembre 2020 jusqu'à mars 2021 ? Pour quelle(s) raison(s) ?

... à la troisième vague de contamination à partir de la mi-mars 2021 jusqu'à la période post-vaccination (EHPAD, en particulier) ? Pour quelle(s) raison(s) ?

4. Parmi les réponses apportées, avez-vous mis en place (identifié) une ou des initiative(s) particulièrement inhabituelle(s), « remarquable(s) », voire « innovante(s) » en la matière ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle/lesquelles ? Sur quels aspects de l'organisation et des accompagnements ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ?

Questions relances : Est-ce que cette ou ces initiative(s) portaient sur ...

-... les modalités d'accueil et d'accompagnement (mise en place d'une astreinte téléphonique, usage d'outils numériques, accompagnement en appui du domicile, augmentation du nombre de places temporaires/de répit/d'urgence ; articulation entre le temps individuel et collectif d'accompagnement, articulation entre l'accompagnement en termes de soins et l'accompagnement social, environnement physique/matériel/social, instauration de « nouveaux » partenariats ...) ?

-... l'ouverture de la structure vers le territoire de vie (structures relevant du milieu « ordinaire », « nouveaux » bénévoles...) ?

-... la participation sociale, l'empowerment, le pouvoir d'agir de l'individuel au collectif (outils de recueil des attentes et des besoins des personnes accueillies et de leurs familles/proches aidants, maintien et/ou renforcement des instances participatives -CVS, commission repas/menu, comité des fêtes...) ?

-... le développement des aptitudes individuelles des personnes accueillies et/ou de leurs familles/proches aidants (compétences psychosociales, éducation pour la santé...) ?

-... les pratiques professionnelles (les compétences mobilisées, les postures professionnelles, l'environnement/les conditions de travail, l'éthique...) ?

-... l'élaboration d'une politique publique et institutionnelle favorisant le maintien et/ou le renforcement du lien social des personnes accueillies (inscription des mesures dans un programme, une stratégie, un plan, le projet associatif, d'établissement, dans le projet individualisé...) ?

-... l'évolution et la territorialisation de l'offre (fonctionnement en plateformes et dispositifs, coordination entre associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux...) ?

PARTIE C : DESCRIPTION DE CHAQUE INITIATIVE EVOQUEE (présentation de l'initiative, mise en œuvre, évaluation, conditions de formalisation/pérennisation/d'essaimage)

Objectifs :

- Interroger les différentes initiatives sous le prisme de la promotion de la santé (cadre théorique, méthodologique, pratique, éthique...) ;
- Questionner la dimension « innovante » des initiatives évoquées ;
- Envisager les conditions de formalisation, de pérennisation, et d'essaimage des initiatives présentées ;
- Elaborer les critères de sélection des cinq initiatives analysées lors des focus group.

5. Pouvez-vous décrire le contenu de cette initiative (les objectifs, les publics, le calendrier, la « fiche-identité ») ?

a. Les objectifs de l'initiative :

-Quels sont les objectifs de l'initiative ? Différents niveaux d'objectifs ont-ils été formulés ? Si oui, lesquels (généraux, spécifiques, opérationnels) ? Ces objectifs ont-ils été reformulés depuis le commencement de l'initiative ? Si oui, comment ? Pourquoi ?

b. Auprès de quel(s) public(s) l'initiative a-t-elle été menée ?

-Cette initiative est-elle destinée uniquement aux personnes accueillies et accompagnées au sein de la structure (ou des structures) ? Si oui, cette initiative concerne-t-elle l'ensemble des personnes accueillies et accompagnées au sein de la structure (ou des structures) ? Si non, quelles sont les personnes concernées ? Pourquoi ?

-Pouvez-vous préciser le profil des personnes accueillies et accompagnées concernées par l'initiative (*modalités d'accueil et d'accompagnement avant et pendant la crise sanitaire, situation conjugale/familiale et de santé, âge, génération, genre, profils socio-économiques, socio-culturels, personnes sous protection juridique...*) ? Pour quelle(s) raison(s) ?

Spécificités des personnes accueillies concernées par l'initiative // Tranches d'âge	18-60 ans	60 ans et +
Personnes présentant un handicap mental (déficience intellectuelle et cognitive)		
Personnes présentant un handicap moteur		
Personnes présentant un handicap psychique		
Personnes présentant un handicap sensoriel (auditif et/ou visuel)		
Personnes présentant des maladies invalidantes (regroupent un ensemble de troubles de la santé pouvant atteindre les organes internes vitaux (cœur, poumons, reins...))		
Personnes présentant un polyhandicap		
Personnes présentant des troubles envahissants du comportement (TED, autisme)		
Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou de maladies apparentées		
Personnes handicapées vieillissantes (préciser la moyenne d'âge)		
Autres, préciser...		

-Cette initiative est-elle menée auprès d'autres acteurs de l'organisation et des accompagnements ? Si oui, lesquels ? Sur quels aspects de l'initiative ? Pourquoi ?

Professionnels et aidants	Sur quels aspects de l'initiative ?
Les directions et/ou les instances de gouvernance de l'ESMS	
Le personnel de l'ESMS (auxiliaires de vie, soignants, éducateurs...)	
La famille et/ou les proches aidants	
Professionnels de santé et intervenants extérieurs	
Acteurs institutionnels (ARS, collectivités territoriales)	
Partenaires « habituels »	
Autres, préciser (bénévoles, voisins, acteurs provenant du milieu « ordinaire », mandataires judiciaires ...)	

c. Calendrier de l'initiative :

-L'initiative est-elle en cours ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous préciser sa date de début et sa date de fin (*durant le premier confinement ? Durant les premières semaines de déconfinement...*) ? Pourquoi ?

-Si l'initiative est en cours, quelle est sa date de commencement ? A-t-elle une date de fin ? Pourquoi ? Si non, cette initiative est-elle destinée à être pérennisée/formalisée/reconduite ? Pourquoi ? Si oui, comment (*stratégie, programme, plan, appel à projets, dispositif, projet d'établissement, projet individualisé d'accompagnement...*) ?

-Si l'initiative est prévue au cours de l'année, quelle est sa période de mise en œuvre (*date de début, date de fin éventuelle*) ? Pourquoi ? L'initiative débutera-t-elle durant la période de mai à octobre 2021 ?

d. Identité de l'initiative :

-Nom, fonction, et coordonnées (diffusables) du porteur/référent de l'initiative et/ou de la personne à contacter.

-Si acteur-relais, quelle est la typologie de la structure ou des structures concernées (cf. question n°2) ?

-Quel est le périmètre géographique (*territoire d'action*) de cette initiative (*échelle transnationale, nationale, régionale, départementale, infra-départementale, inter-communale, communale, bassin de vie, association(s) gestionnaire(s), dispositif(s), établissement(s) et service(s)...*) ?

6. Démarche et modalités de mise en œuvre de l'initiative :

a. Pouvez-vous préciser le contexte d'émergence et d'élaboration de l'initiative ?

-Cette initiative repose sur quelle problématique initiale ? A quelle période de la crise sanitaire ? Qui est à l'origine de l'initiative (*directions, professionnel(s), personnes accueillies, familles/proches aidants, partenaires...*) ? Pourquoi ? Comment a-t-elle été exprimée ? Sur quels constats/besoins/attentes identifiés repose cette initiative ? Comment ces derniers ont-ils été repérés ? Avec quels outils ? Cette initiative a-t-elle fait l'objet d'un état des lieux/diagnostic partagé ? Si oui, sous quelle forme ? Prenait-il en compte les besoins des professionnels, les demandes et attentes des personnes accueillies et des familles/proches aidants, et les ressources existantes ? Quelles étaient les personnes impliquées (*directions, professionnels, personnes accueillies, familles/proches aidants...*) ? Des partenaires ont-ils été sollicités dès l'élaboration de l'initiative ? Si oui, lesquels ? S'agissait-il de partenaires « habituels »/« inhabituels » ? Lesquels ? Pourquoi ? Quels ont été les freins et les leviers identifiés dans l'élaboration de cette initiative ? Quelles sont les pistes d'évolution envisagées ?

