

# **PRIS PAR LA VAGUE, LES EMS EN PREMIÈRE LIGNE FACE AU COVID-19**

*Kate de Rivero*

## **RÉSUMÉ**

Le Covid-19 a porté un coup dur aux personnes âgées vivant dans les Etablissements Médico-Sociaux (EMS). Directement par la mort et l'infection, et indirectement par des mesures de confinement qui ont nui au bien-être des résidents. Le personnel s'est retrouvé en première ligne, chargé de protéger les personnes âgées et d'atténuer l'impact de la pandémie sur leur qualité de vie.

A travers l'expérience du personnel et des résidents j'ai cherché à comprendre comment la pandémie a perturbé la mission sociale des EMS. L'étude a été menée dans un EMS à Genève à l'aide d'entretiens semi-structurés avec dix-neuf employés et six résidents. Deux cas de figure sont apparus : dans le premier, les ressources de l'EMS n'ont pas été directement touchées, le personnel a pu fournir des soins individualisés et a essayé de concilier des priorités parfois contradictoires que sont la protection contre le Covid-19 et la qualité de vie des résidents. Dans le second cas, arrivé pendant la deuxième vague, une flambée du Covid-19 dans l'établissement a augmenté les besoins des résidents, et frappé aussi le personnel, plongeant ainsi l'EMS dans une véritable crise. La flexibilité et la stabilité du personnel, une vision commune de l'importance des soins individualisés et la proximité des équipes de direction ont été des facteurs clés pour faire face à la pandémie.

## **INTRODUCTION : UNE POPULATION VULNÉRABLE DANS UN MILIEU FERMÉ**

Les maisons de soins pour personnes âgées sont très vulnérables aux épidémies, avec des conséquences désastreuses pour les résidents (Strausbaugh, Sukumar, et al., 2003).

Les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de développer une forme grave du Covid-19. Dans les Etablissements Médico-Sociaux (EMS), l'habitat collectif les surexpose en outre au risque de contamination : partage des installations, interactions étroites avec une variété de personnes -personnel, famille, et autres résidents.

Sur la base de données provenant de 22 pays, le « International Long Term Care Policy Network » estime que les personnes âgées vivant dans des maisons de soins représentent en moyenne environ 0,73% de la population totale de ces pays, mais qu'elles partagent en moyenne 41% de l'ensemble des décès dus au Covid-19 (Comas-Herrera, Zalakaín, et al., 2021, p. 21). Cependant, les données sont difficiles à compiler car les tests n'étaient pas systématiques, les définitions de cas varient et les données désagrégées sur les maisons de retraite ne sont pas spécifiquement rapportées dans tous les pays (Ibid).

### **IMPACT DU COVID-19 DANS LES EMS – CHIFFRES CLÉS**

En Suisse et au Liechtenstein<sup>1</sup>, 90 % des 9 200 personnes décédées alors qu'elles étaient malades du covid-19 avaient plus de 70 ans (Office Fédéral de la Santé Publique - OFSP, 2021). Les trois quarts des décès dus au Covid-19 sont survenus lors de la deuxième vague, à partir d'octobre 2020, et la moitié des décès enregistrés depuis lors sont survenus dans les EMS. Cependant, cela ne comprend pas les décès des résidents décédés à l'hôpital et ne rend donc pas compte de tous les décès de personnes âgées vivant dans des établissements de soins (Ibid). Il convient de noter qu'avant la pandémie, une grande partie des décès survenait également dans les EMS, représentant entre 43 et 44% de l'ensemble des décès dans le pays (Office fédéral de la statistique OFS, 2019).

Dans le canton de Genève, 532 des 720 décès de Covid-19 déclarés jusqu'au 17 mars 2021, étaient des résidents des EMS (Service du médecin cantonal, 2021). Cela représente 73% de tous les décès dus au Covid-19 dans le canton. Tous les résidents ne sont pas décédés dans les EMS elles-mêmes, puisque les décès dans les EMS représentent 45% du total des décès Covid-19 dans le canton. (Ibid).

En novembre 2020, les médias ont tiré la sonnette d'alarme sur le grave sous-effectif des EMS en Suisse romande dû à la deuxième vague, avec jusqu'à 20 % et 30 % de sous-effectif dans les cas extrêmes (Botti, 2020). Pour faire face au manque de personnel, les EMS et les cantons ont procédé à des recrutements, notamment en faisant appel à des civilistes (le service civil). Toutefois, le manque de personnel de santé qualifié, notamment d'infirmières, a constitué une lacune majeure pour certains EMS.

### **DERRIÈRE LES CHIFFRES : LE GRAND BOULEVERSEMENT DANS LA VIE D'UN EMS**

La sévérité de la pandémie dans les EMS ne s'est pas seulement traduite par des taux élevés de décès et d'infection, mais également par une détérioration de la qualité de vie des résidents.

Les stratégies d'isolement et de confinement destinées à protéger les résidents vont à l'encontre des politiques mises en place au cours des dernières décennies pour promouvoir l'autonomie et la dignité des personnes âgées vivant dans des maisons de soins (Oris, Ramiro Fariñas, et al., 2020).

Des recherches menées aux Pays-Bas sur l'impact du Covid-19 dans les établissements de soins pour les personnes âgées ont montré une augmentation de la dépression, de l'anxiété et des troubles comportementaux chez les résidents après l'application de mesures de protection et d'isolement, en particulier chez les

●  
<sup>1</sup> L'OFSP inclut le Liechtenstein dans sa compilation. Toutes les données fédérales citées vont du début de la pandémie jusqu'au 19 février 2021, sauf indication contraire.

personnes âgées sans troubles cognitifs (Roest, Prins, et al., 2020). Le personnel a également été affecté. Une étude menée dans 33 maisons de soins pour les personnes âgées du nord de l'Italie a révélé que 40 % des travailleurs souffraient d'un syndrome de stress post-traumatique lié à l'impact du Covid-19 dans leurs lieux de travail (Riello, Purgato, et al., 2020).

## LES EMS EN DEHORS DE LA PANDÉMIE

Les EMS accueillent une population âgée de plus en plus dépendante. Selon les statistiques fédérales de 2017, environ 64% des résidents des EMS ont besoin de 1 à 3 heures de soins quotidiens, et 13,9% ont besoin de plus de 3 heures de soins par jour (Office fédéral de la statistique OFS, 2019). À Genève, huit résidents sur dix en EMS sont âgés de 80 ans ou plus (OCSTAT - Office cantonal de la statistique, 2019).

Les maisons des soins pour personnes âgées ne sont plus les institutions totales qu'elles auraient pu être dans le passé. (Mallon, 2007; Caradec, 2015; Caleca and Perrier, 2020). Au cours des dernières décennies, les pratiques ont évolué pour mettre l'accent sur l'individualité, les projets personnels et la liberté de choix des résidents (Anchisi, Hummel, et al., 2014). Cette approche met en exergue l'importance du maintien de liens actifs avec les proches à l'extérieur de l'EMS, des interactions avec le personnel et les autres résidents, et de l'établissement de routines et de rituels individuels, pour alimenter la motivation et l'estime de soi. (Poisson-Goulais, 2005 ; Macia, Chapuis-Lucciani, et al., 2008 ; Paddock, Brown Wilson, et al., 2019).

Prendre des décisions sur les tâches du quotidien nourrit un sentiment d'autonomie et permet de faire face aux expériences négatives de dépendance (Paddock, Brown Wilson, et al., 2019). A contrario, l'isolation et la privation sensorielle, comme l'absence de contact physique, ou les interactions qui se limitent à des questions pratiques - telles que " assieds-toi, finis ta nourriture, en veux-tu encore ? " - sont quant à elles préjudiciables à l'estime de soi et à la motivation dans la vie quotidienne (Poisson-Goulais, 2005).