-Avez-vous mobilisé des connaissances extérieures dans la phase d'élaboration de cette initiative ? Si oui, lesquelles ? Pourriez-vous citer des exemples concrets ? Vous êtes-vous inspirés d'actions déjà existantes ? Si non, pourquoi ? Si oui, lesquelles ? Comment les avez-vous intégrées lors de l'élaboration de l'initiative ? Pour quelle(s) raison(s) ? Avez-vous échangé avec les partenaires et/ou les personnes accueillies et leur famille/proches aidants autour de ces actions ? Dans quel cadre ? Quels étaient leurs points de vue ? Avez-vous demandé de l'appui de structures ressources spécialisées ? Si non, pourquoi ? Si oui, lesquelles ? Comment les avez-vous intégrées lors de l'élaboration de l'initiative ? Pour quelle(s) raison(s) ?

-L'initiative s'appuie-t-elle sur des productions/programmes validés scientifiquement, des données probantes ? Si oui, lesquelles ? Où et comment les avez-vous trouvées ? Comment les avez-vous intégrées lors de l'élaboration de l'initiative ? Pour quelle(s) raison(s) ? Avez-vous échangé avec les partenaires, les personnes accueillies, leur famille/proches aidants autour de ces données ? Dans quel cadre ? Quels étaient leurs points de vue ?

-L'initiative s'appuie-t-elle sur des recommandations de bonnes pratiques et/ou des données relevant de la littérature grise (diagnostics institutionnels, études, revues professionnelles, guides d'aide à l'action, référentiel de bonnes pratiques, outil d'auto-évaluation, ouvrages ou articles publiés...) ? Si oui, lesquelles ? Où et comment les avez-vous trouvées ? Comment les avez-vous intégrées lors de l'élaboration de l'initiative ? Pour quelle(s) raison(s) ? Avez-vous

échangé avec les partenaires et/ou les personnes accueillies et leur famille/proches aidants autour de ces données ? Dans quel cadre ? Quels étaient leurs points de vue ?

b. Pouvez-vous décrire les grandes étapes de l'initiative, les différentes activités associées, ainsi que les professionnels et les éventuels partenaires mobilisés ?

Veuillez préciser la typologie des professionnels et d'éventuels partenaires mobilisés, ce qu'ils ont apporté aux différentes étapes :

Étapes de l'initiative (élaboration, mise en œuvre, évaluation, formalisation...)	Activités réalisées	Rôle et apports des professionnels et d'éventuels partenaires (habituels/inhabituels)

c. La mobilisation des personnes accueillies, des familles/proches aidants, et des acteurs de l'organisation et des accompagnements :

-A quel(s) niveau(x) de l'initiative les personnes accueillies, les familles/proches aidants et les acteurs de l'organisation et des accompagnements ont-ils été mobilisés (élaboration, mise en œuvre, évaluation, formalisation) ? Comment ? Quels ont été les freins et les leviers identifiés ? Pourquoi ? Les pistes d'évolution envisagées ?

Personnes accueillies, professionnels, partenaires, et aidants	Niveau de la mobilisation (élaboration, mise en œuvre, évaluation, formalisation)	Comment ?	Degré d'implication/participation*
Personnes accueillies et accompagnées			
Les directions et/ou les instances de gouvernance de l'ESMS			

Le personnel de l'ESMS (auxiliaires de vie, soignants, éducateurs...)			
La famille et/ou proches aidants			
Professionnels de santé et intervenants extérieurs			
Acteurs institutionnels (ARS, collectivités territoriales)			
Partenaires « habituels »			
Autres, préciser (bénévoles, voisins, mandataires judiciaires, acteurs provenant du milieu « ordinaire » ...)			

*

Niveau 1 : Information - sensibilisation	<i>Les personnes reçoivent des clés de compréhension d'une décision, d'un fonctionnement institutionnel, d'un diagnostic...</i>	<i>Au quotidien, accompagner les choix individuels « j'aime/je n'aime pas », « je veux/je ne veux pas »</i>
Niveau 2 : Consultation - recueil d'information	<i>Les personnes sont sollicitées ponctuellement sur une question déterminée. Elles sont interrogées sans retour ni échange, et leur avis est librement utilisé par ceux qui les interrogent.</i>	<i>Permettre l'expression des représentations « Pour vous, c'est quoi la santé ? » avec des écrits, des films, des enregistrements partagés, valorisés.</i>
Niveau 3 :	<i>Un problème, une question ou un projet</i>	<i>Recueillir les besoins et les</i>

Concertation - Discussion	<i>est soumis à des personnes pour enclencher un échange, un débat et une délibération. La décision reste du ressort de l'organisation qui les sollicite.</i>	<i>attentes des personnes au moment du diagnostic.</i>
Niveau 4 : Partenariat – Co-construction	<i>Les personnes participent aux choix des questions et problèmes à résoudre, à la définition des objectifs, aux méthodes pour y parvenir. Elles sont associées à la définition et à la mise en œuvre des solutions et à l'évaluation.</i>	<i>Intégrer les personnes à un groupe de travail comme une commission repas.</i>
Niveau 5 : Délégation - Autogestion	<i>Le processus de décision est facilité par les initiateurs, mais les décisions sont amenées et prises par les citoyens.</i>	<i>Permettre la participation effective au groupe projet : idées, décisions, évaluation.</i>

NB : Préciser la participation des bénéficiaires directs et indirects de l'initiative sur l'échelle de la participation allant des niveaux 1 à 5 et si possible donner un exemple (cf. tableau ci-dessus). Les personnes non concernées sont désignées par les initiales suivants « NC ».

-Des accompagnements/formations/démarches spécifiques ont-ils été mis en place afin de favoriser l'implication, la participation de ces différents acteurs ? Si non, pourquoi ? Si oui, lesquels ? Comment ? Quels ont été les freins et les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

d. Les compétences et les ressources mobilisées :

-Quels ont été les moyens (humains et matériels) et les ressources (existantes et/ou à solliciter) nécessaires à mobiliser afin de mettre en œuvre cette initiative (*outils, supports, techniques, méthodes...*) ? Lesquels ? Comment ? Ont-ils été suffisants ? Pourquoi ? Quels ont été les freins et les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

-Quelles compétences professionnelles ont été mobilisées ? Lesquels ? Comment ? Pourquoi ? Diriez-vous que le contexte de crise a favorisé le développement de nouvelles pratiques professionnelles ? Si non, pourquoi ? Si oui, lesquelles ? Comment ? Quels ont été les freins et les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

e. Le partenariat et le travail en réseau :

-Des partenaires ont-ils été mobilisés ? Si non, pourquoi ? Si oui, s'agit-il de partenaires habituels ? Si oui, lesquels ? Si non, lesquels ? Pourquoi ? A quel(s) niveau(x) ces différents partenaires ont-ils été mobilisés (élaboration, mise en œuvre, évaluation, formalisation de

l'initiative) ? Pourquoi ? Avez-vous sollicité des acteurs et des structures issues du milieu « ordinaire » ? Lesquels ? Pourquoi ? A quel(s) niveau(s) ? Pourquoi ? Cette initiative s'inscrit-elle dans un ou de(s) dispositif(s) spécifique(s) (*CLS, CPTS...*) ? Lesquels ? Quels ont été les freins, les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

f. Financement et modèle économique de l'initiative :

-Comment cette initiative est-elle financée ? Est-ce sur vos fonds propres ? Est-ce que l'initiative fait l'objet d'un financement spécifique/d'autres organismes, institutions ? Si oui, lesquels ? Pourquoi ? Quels ont été les freins, les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

-Pouvez-vous décrire le modèle économique de l'initiative (moyens humains, organisationnels, matériels, financiers) ? Comment a-t-il été défini ? Est-ce que le modèle économique prévu correspond à ce qui a été mis en œuvre ? Quels sont les ajustements qui ont dû être réalisés ? Est-ce que l'initiative a nécessité un recrutement ? Des ajustements spécifiques en interne ? L'initiative a-t-elle engendré des frais supplémentaires ? A quoi sont-ils dus selon vous ? Est-ce que le service rendu serait de meilleures qualités avec d'autres moyens ? Avec quels types de moyens ? L'initiative pourrait-elle être reproduite à budget constant voire en faisant des économies ? Pourquoi ? Quels financements ont été mobilisés au réel ? Quels ont été les freins, les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ?

7. Evaluation de l'initiative : les effets produits ; les stratégies d'intervention mobilisées ; les conditions de formalisation, de pérennisation et d'essaimage

a. Effets produits par cette initiative :

-Selon vous, quels sont les effets positifs de cette initiative sur le lien social des personnes accueillies ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ? Sur la santé et le bien-être des personnes accueillies ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ? Sur l'adhésion au projet d'accompagnement des personnes accueillies et de leur famille/proches aidants ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ?

-Selon vous, existe-t-il d'autres effets positifs, non prévus au départ, liés à cette initiative ? Si oui, sur quels aspects de l'organisation et des accompagnements (le bien-être des différents acteurs de l'accompagnement, le cadre de vie, le « vivre ensemble », le développement des aptitudes individuelles des personnes accueillies, l'ouverture de l'établissement vers le milieu « ordinaire », le changement de regard sur la vieillesse et/ou le handicap...) ? Pouvez-vous citer quelques exemples concrets ?

-Avez-vous identifié des effets négatifs ? Si oui, lesquels ? Pouvez-vous citer quelques exemples concrets ?

b. Quelles effets produits cette initiative sur...

-... les politiques publiques (locales, régionales, nationales) et institutionnelles ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer des exemples concrets (*inscription d'un axe sur la santé mentale dans le projet d'établissement, inclusion dans la dynamique territoriale, formalisation de conventions avec les professionnels et structures du territoire, mise en place d'un groupe de travail/comité de pilotage dédiée...*) ?

-... le projet associatif et/ou d'établissement ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ?

-... le projet individualisé d'accompagnement ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets ?

-... l'environnement social/physique/matériel de la structure (milieux favorables au maintien et/ou au renforcement du lien social) ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets (*aménagement intérieur -lumineux, coloré, aéré...-, et extérieur -jardin thérapeutique, espace vert, banc de repos... adaptés ; atelier cuisine avec les légumes et fruits du jardin thérapeutique ; accès aux transports, présence de zone piétonne et de chemins pédestre adaptés... ; programmation de sorties en plein air...*) ?

-... le potentiel social des personnes accueillies, des familles/proches aidants ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets (*accompagnement des initiatives proposées par les personnes accueillies ; lien avec les acteurs de proximité, communication auprès des personnes et de leurs familles ; mise en place de groupes de discussion...*) ?

-... les aptitudes individuelles des personnes accueillies, des familles/proches aidants ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets (*attention active du personnel aux besoins exprimés par les personnes ; mise en place d'activités permettant la créativité, suscitant l'envie de prendre soin de soi ; développement de technique favorisant le bien-être, le bien vivre ensemble ; travail sur les compétences psycho-sociales...*) ?

-... la réorientation des services de santé ? Si oui, en quoi ? Pourriez-vous citer quelques exemples concrets (*accès à un professionnel de santé adapté aux besoins -psychologue, psychiatre... ; accès à des moyens de prévention -dépistage, vaccination, préservatif... ; sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités des publics accompagnés ; préparation des consultations pour faciliter la compréhension de l'acte médical et l'implication active des personnes ; définition de modalités de travail avec les médecins et infirmiers du travail du repérage à la prise en charge...*) ?

c. Cette initiative a-t-elle été évaluée ?

-Cette initiative a-t-elle fait l'objet d'une évaluation ? Si non, pourquoi ? Une évaluation est-elle envisagée ? Quand ? Comment ?

Si l'initiative a fait l'objet d'une évaluation, quel type d'évaluation a été réalisé ? Qui a participé à l'évaluation (directions, professionnels, personnes accueillies, famille/proches aidants, partenaires...) ? Comment ? Avec quels outils ? Pourquoi ? L'évaluation fait-elle

clairement référence aux objectifs retenus ? Des indicateurs de processus et de résultats ont-ils été construits ? Quels ont été les freins, les leviers identifiés ? Les pistes d'évolution envisagées ? Existe-il un rapport d'évaluation, un bilan, une trace écrite de l'évaluation ? Si oui, ce document peut-il être transmis ? Quels en sont les principaux enseignements ? En quoi ces derniers pourraient-ils faire évoluer votre vision et vos pratiques en matière de lien social dans un contexte ordinaire et/ou d'urgence ? Sur quel(s) aspect(s) de l'organisation et des accompagnements ? Pourquoi ?

d. Conditions de formalisation, de pérennisation, d'essaimage de l'initiative :

-Envisagez-vous de formaliser et de pérenniser cette initiative ? Pourquoi ? Si oui, comment ? A quelles conditions ? Cette démarche est-elle partagée parmi l'ensemble des acteurs concernés ? Pourquoi ?

-Selon vous, quels sont les facteurs-clés, les leviers (sociaux, environnementaux, politiques, économiques, acteurs/intervenants, compétences, ressources, méthodologiques, éthiques...) contribuant à la réussite de cette initiative ? Pour quelle(s) raison(s) ? Voyez-vous des points de vigilance ? Pour quelle(s) raison(s) ? Quelles recommandations pourriez-vous adresser à d'autres structures souhaitant mettre en place ce type d'initiative ? Pourquoi ? Selon vous, cette initiative peut-elle être mise en œuvre dans d'autres contextes « ordinaires » et/ou d'urgence ? Si non, pourquoi ? Si oui, à quelles conditions ?

-Pour résumer, diriez-vous que cette action est révélatrice de réflexion, de mouvements préexistants à la crise sanitaire ? Si oui, en quoi (*effet d'accélérateur/amplificateur*) ? Si non, diriez-vous que le contexte sanitaire est à l'origine de cette initiative, « actionneur/activateur » de ces « nouvelles » pratiques ? Pourquoi ?

-Avez-vous envisagé des initiatives que vous n'avez pas pu mettre en œuvre ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?

-Si ESMS, si votre initiative est retenue, accepteriez-vous la mise en place de focus group au sein de votre structure ?

-Avez-vous connaissance d'autres initiatives mises en place en Grand Est ? Si oui, lesquelles ?

-Connaissez-vous l'approche en promotion de la santé (*définition de la santé, démarche en promotion de la santé, déterminants de la santé...*) ? Quelle est votre approche de la santé en ESMS ?

-Avant de finir cet entretien, avez-vous des questions ? Souhaitez-vous préciser ou compléter des points évoqués ensemble ?

ANNEXE N°4

CRITERES DE SELECTION DES INITIATIVES

Le choix des cinq initiatives retenues parmi le répertoire constitué s'est opéré selon des critères prioritaires de sélection croisant à la fois des éléments saillants issus de la revue de littérature et des entretiens menés lors de la phase de repérage du projet.