De nombreuses études décrivent le développement d'approches individualisées dans les maisons de soins comme un processus continu qui tente de combiner les logiques institutionnelles et les besoins individuels des résidents âgés.

Ainsi, dans "Le chronomètre et le carillon", Rimbart (2005) examine la tension entre le temps institutionnel et le temps personnel dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en France. Les efforts de l'institution pour combiner le temps et la routine rationalisés du personnel avec le temps et la routine personnels des résidents cristallisent en effet les tensions entre membres du personnel et résidents

Dans leur étude sur l'autonomie dans un EHPAD, Pierre Nocerino et Léah Mazé (2017) utilisent la notion de "transfert de responsabilité" entre les résidents et le personnel pour décrire la construction sociale de "l'autonomie" : par exemple, c'est en opérant activement un transfert de responsabilité vers l'employé qui la transporte en fauteuil roulant que la personne âgée va conserver un sentiment d'autonomie. Mazé et Nocerino décrivent un EHPAD comme un lieu où les "transferts de responsabilité" sont constamment négociés et renégociés par le biais d'interactions quotidiennes entre le personnel et les personnes âgées.

Ce constat est également affirmé par l'étude fait en 118 EMS en Suisse (Swiss Nursing Homes Human Resources Project - SHURP) par l'Université de Bâle. Les soins individualisés sont considérés comme un processus constant des interactions entre les résidents et le personnel, et l'étude décrit une forte corrélation entre un bon environnement de travail pour le personnel et leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne. (Zúñiga, Favez, et al., 2021)

## QUESTION DE RECHERCHE

L'arrivée du Covid-19 a nécessité une réorganisation interne rapide et massive dans les EMS qui a pu bouleverser ses routines, rituels et interactions, exacerbé les tensions existantes et modifié l'équilibre entre les impératifs institutionnels et individuels, affectant le bien-être des résidents et du personnel.

Cette étude cherche à explorer l'impact de la pandémie sur la capacité d'un EMS à fournir des soins aux personnes âgées et à identifier les caractéristiques sous-jacentes de l'EMS ont contribué à sa résilience pour faire face à la crise.

## MÉTHODOLOGIE : L'ENQUÊTE COMME ESPACE DE PAROLE

J'ai cherché à comprendre l'impact de la pandémie sur un EMS à travers l'expérience du personnel et des résidents. Une limite est que je n'ai pas inclus l'expérience des familles.

Dans un premier temps, j'ai mené neuf entretiens exploratoires semi-structurés avec le personnel de huit EMS en Suisse romande. Le dernier de ces entretiens exploratoires a été réalisé avec le directeur d'un EMS à Genève "Les Clochettes"<sup>2</sup> qui a ensuite accepté de participer à une étude de cas.

Comme la plupart des EMS à Genève, " Les Clochettes " a été durement touché par la deuxième vague de la pandémie. 70 résidents ont été infectés par le Covid-19 et 22 sont décédés. Plus de la moitié du personnel a également été infecté.

Le directeur a vu dans cette étude une occasion d'offrir aux membres du personnel un espace d'expression complémentaire à ceux auxquels ils ont pu accéder pendant la crise. Nous avons également convenu qu'il était important de documenter l'expérience des résidents qui souhaitaient participer.

La participation a été volontaire. Après avoir été informés de l'étude, le personnel et les résidents pouvaient se porter volontaires pour être interviewés. Tous les entretiens ont été enregistrés avec un consentement éclairé et tous les noms ont été anonymisés.

Au total, j'ai réalisé 23 entretiens semi-structurés (dont un entretien groupé) avec 6 résidents et 19 membres du personnel, principalement entre février et mars 2021 (avec deux entretiens réalisés en 2020). Le personnel interrogé provenait de tous les secteurs de travail de l'EMS, à savoir<sup>3</sup> : l'équipe de soins, l'équipe d'animation, l'équipe d'hôtellerie, la restauration, l'administration et les ressources humaines, et l'équipe de direction.

●  
<sup>2</sup> Pseudonyme.

<sup>3</sup> Les 19 membres du personnel interviewés comprennent : infirmières, aides-soignantes, employés de maison, de lingerie, personnel du restaurant, de la cuisine, l'animation, la réception, l'administration et les ressources humaines, tous les membres de l'équipe de direction, y compris le médecin répondant et le directeur de l'EMS.

## CHRONOLOGIE D'UNE PANDÉMIE EN EMS

### "LES CLOCHETTES" AVANT LA PANDÉMIE

Entre 90 et 100 résidents vivent aux Clochettes et environ 130 personnes y travaillent régulièrement. La rotation du personnel est faible, et le personnel et les résidents semblent bien se connaître.

De nombreuses équipes gèrent un emploi du temps serré pour préparer les médicaments, faire la toilette aux résidents, nettoyer les chambres, prodiguer des soins infirmiers, préparer les repas, faire la relève avant un changement de poste, organiser les activités de la journée et les visites médicales, assurer la liaison avec les familles et répondre aux besoins quotidiens imprévus. Les membres de l'équipe de direction jonglent avec un large éventail de défis quotidiens à relever et de dossiers organisationnels à mener sur le plus long terme.

Un grand nombre de résidents âgés ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et beaucoup d'entre eux ont des difficultés cognitives. Le secteur médicalisé de l'EMS couvre deux étages et accueille des résidents très dépendants qui ont besoin d'un suivi médical étroit et d'un haut degré d'assistance. L'autre secteur, appelé "santé publique", couvre cinq étages et accueille des résidents qui ont en principe plus d'autonomie. De nombreuses personnes interrogées ont mentionné que les résidents du secteur "santé publique" sont beaucoup plus dépendants aujourd'hui que ceux qui y vivaient il y a dix ans. Dans l'ensemble, cela a augmenté la charge de travail, notamment du personnel des soins.

Le personnel a également l'expérience des soins nécessaires pour accompagner les personnes âgées et leurs familles dans la fin de vie du résident. Les résidents qui viennent aux Clochettes, comme dans les autres EMS sont souvent très âgés et constituent une population particulièrement fragile. Chaque année, environ 30 % des personnes vivant en EMS décèdent.

"Les Clochettes", en tant que membre de la FEGEMS - Fédération genevoise des établissements médicaux-sociaux - adhère à sa charte éthique, qui décrit clairement l'approche individuelle des soins, en disant par exemple que les EMS :

« 2. s'efforcent de préserver l'autonomie de la personne âgée, de favoriser l'expression de son libre arbitre, de respecter ses choix, au prix d'un certain risque pour elle-même » (Conseil d'éthique de la Fegems, 2011).

Cet engagement se reflète dans la manière dont les membres du personnel décrivent leur travail. Le personnel de tous les secteurs a spontanément donné des exemples de la manière dont il s'est adapté aux besoins et demandes individuels des personnes âgées. À plusieurs reprises, les résidents ont été décrits comme des "chefs d'orchestre" qui sont chez eux et ont le droit de faire ce qu'ils veulent. L'importance d'interagir avec les résidents et de respecter leur autonomie a souvent été mentionnée.

"Il faut vraiment être là, à l'écoute, faire ce petit geste qui montre qu'on pense à eux, qu'on sait ce qu'ils aiment. En même temps parfois il faut demander quand même pour qu'ils aient cette responsabilité de choisir eux-mêmes ce qu'ils veulent vraiment. " (Dulce, Hôtellerie, 25/02/2021.)