Aussi, une première série de critères portait sur l'impact de l'initiative sur les différents types de liens sociaux entretenus au sein et en dehors de l'établissement⁹⁶. L'initiative vise-t-elle...

- ... le maintien et/ou le renforcement des liens sociaux dans le contexte de la structure (entre personnes accueillies, entre les personnes accueillies et les professionnels - personnels de direction et d'encadrement, médical et paramédical, éducatif et social, administratif et technique ...) ?

- ... le maintien et/ou le renforcement des relations familiales et des liens auprès des proches aidants (hors famille) ?

- ... le maintien et/ou le renforcement des relations amicales des personnes accueillies (dans et hors l'établissement) ?

-... le maintien et/ou le renforcement des relations conjugales des personnes accueillies au sein et en dehors de l'établissement ?

- ... le maintien et/ou le renforcement des liens entre les familles/proches aidants et les professionnels ?

⁹⁶ Ces critères s'inspirent notamment de la théorie des liens sociaux proposée par le sociologue Serge Paugam : PAUGAM S., *Le lien social*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2018.

D'autres sources ont été mobilisées, tel que l'article réalisé par le CREA Grand Est en 2012 autour de la participation sociale en foyer de vie :

MARMONT T., « La participation sociale en foyer de vie : contextes institutionnels et pratiques individuelles. 2ème partie. », Bulletin d'informations du CREA Bourgogne (N.331 Décembre 2012).

-... le maintien et/ou le renforcement d'activités physiques, cognitives, éducatives, culturelles, de loisirs, occupationnelles, de lieux de convivialité, des lieux/ateliers de travail [ESAT]... (dans et hors l'établissement) ?

Une seconde série de critères renvoyait à la qualité des différents types de liens sociaux auxquels l'initiative se rattache⁹⁷. Du point de vue des personnes accueillies, l'initiative peut-elle favoriser...

-... des liens sociaux « choisis » ?

-... des liens sociaux « significatifs » ?

-... des liens sociaux « non fabriqués », vécus comme « authentiques » ?

-... des liens sociaux « non stigmatisants » (ne pas « altérer » autrui) ?

-... des liens sociaux « durables » ?

- ... des liens de confiance et de réciprocité ?

- ... des liens intergénérationnels ?

-... le « droit au choix et le droit au risque » ?⁹⁸

Une troisième série de critères avait trait à la qualité des initiatives en promotion de la santé, telle que définie dans la Charte d'Ottawa : « (...) La santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ». La santé est ici appréhendée de manière globale (pas uniquement en termes sanitaire et d'accès aux soins), positive (en termes de capacités et de potentialités des individus et des collectifs), et comme une ressource (individuelle et sociale) de la vie quotidienne et non comme un but à atteindre. Cette conception suppose de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé (les facteurs individuels, sociaux, environnementaux...) qui participent de l'état de santé des individus et des populations. Dans cette perspective, le lien social apparaît à la fois comme un déterminant de la santé majeur, notamment dans le contexte de la crise sanitaire, mais aussi comme un support intégrant l'une des stratégies de la promotion de la santé visant à soutenir les actions collectives et communautaires pour agir contre les inégalités sociales de santé⁹⁹.

⁹⁷ Ces critères s'inspirent notamment des travaux menés et des recommandations produites au sein du rapport ViEU (Vieillir et Être Utile) réalisé par le Laboratoire Lorrain des Sciences Sociales (2L2S) de l'Université de Lorraine, financé par la Fondation Mutac :

MIRON A., BALARD F., Vieillir et Être Utile (ViEU) : Rapport final. [Rapport de recherche], Université de Lorraine. 2018.

⁹⁸ Ce critère est inspiré par les travaux menés par la Fondation de France promouvant le « droit au choix et le droit au risque » des personnes âgées en situation de vulnérabilité afin que ces dernières prennent une part active aux décisions qui les concernent et qu'elles choisissent leurs conditions de vie jusqu'à leur décès.

⁹⁹ GISBERT A., LORAIN I., ORHAN J., et al., « Inégalités sociales de santé en temps de crise sanitaire. PS² : Problèmes et solutions en promotion de la santé. Dossier documentaire », Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes, 2021, 68 p.

Dans cette perspective, la promotion de la santé s'organise en cinq axes étroitement associés¹⁰⁰ :

- **Axe 1 : Promouvoir des politiques publiques (ou institutionnelles, ou d'établissement) favorables à la santé** (engagement de la direction et des instances décisionnelles dans des orientations favorables à la santé ; inscription des mesures au sein du projet associatif, d'établissement, de service ; engagement dans un projet thématique sur une priorité de santé de l'établissement en cohérence avec les priorités de santé du territoire ; formation des personnels...);

- **Axe 2 : Créer des milieux/environnements favorables à la santé** (qualité de l'accueil, de l'écoute et de l'accompagnement ; mise en place d'un environnement physique, matériel adapté, attention portée à des conditions de vie et de travail favorables à la santé ; conditions favorables également à l'implication active des personnes dans l'amélioration de leur cadre de vie physique et collectif...);

- **Axe 3 : Renforcer l'action communautaire** (participation active des personnes et de leurs familles dans les prises de décision sur les sujets qui les concernent ; co-construction des projets, de la définition des objectifs jusqu'à l'évaluation à travers l'identification des méthodes et des outils les plus appropriés ; création d'instances participatives, de groupes de parole/d'expression ; management participatif facilitant l'empowerment communautaire, la vie collective et la cohésion sociale ; inclusion au sein du territoire de vie...);

- **Axe 4 : Développer des aptitudes individuelles et des compétences psycho-sociales** (développer l'éducation pour la santé afin de permettre à chaque citoyen de participer aux décisions relatives à sa santé et à sa qualité de vie en travaillant par exemple sur l'estime de soi, la confiance en soi, la prise d'initiatives ; renforcer la littératie en santé (cf. ci-dessous); renforcer l'exercice du droit à la vie privée, à la vie affective, relationnelle et sexuelle ; adapter les préférences des équipes, des personnes accompagnées et de leur famille par rapport aux rythmes institutionnels ; respecter le consentement et l'adhésion des personnes accompagnées et de leur famille ; renforcer les capacités d'expression des émotions, des besoins et des choix ; faciliter l'accès aux droits communs et permettre l'exercice de la citoyenneté...);

Aussi, il faut souligner que cet axe s'inscrit de manière transversale au sein des quatre autres axes de la promotion de la santé : interpellier la politique de l'établissement (axe 1) ; améliorer le cadre de vie (axe 2) ; s'exprimer dans le débat public et renforcer l'empowerment communautaire, la capacité à prendre des initiatives, à s'organiser collectivement (axe 3) ; faire évoluer l'offre institutionnelle, les services, les pratiques professionnelles en contribuant à la santé afin qu'ils soient plus adaptés aux besoins des personnes (axe 5, ci-dessous).

¹⁰⁰ Pour une illustration des cinq axes de la promotion de la santé appliqués au champ médico-social : ALIAS F., BIDAUX L., FERRON C., LAFITTE S., MASROUBY M., POLI S., QUELENNEC E., 2018, *Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap. Guide d'aide à l'action pour la réalisation de projets de santé dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 40 p.

- Axe 5 : Réorienter les services de santé afin de favoriser une meilleure prise en compte des besoins des populations (cet axe concerne tous les services contribuant à la santé et au bien-être des personnes accueillies, que ce soit en matière d'offre de prévention, d'accès et d'accompagnement au dépistage et à la vaccination, d'offre de soins -qu'il s'agisse de soins quotidiens ou d'aide médicale d'urgence - ; d'offre sociale, culturelle et de loisirs ; d'aide à la compréhension et au suivi des traitements médicaux (cf. littératie en santé, ci-dessous) ; de développement de l'éducation thérapeutique du patient ; d'inscription de l'établissement dans le paysage partenarial ; de participation et de consentement de la personne accompagnée favorisés par des outils pédagogiques facilitant leur prise en compte lors des consultations ; de soutien au changement d'organisation favorable à la santé au sein de l'établissement...).

Enfin, une focale particulière porte sur la littératie en santé¹⁰¹ définie comme « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »¹⁰². Elle comporte quatre dimensions principales se déclinant autour de :

- La capacité à chercher et obtenir une information pour la santé (accéder) ;
- La capacité à comprendre l'information pour la santé (comprendre) ;
- La capacité à interpréter, filtrer, juger l'information (évaluer) ;
- La capacité à utiliser l'information pour prendre une décision afin de maintenir ou améliorer la santé (appliquer).

Le concept de littératie en santé tel qu'inscrit dans le champ de la promotion de la santé inclut l'éducation pour la santé, mais également l'éducation thérapeutique du patient, ce dernier étant considéré comme un acteur à qui l'on reconnaît non seulement des compétences mais aussi le droit de choisir et la capacité d'agir¹⁰³. La littératie en santé est donc appréhendée comme un déterminant essentiel de la santé, en ce sens où elle contribue à l'empowerment des personnes¹⁰⁴. Si la littératie en santé s'applique plus spécifiquement à l'axe 4, ce concept s'opérationnalise au sein des 5 axes de la promotion de la santé.

Dans ce cadre, les initiatives devaient répondre aux critères d'efficacité des actions en promotion de la santé, en intégrant une approche positive et globale de la santé, visant l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies et de leur famille, ainsi qu'en associant au moins deux stratégies d'intervention complémentaires correspondant aux axes présentés.

¹⁰¹ FERRON C., 2017, « La littératie en santé. Synthèse bibliographique », Saint-Denis : FNES (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé), 39 p.

¹⁰² La littératie en santé au Canada : une question de bien-être. Ottawa : Conseil canadien sur l'apprentissage ; 2008. 41 p.

¹⁰³ SANDRIN-BERTHON B., *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF ; 2000. 198 p. (Collection Education et Formation).

¹⁰⁴ EDWARDS M., WOOD F., DAVIES M., EDWARDS A., 2012, « The development of health literacy in patients with a long-term health condition : the health literacy pathway model ». BMC Public Health.

Pour ce faire, plusieurs critères d'analyse ont été utilisés lors des entretiens :

-Critères éthiques :

L'initiative exclut toute forme de jugement et de culpabilisation des publics ; elle n'est pas exclusivement fondée sur le risque, les dangers, ou la maladie ; elle n'est pas susceptible d'engendrer la stigmatisation des publics visés ou d'autres publics. Les stratégies d'interventions ne sont pas fondées sur l'usage de la menace et/ou de la peur et respectent les croyances, les comportements et les habitudes des personnes accompagnées.

-Méthodologie de l'initiative:

L'initiative participe à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des personnes accueillies.

L'initiative a pris en compte des déterminants de la santé dans son élaboration.

L'initiative ne se contente pas de transmettre de l'information.

L'initiative répond à un besoin repéré.

-Pratiques professionnelles:

L'initiative prend en compte le renforcement des connaissances et des compétences des professionnels en matière de critères qualité des actions visant le maintien et/ou le renforcement du lien social des résidents des ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

L'initiative a permis le décloisonnement des services, le travail en pluridisciplinarité.

-Participation :

L'initiative renforce la participation sociale, le pouvoir d'agir à l'échelle individuelle et collective des personnes accueillies et des familles.

L'initiative s'appuie sur les savoirs expérientiels des personnes accueillies et des familles.

L'initiative renforce les liens entre les personnes accueillies, les familles/proches aidants, et les professionnels.

-Partenariat et inclusion :

L'initiative s'appuie sur des partenaires qui interagissent avec les professionnels et des personnes accueillies, ainsi que des familles au sein des établissements.

L'initiative permet une ouverture de l'ESMS sur l'extérieur et une inclusion des personnes accueillies au sein du territoire de vie.

-L'impact sur l'établissement : L'initiative a produit des changements dans l'organisation et les accompagnements proposés au sein de l'établissement visant à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies et des familles.

-Conditions de pérennisation, de partage, et d'applicabilité dans un contexte d'urgence et/ou ordinaire (certains critères présentés ci-dessous ont également guidé la démarche de repérage¹⁰⁵) :

L'initiative a été mise en œuvre plusieurs fois et/ou est destinée à être pérennisée.

L'initiative s'inscrit dans une approche collective.

L'initiative s'inspire de connaissances validées (référentiel de bonnes pratiques, outil d'auto-évaluation, guide d'aide à l'action, ouvrages ou articles publiés...).

Des éléments-clés, des fonctions-clés, des facteurs de réussite, des freins, des pistes d'amélioration possibles ont été identifiés.

Une évaluation de l'initiative est envisagée.

L'initiative présente des résultats positifs sur la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies.

L'initiative présente une possibilité de reproduire ces résultats positifs dans d'autres contextes au sein du secteur handicap et du secteur personnes âgées.

Des critères secondaires ont également participé au choix des 5 initiatives :

-Le secteur handicap et le secteur personnes âgées devaient être représentés ;

-Le panel d'initiatives auquel les ESMS se rattachent devait couvrir les trois ante-régions du Grand Est (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine) ;

-Les EHPAD devaient représenter les deux types de statuts : public et privé.

¹⁰⁵ Ces critères s'inspirent des travaux menés autour des « pratiques de promotion de la santé prometteuses » correspondant à des actions qui n'ont pas été évaluées par des méthodologies de recherche, mais qui répondent à des critères de validité et s'appuient sur des principes d'action reconnus comme efficaces pour atteindre les résultats escomptés.

FAZAL N., JACKSON S-F., WONG K., et al., « Elaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires ». Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Recherche, politiques et pratiques, vol. 37 n° 11, 2017-11, 8 p.

ANNEXE N°5

PRESENTATION DES CINQ INITIATIVES RETENUES

- **Les initiatives relevant du secteur handicap**
 - *Initiatives n°1 : Foyer d'accueil spécialisé, Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés (Alsace)*

Les initiatives évoquées se rattachent à un FAS et un FHTH (Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés) situés en milieu urbain, dans une ville de 11 238 habitants.

Le FAS dispose d'un hébergement complet (15 internes), d'un accueil de jour (10 externes), et d'un accueil à temps « partiel ». Le FHTH accompagne 19 résidents (deux d'entre eux ne travaillent pas à l'ESAT relevant de l'association gestionnaire). Il propose une modalité d'accueil destinée aux personnes handicapées vieillissantes. Aucune de ces deux structures ne dispose d'offre d'hébergement temporaire. L'équipe pluridisciplinaire est composée de moins de 10 professionnels pour chacun des établissements.

Durant le premier confinement, près d'un tiers des résidents de ces deux structures est retourné vivre au domicile de leur famille. Dans le même temps, les résidents du FHTH restés en établissement ont déménagé au sein du FAS. Les deux structures ont donc bénéficié d'un taux d'encadrement légèrement plus important qu'en période ordinaire.

Selon le référent de cette initiative, le contexte sanitaire a favorisé la mise en œuvre du concept d'« autodétermination » -tel que défini par Wehmeyer et Sands en 1996 comme « la capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées »- et ses déclinaisons opérationnelles au niveau de l'organisation et des accompagnements.