### L'ESSENTIEL AU FIL DES VAGUES

La plupart des personnes interrogées disent avoir ressenti pour la première fois l'impact de la pandémie quand les autorités fédérales ont déclaré l'état d'urgence entraînant la fermeture des EMS de toute la Suisse aux visiteurs extérieurs. A partir de ce jour, le personnel et les résidents ont navigué à travers la pandémie, essayant de concilier la protection contre le Covid-19 avec la protection du bien-être affectif et physique des résidents. Ce qui était considéré comme essentiel a évolué au fil du temps et des étapes de la pandémie.

La première vague a représenté une période de peur et d'inconnu avec des informations changeantes sur les mesures de protection. Elle se caractérise par la fermeture de l'EMS aux visites, mais il y a peu de contraintes directes sur ses ressources. Les principales préoccupations des équipes étaient le bien-être affectif des résidents, la recherche de masques et de gels désinfectants dans un contexte de pénurie, et le déploiement

de protocoles de protection. La figure 1 montre les principales actions mises en œuvre lors de la première vague. L'EMS a continué à répondre aux besoins individuels des résidents et a tenté de compenser l'impact de la fermeture et des mesures de distanciation sociale sur la vie quotidienne des résidents.

La deuxième vague s'est caractérisée par sa dimension de crise, l'EMS étant confrontée à une épidémie de Covid-19 qui a également touché son personnel. Il n'était plus possible de maintenir une routine normale ni une approche individualisée car les ressources humaines étaient restreintes. L'essentiel était d'assurer les services de base pour tous, de s'occuper des malades et de réduire la transmission du Covid-19. La figure 2 montre les principaux problèmes qui ont évolué pendant le pic de l'épidémie.

Figure 1 : Première Vague en EMS, Mars-Juin 2020

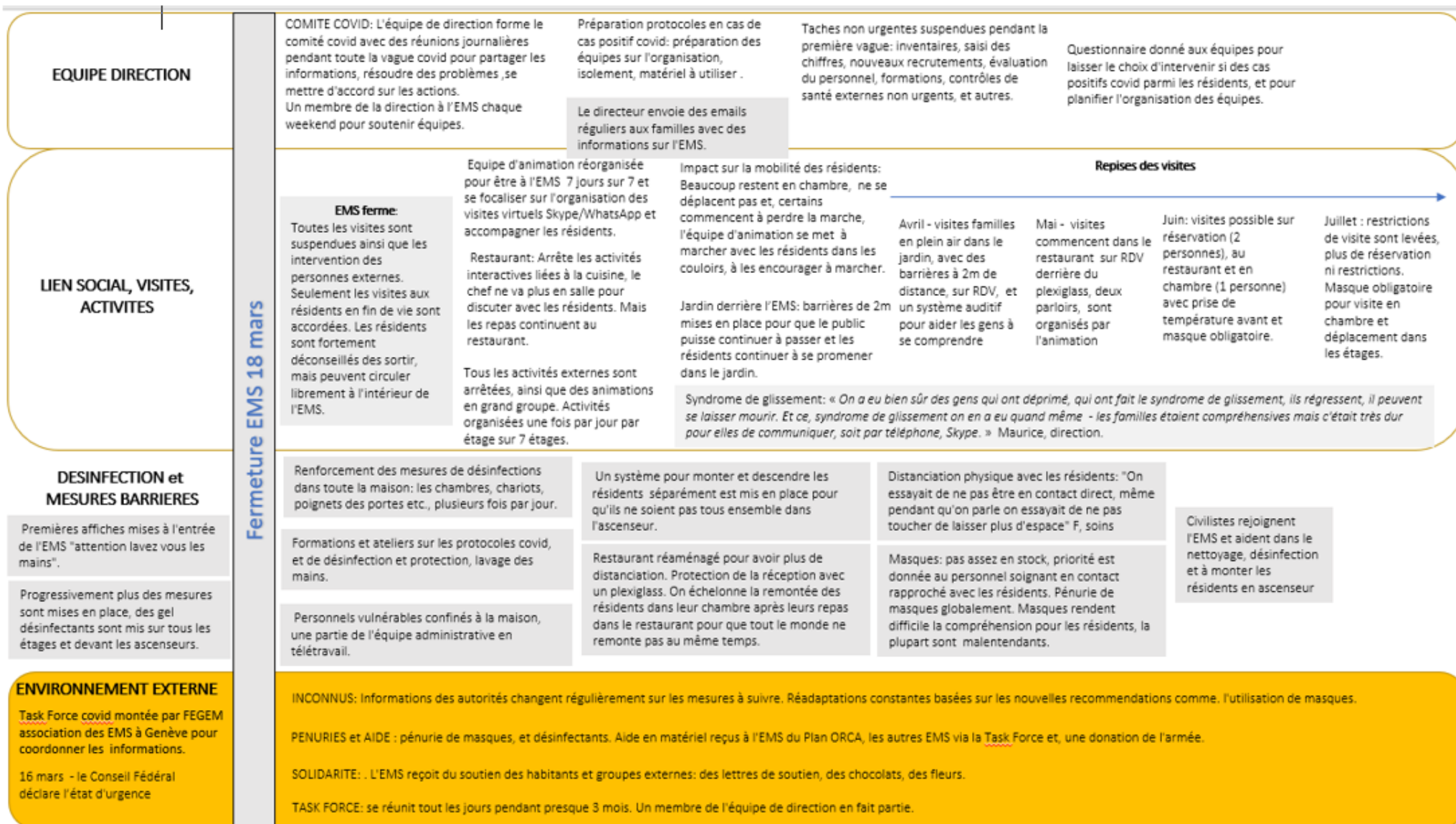
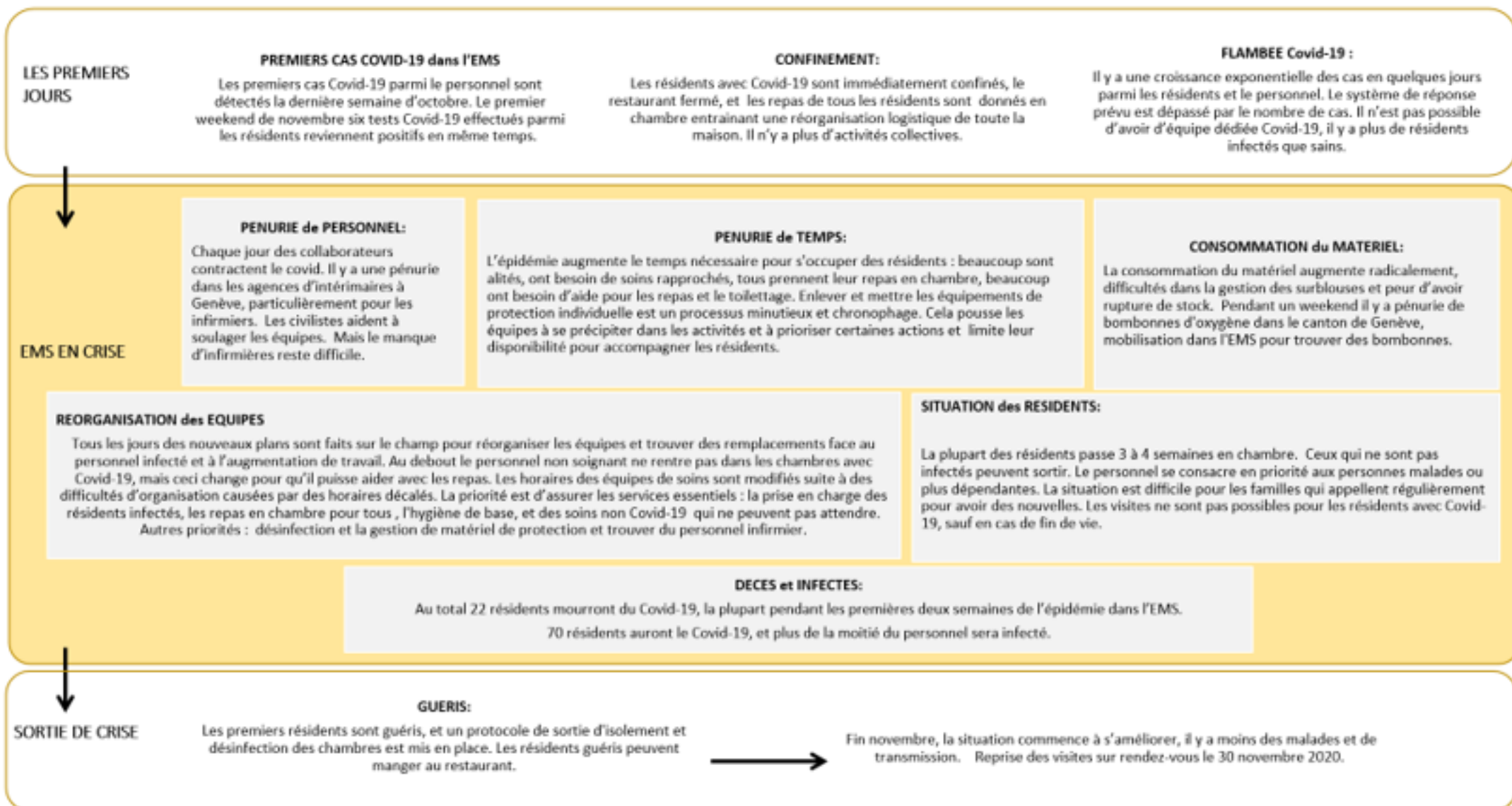


Figure 2 : Au pic de la vague dans l'EMS, 24 octobre – 30 novembre 2020





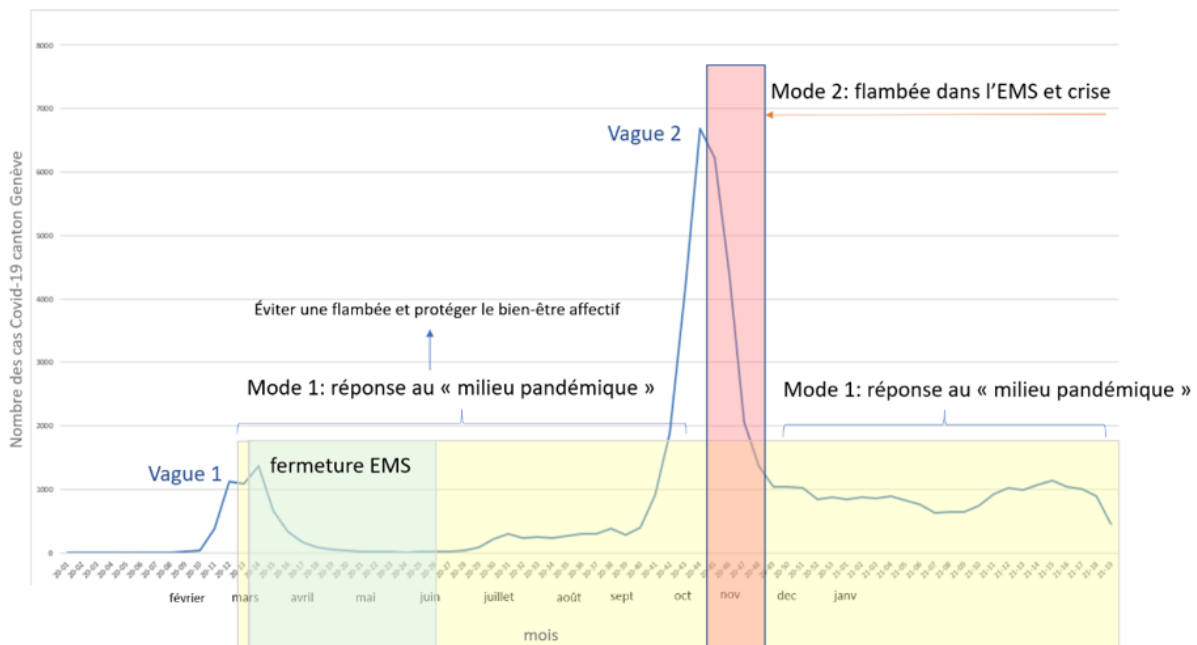
## DEUX CAS DE FIGURE

Chaque période est emblématique d'un cas de figure : dans un premier cas, l'EMS doit naviguer dans l'environnement pandémique, mais ses propres ressources ne sont pas directement touchées. L'objectif est de concilier les deux priorités : la protection contre le Covid-19 et la continuité de la vie " ordinaire " et les routines des résidents. Ceci a duré tout au long de la pandémie, sauf lorsqu'une épidémie s'est déclarée à l'intérieur de l'EMS.

Le deuxième cas de figure est celui où l'EMS est frappée par une flambée de Covid-19 qui a un impact direct et rapide sur les résidents et le personnel. L'objectif est alors de traverser la crise avec le plus grand nombre de survivants possible.

La figure 3 montre les deux modes juxtaposés sur le nombre de cas de Covid-19 dans les deux vagues de la pandémie à Genève.

**Figure 3 : Les deux vagues du Covid-19 à Genève et le type d'impact sur l'EMS**



Sources : nombre des cas covid-19 <https://infocovid.smc.unige.ch/>. Les deux 'modes' basés sur l'analyse des entretiens.

Dans les deux sections suivantes, j'examinerai comment les résidents et le personnel ont été affectés dans chacune de ces cas de figures. La première porte sur la conciliation des priorités parfois contradictoires que sont la protection contre le Covid-19 et la qualité de vie des résidents. La seconde est une description de la crise lorsque le Covid-19 s'engouffre dans l'EMS. Après la présentation de ces deux situations, j'examinerai les caractéristiques de l'EMS qui ont aidé à faire face.

## **PREMIER CAS DE FIGURE - DEUX PRIORITÉS À CONCILIER : SE PROTÉGER DU VIRUS ET PROTÉGER LE BIEN-ÊTRE AFFECTIF**

Les entretiens ont mis en lumière l'importance pour le personnel de la sauvegarde de la dignité, du choix, de l'autonomie et les liens sociaux dans la prise en charge des résidents. Cependant, avec l'arrivée de la pandémie, ces éléments ont été mis en tension avec une priorité concurrente : la protection des résidents contre l'infection. Pour protéger les résidents, l'EMS a dû mettre en place des mesures barrières, de distanciation sociale et de désinfection, tout en trouvant des moyens de compenser leur impact négatif sur la vie des résidents, notamment sur les liens et les interactions sociales.

### **LE CONTRÔLE SANITAIRE : UN NOUVEAU RÔLE POUR LES ÉQUIPES**

Veiller à l'application des mesures barrières et de désinfection était un nouveau rôle pour le personnel, qui a parfois entraîné le sentiment inconfortable d'outrepasser son rôle habituel en imposant des limites aux familles et aux résidents.

D'abord il fallait s'assurer que tout le personnel connaisse les mesures à suivre, : règles de distanciation, lavage des mains, protocoles en cas de résident positif, formation sur les équipements de protection individuelle et protocoles de désinfection des installations.

La gestion de cette priorité a été rendue complexe par l'évolution constante, surtout au début de la pandémie, des informations reçus par l'EMS et des directives données au personnel. En particulier, les protocoles sur l'utilisation des masques ont été modifiés avec des critères différents selon le personnel. Un autre problème était que l'utilisation de masques et la distanciation physique rendaient difficile d'être compris par les résidents malentendants.