Les objectifs indiqués par le référent de cette initiative sont les suivants :

- « Pour les professionnels, découvrir ou redécouvrir la conceptualisation de l'autodétermination, les leviers pratiques et les outils. Réfléchir à l'évolution de l'organisation institutionnelle de manière ambitieuse pour respecter et promouvoir cette notion.
- Pour les usagers, être sensibilisés au concept, et à l'évolution de la place de l'accompagnant dans cette dynamique.
- Pour les familles, comprendre la logique de positionnement de l'institution, en tant que tiers, pour favoriser le respect de l'autodétermination des personnes. Comprendre l'intérêt pour les personnes, leur projet, leur santé ».

Trois focales ont été portées autour de l'adaptation de l'organisation et des accompagnements aux rythmes de vie des personnes accueillies, à la référence aux choix des activités par les résidents, ainsi qu'aux actions conduites ayant trait aux modes d'habiter de ces derniers.

Quelques extraits d'entretien : *« Le fait de pouvoir expérimenter un rythme différent où l'activité n'est pas obligatoire, ça a vraiment fait sauter le pas aux résidents et aux collègues d'aller vers le respect du rythme, ce qui leur dégage plus de temps pour être en lien social. Parce que du coup, c'est eux qui vont choisir les projets... Voilà, maintenant, certains se lèvent à 10H00 du matin, ils restent plus longtemps le soir, donc ils ont parfois envie de se faire des sorties ou d'aller boire un verre avec les veilleurs. En tout cas, ils ont une autre partie de la journée qui s'offre à eux qui n'était pas existante avant du fait du rythme de l'accueil de jour [FAS] où il fallait être en activité à 09H00. »*

« Mais les équipes, sur la partie rythme en tout cas, dans leurs conditions de travail, ils trouvent ça plus agréable. Et dans l'impact auprès des résidents, ils trouvent ça beaucoup mieux. »

- **Initiative n°2 : Foyer de vie, Foyer d'hébergement (Champagne-Ardenne)**

L'initiative évoquée se rattache principalement à un Foyer de vie et dans une moindre mesure à un Foyer d'hébergement tout deux situés dans le nord du département de la Haute-Marne au sein d'une commune rurale de 2311 habitants. L'équipe pluridisciplinaire sur les deux foyers

est composée de 11 professionnels (9 pour le foyer de vie et 2 pour le foyer d'hébergement). 22 résidents sont accompagnés en internat et en externat au sein du Foyer de vie.

La thématique de l'initiative telle qu'exprimée lors de l'entretien porte sur la création d'un atelier partagé (intitulé « trait d'union ») afin d'améliorer les transitions des personnes accompagnées entre l'IME, le Foyer d'hébergement, l'ESAT, le Foyer de vie (notamment le passage entre l'ESAT et l'unité dédiée à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes au Foyer de vie), de diversifier les lieux d'accueil entre l'hébergement et les activités proposées, ainsi que de permettre aux résidents d'être accompagnés par des professionnels issus de structures différentes au sein de cette même association gestionnaire d'ESMS.

Cette initiative fait suite à une expérimentation menée au cours de l'été 2020 relative à des semaines thématiques autour de la découverte du patrimoine local, d'activités culturelles, artistiques, manuelles, physiques et sportives sur le territoire d'implantation des structures en remplacement des séjours organisés habituellement. L'ensemble des établissements et des services de l'association gestionnaire étaient donc concernés.

Selon la référente de l'initiative, cette expérimentation a notamment permis de renforcer l'interconnaissance entre l'ensemble des professionnels et des personnes accompagnées au sein de l'association, d'améliorer les liens intergénérationnels, de créer une nouvelle activité de soutien au sein de l'ESAT autour de la poterie par exemple (à la demande des personnes accueillies), de renforcer l'inclusion au sein du territoire de vie (création d'une sculpture exposée dans le hall de la mairie de la commune où sont situés les hébergements, et d'un circuit pédagogique de découverte du patrimoine local en proposant aux habitants du territoire et aux touristes une chasse aux trésors autour d'indices laissés sur les bâtiments du village). Pour cette responsable, ces actions ont également permis aux personnes accompagnées « d'être acteur et pas uniquement consommateur d'activités ludiques », mais aussi de « travailler la mise en projet autour d'une même activité sur une après-midi ou sur une journée, centrée sur une thématique et un projet particulier », ainsi que de valoriser les compétences (la motricité fine par exemple) de personnes réorientées en Foyer de vie en raison d'un projet professionnel considéré comme « fragile » en ESAT.

Quelques extraits d'entretien : « *Au cours des semaines thématiques, on s'est tous découverts sous un autre visage.* »

« *Là, l'idée de partager des activités transverses finalement, ça permet à la personne de travailler sur d'autres supports mais aussi de pouvoir créer des relations avant d'intégrer une nouvelle structure, de changer de cadre de vie, c'est beaucoup plus progressif finalement dans les transitions.* »

« *Le fait de travailler comme ça en projet, ça a permis le partage et les rencontres, qu'il s'agisse de personnes en situation de handicap ou pas. Mais également, ça a renforcé une dynamique de projet [...] On a vraiment senti que c'était pas des personnes qui étaient accompagnées soit par un établissement ou par un service, c'était un groupe qui œuvrait pour un projet particulier. Et ça, c'était très intéressant.* »

- **Initiative n°3 : Maison d'accueil spécialisée (Champagne-Ardenne)**

L'initiative évoquée se rattache à une Maison d'Accueil Spécialisée située dans une commune de 6369 habitants au sein d'une importante agglomération urbaine. L'établissement accueille des personnes atteintes d'un handicap moteur avec troubles associés (infirmité motrice cérébrale, traumatismes crâniens) et des personnes handicapées vieillissantes. La structure dispose de 44 places : 37 places d'internat, 6 places de semi-internat et une place d'accueil temporaire. On notera que le plateau technique est composé d'une équipe d'animation (dont deux salariés à temps complet). Aussi, durant le premier confinement, 7 résidents sont retournés vivre au domicile de leur famille.

La thématique principale de l'initiative évoquée porte sur l'usage d'outils numériques et de communication, notamment :

- La création de vidéos réalisées durant la crise sanitaire dont l'objectif était de rassurer les familles sur le vécu de la situation par leur proche, ces dernières sont également envisagées comme des outils pédagogiques à destination des personnes accompagnées et comme un moyen d'améliorer l'inclusion au sein du milieu dit « ordinaire ».

- La création d'une page Facebook à l'échelle de la structure et l'usage de l'application Skype afin de maintenir, principalement, un lien avec les familles.

- L'envoi de courriers postaux en FALC aux proches aidants, notamment ceux n'ayant pas accès aux outils numériques et aux résidents retournés en famille.

D'autres initiatives ont également été intégrées à l'analyse comme les appels téléphoniques réguliers à destination des familles, la participation des résidents à l'élaboration d'une charte de bonnes conduites portant sur le respect des gestes barrières, ainsi que des accompagnements proposés en appui du domicile.