Ensuite, le personnel a dû mettre en place des mesures de protection avec les résidents. Le directeur a fait des annonces aux résidents au restaurant pour leur expliquer les changements les plus récents, notamment en ce qui concerne les règlements relatifs aux visites. Le personnel a joué le rôle de médiateur principal pour expliquer les nouvelles règles aux résidents, comme un nouveau système mis en place pour éviter l'encombrement des ascenseurs, la distanciation sociale mise en place au restaurant, l'évolution des règles pour les visites, la limitation des activités, l'utilisation de masques et le maintien de la distanciation physique, etc.

Alors qu'en temps normal l'équipe d'animation s'adapte à la volonté des résidents de participer à telle ou telle activité, elle a dû restreindre leur accès pour avoir des petits groupes à gérer et respecter ainsi les règles de distanciation physiques. Bien que l'équipe ait essayé de contourner ce problème en veillant à ce que tout le monde ait la possibilité de participer à tour de rôle aux activités, cette situation a entraîné des frustrations dont les résidents ont souvent parlé :

« J'aime bien les animations, ça occupe, sans ça les journées seraient plus longues. Mais on ne peut pas être plus que quatre dans les animations. Avant c'était libre. » (Mme K, résidente, 19/02/2021.)

« L'autre jour il y avait une activité tout en haut et je suis allée, la pièce elle est grande, mais il fallait être que trois, et ils m'ont mise dehors, et ça m'a vexé. » (Mme G, résidente, 19/02/2021.)

Le personnel a également évoqué les difficultés liées à la nécessité de maintenir une distance physique :

« On leur disait non il ne faut pas nous approcher, éloignez-vous il faut garder la distance. Ils sont tactiles donc dire éloignez-vous ...ça c'était dur 'mais pourquoi vous faites ça ?' Il y a en a qui n'arrivent pas à comprendre » (Danielle, Hôtellerie, 16/02/2021).

Enfin, le personnel a dû également s'assurer que les familles respectent les règles de visite, la distance physique et les mesures de protection. Les membres du personnel de tous les secteurs ont donné des exemples de situations inconfortables. Par exemple, un membre du personnel administratif, qui avait l'habitude d'accueillir les familles en temps normal, a apparenté son rôle à celui d'une police sanitaire cherchant à s'assurer que les familles respectent le nombre de visites autorisé. Un autre a raconté que le personnel a dû demander à des familles de partir quand elles prenaient "des rendez-vous sauvages", alors qu'il commençait à organiser des visites dans le jardin après le premier confinement, Un membre de l'équipe d'animation décrit ainsi l'inconfort de son rôle :

« Il y en a qui comprenaient totalement et puis d'autres qui étaient révoltés. Moi j'ai eu le cas d'une personne que j'ai accompagnée et j'ai dit 'j'accompagne votre maman, et les mesures c'est de porter un masque ; et de se désinfecter les mains'. Et elle dit 'Allez, je peux lui faire un bisou ?' Je fais 'Normalement pas'. Elle dit 'Je le fais quand même'. Donc vous voyez, c'est compliqué de dire non, ne faites pas de bisou à votre maman, on est qui pour dire ça ? » (Louis, animation, 19/02/2021.)

Le manque de contacts physiques et de restrictions avec les familles a été fréquemment mentionné comme une source de frustration pour les résidents :

« Même maintenant quand on se rencontre on ne peut même pas se toucher, alors avec mon fils on se frottait le dos, pour un peu se toucher. Mais c'est vrai que c'est ça qui est terrible. Et je me demande quand ça reviendra, comment on va être, si le toucher va revenir spontanément ou si on n'osera pas. » (Mme H, résidente, 17/02/2021.)

Les membres du personnel ont exprimé leur empathie à l'égard des préoccupations des familles et des résidents. L'une des stratégies mentionnées par certains pour les aider à gérer les situations inconfortables consistait à transférer la responsabilité de ces règles à une autorité institutionnelle. Par exemple, certains ont conseillé aux familles de s'adresser au directeur pour demander à déroger aux règles, ou ont expliqué que certaines mesures venaient des autorités cantonales.

## AU SECOURS DU LIEN SOCIAL

Une autre préoccupation évoquée par plusieurs membres du personnel a porté sur le besoin de préserver un sentiment de "normalité" au sein de l'EMS en permettant aux résidents de manger au restaurant, de se déplacer partout, de se promener dans le jardin, afin compenser les restrictions sur les visites de la famille et les activités extérieures.

Deux exemples emblématiques des efforts du personnel pour sauver le lien social sont la fermeture de l'EMS lors de la première vague et les efforts constants pour maintenir le restaurant ouvert.

### Fermeture de l'EMS

Suite à la déclaration fédérale de l'état d'urgence. "Les Clochettes" a fermé ses portes aux visiteurs extérieurs, le 18 mars 2020, à l'instar de toutes les EMS

Pendant les deux mois suivants, l'équipe d'animation s'est rendue à l'EMS sept jours sur sept pour organiser des appels avec les familles et maintenir des activités pour les résidents. Cela a permis de renforcer la relation de l'équipe d'animation avec les familles et son rôle de facilitateur de lien social pour les résidents.

« L'équipe d'animation m'a dit 'finalement on s'est retrouvé dans l'essence même de ce qu'on devrait faire, d'être facilitateur de lien et d'être dans le contact aussi avec les familles'. Normalement c'est plutôt les soignants, qui sont les personnes de référence pour les familles, mais là, ça a créé des liens aussi avec l'animation, eux ils étaient dépositaires d'histoires de vie et de parler avec les proches. » (Grégoire, équipe de direction, 18/12/2020.)

La priorité était de maintenir les liens avec les familles, et d'aider les résidents à s'adapter aux nouvelles technologies pour communiquer et voir leurs familles. Des appels Skype et WhatsApp ont été organisés, permettant à certaines familles vivant loin d'ouvrir un nouveau canal de communication qui s'est pérennisé depuis. Mais pour de nombreux résidents, l'utilisation des technologies numériques a été difficile, notamment parce qu'ils avaient du mal à entendre et voir correctement

Le personnel a installé des barrières autour du jardin entourant l'EMS pour maintenir le public à distance, et permettre aux résidents de se promener dans le jardin. Les activités ne pouvaient plus être organisées en grands groupes, et se déroulaient une fois par jour à chaque étage. D'autres membres du personnel ont indiqué qu'ils passaient plus de temps avec les résidents :

« Nous on était obligés de remplacer un tout petit peu la famille donc quand on avait un petit moment de passer, discuter, lire, heureusement, on le faisait. » (Sabina, soins, 12/03/2021.)

Presque tout le personnel et les résidents ont mentionné à quel point la fermeture a affecté les personnes âgées. Elle a entraîné un manque de motivation, provoquant chez certaines un syndrome de glissement. L'équipe d'animation a essayé de motiver les résidents qui ne sortaient plus de leur chambre.

«Beaucoup ne se déplaçaient même plus pour aller boire le café en bas au restaurant, ils restaient plutôt dans leurs chambres et puis, j'ai pu remarquer que plusieurs avaient quasiment perdu la marche à cause de ça. On s'est mis tout de suite à faire remarquer les résidents dans les couloirs, c'est vrai qu'il fallait les mobiliser, mais c'est vrai que le moral surtout ça c'était le pire pour la plupart. Le fait de pas voir leurs familles ça les a achevés. Vu que la morale n'allait pas, le physique n'allait pas, l'alimentation n'allait pas, donc après c'est la chute libre. » (Delphine, animation, 24/11/2020.)

Pour améliorer cette situation, en avril 2020, l'EMS a demandé aux familles de prendre rendez-vous pour visiter leurs proches dans le jardin, derrière les barrières. En mai 2020, elles ont pu organiser des rencontres dans le restaurant, derrière des plexiglas et sur rendez-vous.