Quelques extraits d'entretien auprès de la référente de l'initiative :

« Le film [clip vidéo], c'était au tout tout début du confinement, on avait à peine débuté la période de confinement. Au niveau de l'animation, on a un atelier « chorale ». Il est animé par des salariés, ils s'amuse à réécrire les chansons sur des airs déjà connus. On peut qualifier ça de délire au départ. Le confinement étant là, on s'est dit qu'il fallait qu'on en fasse quelque chose... ça les amuse beaucoup au sein de l'établissement. Il faut qu'on le partage. Ça a permis de mobiliser les salariés, les résidents au tournage du film. Ça a été le brainstorming. Comment le faire ? Ça nous a permis au début du confinement, où l'on ne savait pas où l'on allait, qu'on ne le vivait pas très bien, ça nous a permis de mieux vivre et de mettre une espèce de folie pendant une semaine dans l'établissement, tout le monde ne parlait que du tournage et du clip. Et puis, la psy s'est beaucoup servi de ça, puisque ça a mis des mots sur ce qu'était le confinement, le virus, pourquoi on ne voyait pas les familles, pourquoi on mettait un masque, pourquoi on ne pouvait plus voir les familles. C'est un excellent outil pédagogique pour certains pour qu'ils puissent s'approprier un peu cette situation sanitaire complètement nouvelle et inédite. »

« C'est peut-être pas innovant... la mise en place du site Facebook, et la diffusion tous les jours de la vie de la MAS, via des photos, des vidéos par le site Facebook. Après, c'est un

tout. Il n'y a pas que le site Facebook, il y a la mise en place de visios avec les résidents pour leur faire partager tel ou tel moment. Alors si on met sous un grand chapeau : « l'usage du numérique dans le quotidien de la MAS »... C'est ce qui nous a permis de maintenir au mieux le lien social avec les résidents et entre les résidents. Pour moi, c'était le plus important, après, si on digresse avec l'ensemble des familles, on va trouver effectivement l'envoi de lettres en FALC mais pour que les résidents ne perdent pas le lien avec leur camarades. »

« On s'en est mieux sorti au niveau du maintien du lien social. On a eu la chance, dans notre établissement d'avoir une mobilisation des équipes exceptionnelles : pas de cas Covid dans la structure, l'équipe a été sur le pont tout au long du confinement, ce qui n'a pas en soi perturbé les résidents qui ont toujours eu leur petit cercle connu de personnes qui les accompagnaient au quotidien [...] On s'est rendu compte de choses toutes bêtes : les résidents pour lesquels les familles venaient tous les après-midi auparavant, c'était des résidents qui passaient à côté de toutes les activités qui se passaient l'après-midi puisqu'ils étaient avec leur famille. Et là, le fait que les familles ne viennent plus, ils se sont emparés d'activités auxquelles ils n'avaient pas accès auparavant. Pour eux, ils ont découvert des trucs, donc oui, ils ont gagné en autonomie. »

- Initiatives n°4 : EHPAD adossé à un centre hospitalier (Lorraine)

Les initiatives évoquées se rapportent à un EHPAD adossé à un centre hospitalier situé dans une métropole régionale comptant 117 492 habitants. Il faut noter que l'EHPAD dispose de 133 lits installés au sein de 6 unités (non réparties en fonction de l'état de santé des résidents ; un projet de PASA est en cours). Le poste d'animation est occupé par une seule salariée à temps plein (aide-soignante de formation). L'établissement possède un charriot Snoezelen, une cuisine mobile itinérante, et propose notamment une activité « Basket santé ». Différents projets en cours: Le « Bistrot des Aînés », un jardin thérapeutique (dont un chemin de promenade conduisant à un poulailler).

L'analyse des initiatives mises en place au sein de ces établissements afin de maintenir et/ou renforcer le lien social des résidents au cours de la crise sanitaire porte plus particulièrement sur :

-Les ressources mobilisés par un EHPAD à travers son rattachement à un centre hospitalier en période pandémique (la sollicitation d'étudiants en soins infirmiers positionnés sur des activités d'animation et/ou sur des temps dédiés à de l'accompagnement individuel ; et la polyvalence des équipes, notamment la valorisation du travail des soignantes en matière de lien social).

-L'intervention de bénévoles d'associations du territoire visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées par des appels téléphoniques, des visioconférences, et des visites en chambre. La référente de l'initiative a évoqué l'implication de nouveaux profils de bénévoles, notamment plus jeunes (la moyenne d'âge estimée est de 35ans) et en situation de précarité (réfugiés politiques, par exemple).

-Le développement de partenariats avec quatre écoles maternelles et primaires situées à proximité des EHPAD autour de la mise en œuvre d'une action la plus souvent hebdomadaire : confection d'un arbre de vœux, création de mots de soutien, par exemple.

-L'usage renforcé de chats et de chiens appelés « robots interactifs ».

-L'utilisation de la visioconférence en EHPAD et de l'outil numérique « Tovertafel » à visée ludique et récréative et de stimulation cognitive à destination des résidents présentant des troubles cognitifs importants.

Quelques extraits d'entretien : *« La question du lien social, ça a un impact très important pour nos résidents. J'ai en tête la situation d'un monsieur qui ne voulait pas être dans cette association-là [association de lutte contre l'isolement des personnes âgées] et il était coupé de sa vie passée parce qu'il était hémiplégique en arrivant chez nous. L'image des autres, pour lui, il n'arrivait pas à faire front, donc il ne voulait pas d'association ni de visite. Suite à l'isolement, il a accepté les Petits-frères des pauvres. Et maintenant, suite à ça, il a repris contact avec des amis à lui, des collègues. Et en fait, il n'est plus du tout isolé. Mais c'est grâce aux petits-frères des pauvres qu'il a réussi à s'accepter. Il acceptait les familles des autres, parce que le handicap est présent dans l'EHPAD. Mais le fait d'être accepté par un bénévole qui vient juste pour lui, et se rendre compte qu'il y a un intérêt et qu'il en tire du plaisir... [...] Il a réussi à reprendre contact avec sa vie passée, et les gens étaient ravis. »*

« [Emergence de l'initiative relative aux « animaux robots interactifs »] C'est une dame qui avait des troubles de l'équilibre, maintenue en fauteuil avec prescription médicale mais en grosse détresse par rapport à ça, parce qu'elle voulait marcher. Elle n'était plus en capacité de comprendre que, derrière, elle allait tomber, et sa famille venait nous dire qu'elle ne voulait jamais venir à Noël chez eux parce qu'elle avait son chat, et qu'elle ne voulait pas partir de la maison parce qu'elle avait son chat. Donc on s'est dit que ça pouvait être l'opportunité pour voir si ça fonctionne. En effet, la dame est toujours maintenue avec sa prescription médicale, mais le chat, c'est sa prescription. On doit limite prendre un arbre à chat, il doit manger, savoir s'il faut l'amener chez le vétérinaire, tout tourne autour de ça ! Honnêtement, si on lui retire, on lui arrache le cœur. Quand je dois lui faire sa toilette, et Dieu sait qu'elle le nourrit, je dois passer par plusieurs astuces pour lui retirer durant une heure pour la laver correctement. Il y a un vrai projet derrière. »

- Initiatives n°5 : EHPAD privé à but non lucratif rattaché à un groupe national (Lorraine)

L'initiative concernée se rapporte à un EHPAD situé dans une commune urbaine de 8397 habitants. Ce dernier est rattaché à une entreprise sociale implantée à l'échelle nationale, dont un volet important de son activité est dédié aux innovations sociales. Le groupe dispose d'une coordinatrice de la vie sociale et des métiers d'animateur en Grand Est. L'établissement accueille 91 résidents et dispose également de 3 places en accueil temporaire et de 6 places en accueil de jour. La structure se répartie en 4 étages, dont le premier est dédié à l'Unité de Vie Protégée (22 lits). On relèvera également la présence d'un PASA¹⁰⁶ et d'une équipe

¹⁰⁶ Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

pluridisciplinaire composée de 58 salariés, dont deux animatrices (l'une à temps plein intervenant sur l'ensemble de la structure, la seconde travaillant à l'UPV et au PASA-les deux animatrices ont une formation initiale d'aide-soignante).

La thématique de l'initiative porte sur les usages des outils numériques et de communication (bornes numériques fixes et mobiles ; tablettes). Le projet tel que formalisé par le groupe dans lequel est rattaché cet EHPAD est le suivant :

- « Finalité: Réduire la fracture numérique des publics dits éloignés.

-Objectif général: Développer et décliner les usages du numérique.