Malgré les efforts du personnel pour entourer et accompagner les résidents, l'absence de contacts familiaux en personne a été perçue comme généralement préjudiciable au bien-être des résidents. Plusieurs membres du personnel ont décrit des cas de résidents qui semblaient perdus, déprimés et mentalement repliés sur eux-mêmes pendant cette période.

Lors de la vague suivante, plus aucun ordre de fermeture des EMS n'a été donné au niveau fédéral ou du canton de Genève<sup>4</sup>. Le doute persiste quant à savoir combien de temps un EMS doit attendre avant de limiter les visites ou de fermer, et s'il est possible d'éviter une épidémie sans fermer complètement l'EMS, ce qui est tout simplement inconcevable pour beaucoup.

« Donc, je pense qu'il y a vraiment une volonté de tout le monde de dire qu'on ne peut plus fermer les EMS. Parce que s'ils ne meurent pas du Covid, ils vont mourir de solitude. Donc ça, il faut absolument qu'on essaye de pas faire. » (Patricia, Hôtellerie, 16/02/2021.)

### **Le restaurant : un carrefour des interactions sociales à protéger**

Une grande partie de la vie et du rythme de l'EMS tourne autour du restaurant et les heures de repas. Les résidents se réunissent pour manger, bavarder, rencontrer des visiteurs, parler au personnel, ou simplement s'asseoir et regarder la rue à travers la fenêtre ou observer le bavardage à l'intérieur.

« Le restaurant c'est l'endroit où ils croisent d'autres résidents, ils ne sont pas dans leurs chambres, ils peuvent aller dans le jardin, regarder dehors les enfants qui passent. Même s'ils ne parlent avec personne, il y a du mouvement, des choses qui se passent. » (Dulce, Hôtellerie, 25/02/2021.)

Dès la première vague, des mesures de protection ont été mises en place pour la distanciation physique et la désinfection afin de maintenir le restaurant fonctionnel. Cependant, certaines des activités habituelles ont été interrompues, comme les événements organisés avec le chef cuisinier, les activités autour de la cuisine, et la possibilité de partager un repas avec la famille en visite.

Malgré la limitation de certaines activités très appréciées, le restaurant est resté ouvert la plupart de temps. C'est le seul endroit où les résidents de toute la maison ont pu se réunir, car il y a suffisamment d'espace pour assurer la distanciation physique.

La seule fois où le restaurant a été fermé pour tous les repas a été pendant trois semaines lors de l'épidémie de Covid-19 en novembre 2020. La fermeture du restaurant peut être considérée comme le symbole du deuxième cas de figure dans lequel l'EMS a pu se retrouver face à la pandémie, que je vais maintenant aborder.

●  
<sup>4</sup> Deux autres cantons, le Valais et Fribourg, ont procédé à un nouveau confinement des EMS lors de la deuxième vague. Voir "Les EMS ne veulent plus d'un nouveau confinement" (RTS.CH, 2020).

## **SECOND CAS DE FIGURE - PRENDRE SOINS DES PERSONNES ÂGÉES QUAND LE COVID-19 S'ENGOUFFRE DANS L'EMS**

En s'abattant sur l'EMS, le Covid-19 a directement affecté les ressources et le temps nécessaires pour fournir les soins individualisés prodigués en temps normal, plongeant ainsi l'EMS dans une véritable crise.

Le premier weekend de novembre six tests Covid-19 effectués parmi les résidents sont tous revenus positifs en même temps. L'EMS a alors décidé de fermer le restaurant, de réorganiser les équipes pour nourrir et soigner les résidents dans leur chambre et de mettre en place des protocoles de soins pour les patients positifs.

Le plan initial de réponse au Covid-19 est devenu obsolète car il prévoyait un maximum de 6 cas simultanés de Covid-19 parmi les résidents. Mais l'épidémie a été exponentielle, passant de 6 cas à plus de 40 cas positifs parmi les résidents en quelques jours, avec un taux de croissance exponentiel similaire parmi le personnel.

«Au début on allait détacher du personnel pour faire que les cas covid, mais ça n'a pas pu être mis en place parce que tout de suite on a eu beaucoup trop des cas, donc on avait beaucoup plus de cas covid que des cas sains, et on avait aussi une explosion des cas au niveau du personnel.» (Gabrielle, soins, 16/02/2021.)

En raison de la limitation des ressources et du risque de contagion, il n'était plus possible de s'adapter aux désirs et aux choix individuels de chaque résident et chacun a dû s'adapter à une organisation institutionnelle recentrée sur les besoins les plus essentiels et fondamentaux des résidents et les mesures de lutte contre la propagation du virus :

« Le quotidien du résident est chamboulé, il n'y a plus assez d'effectifs pour lui procurer tout ce que le résident attend chaque jour, parce que c'est vrai quand ils sont ritualisés, avoir une disposition de table à tel endroit, à faire tous les jours les mêmes chemins pour aller manger, bah tout ça, tout est cassé. Il doit rester en chambre, il doit changer ses habitudes, et en gros malheureusement, là c'est vrai que le résident doit un peu s'adapter à ce que la maison peut lui apporter. » (Delphine, animation, 24/11/2020.)

L'augmentation du nombre de cas parmi les résidents, l'infection du personnel et les besoins croissants des personnes âgées ont poussé les équipes à bout. Le personnel a travaillé sans relâche pour essayer de trouver des solutions aux différents problèmes qui sont apparus, et s'assurer que les résidents recevaient les soins essentiels. Il a fallu environ quatre semaines pour que la situation commence à s'améliorer.

Dans les sous-sections suivantes, je détaille plusieurs problèmes clés que le personnel interviewé a décrites comme des défis organisationnels, ainsi que certaines des solutions qu'il a mises en place.

### **DERNIER RECOURS : CONFINEMENT ET REPAS EN CHAMBRE**

Lorsque les résidents ont été infectés par le Covid-19, ceux qui étaient positifs ont été confinés dans leur chambre, et le restaurant a été fermé, tous les résidents prenant leurs repas dans leur chambre pendant 3 semaines.

Servir le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner à 98 personnes dans des chambres réparties sur 7 étages nécessite une réorganisation logistique rapide pour s'assurer que chacun reçoit le bon repas, servi chaud, et le soutien dont il a besoin pour manger. Les équipes de soins étaient de plus en plus occupées à prodiguer des soins aux résidents qui tombaient malades et étaient à bout de souffle. Tout le personnel de l'EMS a été mobilisé pour apporter les repas dans les chambres et fournir une aide à l'alimentation à ceux qui en avaient besoin :

«Ma priorité ça a été de faire une organisation pour que j'ai toujours suffisamment de monde pour distribuer les repas, pour faire la désinfection et pour aider les résidents à manger. Les aides-soignants elles étaient tellement débordées par les résidents qui avaient le Covid, et les autres résidents il fallait aussi les accompagner, ceux qui étaient non-covids. On ne peut pas les laisser abandonnés. Et là, c'était au niveau de l'hôtellerie, de l'animation et des civilistes qu'on a pris. » (Patricia, Hôtellerie, 16/02/2021.)

Le personnel a dû demander aux résidents de rester dans leur chambre. Les membres du personnel interrogés, qui étaient présents le premier jour, racontent qu'ils n'ont pas eu le temps d'expliquer correctement

pourquoi le restaurant était fermé et pourquoi tous les repas devaient être servis dans les chambres, et qu'ils avaient l'impression que les résidents ne comprenaient pas vraiment ce qui se passait. D'autres membres du personnel ont déclaré que par la suite, la plupart des résidents avaient compris qu'il y avait une crise, à l'exception de cas individuels exigeant une gestion particulière :

« Il y aura toujours les exceptions, des résidents qui malheureusement, cognitivement parlant, ne peuvent pas comprendre de rester en chambre, donc c'est du travail aussi à les occuper et à essayer de changer leurs idées, pour qu'ils puissent rester un maximum dans leurs chambres, mais de manière générale vraiment ça a été très bien pris et les résidents ont joué le jeu, ils se sont dit 'bah oui il y a une crise dans la maison, pas de souci on reste en chambre', mais voilà moralement c'est difficile. » (Delphine, animation, 24/11/2020)

Les résidents asymptomatiques ou non infectés ont dû trouver des moyens pour s'occuper dans leur chambre. Leurs besoins physiques de base étaient satisfaits, mais les choix qui leur étaient normalement offerts en termes de nourriture, d'accompagnement ou d'activités n'étaient plus possibles. Ceux qui n'étaient pas malades pouvaient quitter leur chambre et sortir du bâtiment.