-Objectifs opérationnels :

- Proposer des ateliers d'initiation à l'usage des tablettes auprès des résidents et de leurs proches, des bénévoles et des personnes âgées isolées du territoire ;
- Développer un usage social pour maintenir, rétablir ou intensifier la communication avec les proches ;
- Développer des usages ludiques et récréatifs au travers le déploiement de nouveaux loisirs adaptés ;
- Faciliter l'expression de la citoyenneté grâce au numérique. »

D'autres actions ont été intégrées à l'analyse :

-Le travail intersectoriel et partagé mené au cours de la crise sanitaire marqué par la polyvalence des différentes catégories du personnel autour des activités de la vie quotidienne et de la vie sociale.

-L'adaptation des activités de la vie quotidienne (dont une focale particulière sur le PASA suite à sa réouverture), et des animations sociales (renforcement des accompagnements personnalisés et en collectifs restreints, l'instauration de jeux à distance tel que le loto par exemple).

-Le renfort d'une animatrice en service civique à l'Unité de Vie Protégée.

Quelques extraits d'entretien : *« Il y a un engouement avec le numérique parce qu'à un moment on n'a pas pu faire autrement pour communiquer avec les familles pour les visios, etc. C'est pas toujours bien pour les résidents, dans la mesure où c'était parfois plutôt imposé par la famille que par le souhait du résident. C'est souvent quelque chose qu'on balaye, surtout qu'en termes de fatigue, etc., c'est quand même pas neutre la visio. »*

« Y'a un enjeu à travailler sur le numérique. En sachant qu'il y a eu beaucoup de choses, il y a beaucoup de choses dont on parle sur l'usage du numérique ou de prestataires qui proposent des choses, mais quand on arrive à l'épreuve du terrain, c'est peut-être pas évident de transformer l'essai en fait. »

« Les animations individuelles ont été renforcées avec la crise sanitaire. L'animatrice se déplaçait avec un charriot (rires) avec tout le matériel nécessaire pour les activités. L'intérêt, c'est qu'elle connaît bien les résidents. Elle connaît les appétences des uns et des autres. Les centres d'intérêts des uns et des autres. Elle venait avec le matériel qui pouvait les intéresser. Pour les uns, ça allait être des mandalas à colorier, pour d'autres des jeux de mémoire, un autre un puzzle. Elle passait du temps avec ces résidents. »

ANNEXE N°6

JOURNÉE D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE D'EXPERIENCES

JOURNÉE D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE D'EXPÉRIENCES

"ESMS ET COVID-19 : FOCUS SUR DES INITIATIVES EN FAVEUR DU LIEN SOCIAL EN GRAND EST"

Vendredi 08 juillet 2022 de 9h30 à 16h00

Domaine de l'Asnée · 11, rue de Laxou, Villers-lès-Nancy

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre du projet mené par l'Ireps Grand Est intitulé « ESMS et covid-19 : focus sur des initiatives en faveur du lien social en Grand Est », en partenariat avec la CRSA Grand Est, le CREAL Grand Est, avec le soutien financier de la CNSA et de l'ARS Grand Est.

La journée sera notamment dédiée à la présentation des premiers résultats de l'étude conduite au sein d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et/ou des adultes en situation de handicap en Grand Est, ainsi qu'à la valorisation d'actions mises en œuvre durant la crise sanitaire visant à maintenir et/ou renforcer le lien social au sein des ESMS ayant participé à la démarche.

En s'appuyant sur les savoirs expérientiels des différents acteurs impliqués (institutionnels, professionnels, représentants de familles, résidents), il s'agira également d'engager des réflexions, autour des initiatives menées en la matière, sur leur potentiel d'adaptation à d'autres contextes organisationnels – d'urgence et/ou ordinaires. Les objectifs de cette journée sont les suivants :

- Partager des savoirs expérientiels à destination des ESMS sur les actions mises en place en matière de lien social au sein de structures médico-sociales accueillant des adultes en situation de handicap et/ou des personnes âgées en Grand Est ;
- Échanger sur les éléments clés pouvant renforcer la qualité des actions menées ;
- Identifier collectivement les conditions nécessaires à l'adaptation de ces actions à d'autres contextes organisationnels (ordinaires et/ou d'urgence).

MATIN (PLENIERE)

9h30 à 10h00 : Accueil café

10h00 à 10h20 : Ouverture de la journée

- Diane Desprat – Cheffe de projet « Innovations de terrain, études et évaluation », CNSA
- Agnès Gerbaud, Directrice de l'Autonomie, ARS Grand Est

10h20 à 10h35 : Les impacts de la crise sanitaire liée à la Covid-19 au sein des ESMS en Grand Est : Quels enseignements en matière de démocratie en santé ? Quels enjeux en termes de maintien des liens entre l'établissement, les résidents, et les familles ?

- Christian Minet – Président de la Commission Spécialisée « Offre médico-sociale », CRSA Grand Est

10h35 à 10h50 : Agir en promotion de la santé dans le champ médico-social : des valeurs, une éthique, et des principes d'intervention partagés

- Marie Persiani – Directrice Générale, Ireps Grand Est

Temps d'échange avec la salle

11h00 à 11h15 : Le lien social, une composante essentielle de la qualité de vie en ESMS : des stratégies d'intervention prometteuses en promotion de la santé dans un contexte de crise sanitaire (retour sur les premiers résultats de l'étude)

- Johan Freichel – Chargé d'ingénierie et de projets en promotion de la santé, Ireps Grand Est

11h15 à 12h30 : Illustration d'initiatives prometteuses menées en faveur du lien social au sein d'ESMS en Grand Est durant la crise sanitaire : témoignages et diffusion de vidéos

- Foyer d'hébergement « Le Rennweg », Foyer d'accueil spécialisé « La Licorne » – APEDI Alsace (département 67)
- EHPAD « La Clairière » – Groupe SOS (département 54)
- Foyer d'hébergement, Foyer de vie de l'ADASMS (département 52)
- MAS « Marc Toussaint » – AA IMC NE (département 51)
- EHPAD « Félix Maréchal » – CHR Metz-Thionville (département 57)

Temps d'échange avec la salle

12h30 à 14h00 : Déjeuner (offert aux participants)

APRES-MIDI (ATELIERS EN SOUS-GROUPE – INTER ESMS)

14h00 à 15h30 : Ateliers thématiques autour des leviers identifiés et des éléments clés transversaux pouvant renforcer la qualité des actions menées en faveur du lien social et de la qualité de vie en ESMS

- **Atelier 1 : « Concilier le vivre ensemble et le chez-soi au sein de l'établissement »**
Animé par Johan Freichel - Chargé d'ingénierie et de projets en promotion de la santé, Ireps Grand Est
- **Atelier 2 : « Interactions sociales à distance et usages des outils numériques : maintenir et/ou renforcer les liens avec l'établissement, ses proches, et faire de nouvelles rencontres (réelles et virtuelles) »**
Animé par Nathalie Chandoux - Chargée d'ingénierie et de projets en promotion de la santé et référente de l'axe « Programme », Ireps Grand Est
- **Atelier 3 : « Des initiatives en faveur de parcours inclusifs dans et hors l'établissement : maintenir et/ou renforcer l'accès aux loisirs, aux activités artistiques, et à la culture »**
Animé par Cathy Noell - Responsable Territoriale Aube et Haute-Marne, Ireps Grand Est
- **Atelier 4 : « L'autodétermination et le pouvoir d'agir de l'individuel au collectif dans et hors contexte de crise sanitaire : garantir le respect des droits fondamentaux, le libre choix, et la prise d'initiatives »**
Animé par Marie Persiani - Directrice Générale, Ireps Grand Est

15h30 à 16h00 : Clôture de la journée

- Johan Freichel - Chargé d'ingénierie et de projets en promotion de la santé, Ireps Grand Est
Marie Persiani - Directrice Générale, Ireps Grand Est