Une fois que les premiers résidents ont surmonté le Covid-19, les équipes ont rapidement remis en place des repas au restaurant pour ceux qui n'étaient plus malades, et peu à peu les résidents ont commencé à sortir de leur chambre et à se rendre au restaurant. L'équipe d'animation a passé du temps avec les résidents pendant leur déconfinement afin que leurs chambres puissent être complètement désinfectées. Le personnel a également commencé à revenir après avoir eu le Covid-19, et les équipes ont retrouvé la capacité de fournir des soins individualisés.

Mme E, l'une des résidentes, a décrit comment le personnel infirmier a essayé de la motiver à se lever, après avoir été malade :

« Un jour, c'était un dimanche, je ne voulais plus m'alimenter. Je voulais qu'on me fiche la paix. Je n'ai pas mangé de toute la journée. Et puis une infirmière est venue me stimuler. C'était après le confinement, après la maladie. Elle a envoyé une aide-soignante pour me promener et c'est la première promenade mais en chaise, et ça a été, j'ai repris goût » (Mme E, résident, 25/02/2021.)

## A COURT DE PERSONNEL

Chaque jour, face à des membres du personnel malades ou testés positifs, les responsables ont dû élaborer de nouveaux plans sur le champ pour réorganiser les équipes et trouver des remplacements. La proximité avec le virus à cette période a créé un sentiment de peur au sein du personnel :

« Tous les jours vous travaillez avec la peur parce que tous les jours il y a un collègue qui tombe malade qui a travaillé avec vous et l'après-midi elle ne venait pas parce qu'elle n'était pas bien, tous les jours j'ai vécu ça pendant le mois de novembre. » (Danielle, hôtellerie, 16/02/2021.)

Les agences d'interim ont été très sollicitées lorsque la deuxième vague a frappé la plupart des EMS de Genève, et il est devenu de plus en plus difficile de trouver du personnel de remplacement, en particulier pour les infirmières. La principale ressource externe provenait des civilistes (service civil), qui aidaient à nettoyer, désinfecter, porter les plateaux de nourriture et nourrir les patients. La quasi-totalité du personnel interrogé a mentionné les civilistes comme une source de soutien pour eux.

Au fur et à mesure que le personnel tombait malade, il était également prioritaire d'interroger chacun d'entre eux pour voir avec qui ils avaient été dans l'EMS, et comment ils se portaient. La plupart des employés qui ont eu le Covid-19 sont revenus dès la fin de leur confinement.

A la quatrième semaine, la difficulté à trouver du personnel infirmier a atteint un point de rupture :

« Il y a eu énormément de difficultés de retrouver du personnel parce que les agences d'intérim étaient appelées de partout. Donc moi à un certain moment je n'avais plus d'infirmiers. J'ai appelé 8 à 10 agences il n'y avait rien, donc vous imaginez le stress ? On a dû faire revenir les infirmières qui étaient en fin de maladie. » (Gabrielle, soins, 16/02/2021.)

La mise à disposition de personnel intérimaire a été vécue à la fois comme un soulagement et une charge de travail supplémentaire en raison d'un niveau élevé de roulement et d'un besoin

d'accompagnement rapproché, notamment dû au manque de familiarité avec les résidents, les équipes et leur mode de travail habituel.

« Il fallait aider aussi les intérimaires parce que certains n'avaient jamais mis les pieds dans la maison, donc il a fallu soutenir ça aussi et puis être avec eux. Et les remercier parce qu'on leur disait à chaque fois tous quand même, merci d'être venu, merci d'être là. » (Karine, soins, 15/02/2021.)

En outre, l'arrivée de nouvelles personnes a désorienté certains résidents. Plusieurs d'entre eux ont déclaré qu'ils n'interagissaient pas beaucoup avec les intérimaires, même dans des circonstances normales, et qu'ils préféraient avoir affaire au personnel régulier qu'ils connaissaient bien.

Certains problèmes administratifs directement liés à la contamination de plus de la moitié du personnel ont été également mentionnés lors des entretiens. Au départ, les autorités ne prenaient en charge les coûts des tests que pour le personnel symptomatique. Tous les cas contacts sans symptômes devaient s'isoler sans test. Étant donné la propagation du virus et le besoin de personnel dans l'EMS, cette solution n'était pas viable. La direction générale de la santé a ensuite accepté de couvrir les frais de dépistage pour le personnel, à condition qu'il y ait des cas positifs parmi les résidents. Cela pose la question de savoir quelle priorité les autorités accordent au dépistage dans le cadre d'une stratégie de réponse pour le personnel des EMS.

Une autre priorité administrative était d'obtenir de la compagnie d'assurance du travail - LAA - qu'elle considère le Covid-19 comme une maladie professionnelle pour l'ensemble du personnel et non pas uniquement pour le personnel infirmier. Au moment de l'entretien, en mars 2021, le responsable des ressources humaines discutait toujours de cet aspect avec l'assurance.

### **A COURT DE TEMPS : QUAND L'ESSENTIEL DEVIENT LE MINIMUM**

Lors des entretiens, le personnel a souligné à quel point s'occuper des personnes âgées, même dans les meilleures de circonstances, prend du temps. Les personnes âgées ont tendance à faire les choses plus lentement, et à prendre plus de temps à comprendre ce qui se passe. Il se peut qu'elles n'entendent pas bien ou qu'elles oublient. Les tâches quotidiennes sont plus lentes, et chaque type d'assistance fournie - comme l'aide à sortir du lit, à se laver, à se nourrir - nécessite une attention patiente et délicate, voire des rappels et des négociations constants.

Le Covid-19 a augmenté le temps nécessaire pour s'occuper des résidents, car beaucoup d'entre eux étaient alités, avaient de la fièvre, de l'incontinence ou de la diarrhée, et avaient besoin d'un nettoyage et de soins constants, parfois par deux membres du personnel soignant à la fois, en plus de recevoir de l'oxygène, des médicaments et d'être surveillés. Il était exceptionnel d'avoir autant de résidents malades en même temps.

En plus, mettre et enlever tous les équipements de protection individuelle pour chaque chambre est un processus minutieux et chronophage :

« Pour rentrer dans les chambres c'était tout le temps le cirque, la blouse, les masques, les gants les Charlotte parfois la visière en plus, et puis à chaque fois qu'on ressort de la chambre on devait tout enlever, donc ce qui prenait plus de temps c'était l'habillage et déshabillage constant quand on passait d'une chambre à une autre ». (Hélène, soins, 15/02/2021.)

Apporter la nourriture à tous les résidents dans leur chambre et assister ceux qui ont besoin d'aide pour se nourrir a également pris du temps. Alors qu'au restaurant, un membre du personnel peut aider trois personnes âgées à la fois, il doit aider les personnes une par une quand elles sont en chambre.

En raison du manque de temps, le personnel ne pouvait pas interagir correctement avec les résidents, se consacrant en priorité aux personnes malades ou plus dépendantes. Ceux qui étaient moins dépendants ou qui n'étaient pas malades ou asymptomatiques avaient peu d'interaction avec d'autres personnes. Une des résidentes atteintes de Covid mais asymptomatique, Mme G, a déclaré : " On nous apportait à manger et c'est tout. Ils ne nous ont pas douché pendant tout le mois qu'on était enfermés, moi je me lavais toute seule. ".

Le manque de temps a été décrit comme une frustration constante. Des membres du personnel ont décrit être déçus d'eux-mêmes, de ne pas faire leur travail correctement. Les équipes se précipitaient pour laisser le plateau de nourriture et se dépêchaient de repartir :

« C'était très dur de voir les résidents parce qu'ils voulaient parler et nous on n'avait pas le temps de parler on ne pouvait pas s'arrêter, on ne pouvait pas expliquer qu'il n'y avait pas de potage en entrée, et un il a jeté le plateau de nourriture, ils étaient énervés, parce qu'au restaurant ils demandent ce qu'ils veulent et là on posait les plateaux et on ne pouvait pas rester et on partait » (Danielle, hôtellerie, 16/02/2021.)

Afin de gagner du temps et pouvoir se focaliser sur les priorités, certaines activités ont été réduites ou arrêtées :

« On essayait de faire les choses importantes en priorité, comme la prise de traitements, des soins d'hygiène et de confort, la nutrition, et autres soins comme des pansements des plaies. Et puis, il y a des petites choses qu'on n'a pas fait, comme la prise de tension ou des gouttes oculaires d'hydratation. » (Zoe, soins, 25/03/2021.)

D'autres activités ont dû faire l'objet de compromis :

« Cette période on l'a tous mal vécue on ne pouvait pas s'occuper à 100 % des gens, ce n'était pas possible, donc vraiment on allait à l'essentiel c'est à dire voilà une personne qu'on ne va pas laver entièrement c'était peut-être la petite toilette le visage les mains et puis voilà. » (Hélène, soins, 15/02/2021.)

## **DÉCÈS ET DEUIL INTERROMPU**

La pandémie a également eu un impact sur l'accompagnement et le soutien apportés aux familles et aux résidents en fin de vie. Cela a été une énorme source de détresse pour tout le monde, et l'un des principaux thèmes qui est revenu régulièrement dans les entretiens. Trois points ont été soulevés :

Le personnel avait le sentiment de ne pas être en mesure de soutenir correctement les familles dans les premières étapes du deuil. Bien que les visites soient possibles pour les familles avec un proche en train de mourir de Covid-19, elles n'étaient pas systématiques et comportaient de nombreuses restrictions.

Une deuxième difficulté est que certains résidents sont morts seuls, lorsque le personnel n'a pas eu le temps de rester à leurs côtés :

« On aurait voulu faire plus, beaucoup plus. En temps normal quand une personne est mourante on peut être là, on peut rester auprès d'elle, mais là on ne pouvait pas et la personne était en souffrance et on ne pouvait pas rester tout le temps à côté d'elle, et je pense qu'on va mettre un bout de temps à digérer ça. » (Hélène, soins, 15/02/2021.)

Enfin, tous ont été choqués de perdre autant de personnes si rapidement, la plupart d'entre elles ayant décédé dans les deux premières semaines. Plusieurs résidents interrogés ont mentionné avoir perdu des amis avec lesquels ils avaient l'habitude de passer du temps. Plusieurs membres du personnel ont raconté le moment où les résidents ont recommencé à manger au restaurant, et où l'absence de tous ceux qui manquaient s'est matérialisée :

« C'était le moment de la réouverture de restaurant, c'était le moment où on se réunissait, et puis le voisin de table n'est plus là, le voisin d'en face il n'est plus là, la table d'à côté ils étaient quatre et il en restait un tout seul. » (Karine, soins, 15/02/2021.)

Une cérémonie pour les vingt-deux résidents décédés de Covid-19 a été organisée dans le jardin de l'EMS en décembre 2021, en présence des proches.

## **SOUFFRANCE DES ÉQUIPES : COMPROMIS ET SENTIMENT DE CULPABILITÉ**

Le personnel interrogé a décrit cette période comme traumatisante. Le sentiment de culpabilité est apparu à plusieurs reprises, lié à la pénétration et à la propagation du virus et aux compromis faits au plus fort de l'épidémie sur la qualité des soins individuels.



« Il y a tout ce sentiment de culpabilité qu'il a fallu gérer. Il n'y a pas de coupable. Il faut savoir que c'est une pandémie, et que ça ne sert à rien de vouloir maintenir ce grand point d'interrogation, on a fait faux, de culpabilité. C'est ça qui est problématique. Il faut déculpabiliser les gens. » (Maurice, équipe direction, 11/03/2021.)

L'épuisement est également mentionné, lié au fait d'être malade, mais aussi à la tension accumulée depuis le début de la pandémie. Mme H, une des résidentes l'a également mentionné en parlant du personnel : « Tout le monde était fatigué on le voyait, et ceux qui sont restés à la maison et après sont revenus ils étaient tous fatigués. »

## **LA RÉSILIENCE D'UN EMS EN CRISE**

Trois caractéristiques sont ressorties des entretiens avec les employés lorsqu'ils ont décrit leur travail, leurs dilemmes et les actions entreprises.

Tout d'abord, ils partageaient une vision similaire de ce qu'ils considéraient comme important dans leur travail, à savoir fournir des soins individualisés aux résidents âgés. Alors que chaque rôle pouvait être décrit comme une série de tâches, les explications étaient accompagnées de descriptions de la manière dont ils répondaient aux besoins individuels des résidents.

Une deuxième caractéristique est que l'équipe est stable et qu'il y a peu de roulement dans l'EMS. Les équipes se connaissent bien entre elles, ainsi que les résidents et les familles. L'une des résidentes interrogées, qui était là depuis trois ans, a décrit comment le personnel était comme une famille pour elle. Le personnel a souvent mentionné qu'il connaissait bien les résidents et les familles et que cela l'aidait dans son travail. Un membre de l'équipe de direction a mentionné cette stabilité et la familiarité en décrivant l'EMS:

« La cohésion de groupe alors c'est le gros avantage d'être là depuis 21 ans. Pour reprendre le terme c'est quand même une petite famille. Et puis, l'autre avantage ici, c'est que par rapport à d'autres EMS il y a peu de tournus » (Maurice, équipe direction, 11/03/2021.)

Troisièmement, il semble y avoir un espace de discussion pour aborder les difficultés. Par exemple, plusieurs membres du personnel ont mentionné des tensions internes concernant la réponse à apporter lorsque le Covid-19 s'est répandu dans le foyer. Certains ont exprimé des opinions différentes sur ce qui, selon eux, aurait dû être fait différemment ou amélioré. Ces tensions et opinions différentes ont été discutées au sein de l'EMS et externalisées par le personnel et les responsables. Bien que le personnel ait exprimé sa frustration face aux situations auxquelles il avait été confronté, aucune des personnes interrogées n'a fait part d'un manque d'espace pour discuter de ces questions. Beaucoup ont reconnu que des discussions avaient eu lieu. Par exemple, l'avis du personnel a été recueilli après chaque vague et différents types de réunions ont été organisés pour leur permettre de s'exprimer.

Ces trois caractéristiques - une vision partagée, la stabilité et l'espace pour discuter - sont également liées aux deux pierres angulaires de la réponse : la flexibilité du personnel et la proximité des managers.

## **FLEXIBILITÉ ET ENTRAIDE DES ÉQUIPES, CLEF DE LA RÉPONSE**

Lors de la première vague de la pandémie, l'équipe de direction a envoyé un questionnaire demandant à chaque membre du personnel s'il travaillerait dans la chambre d'un résident testé positif au Covid-19. L'objectif était de définir un plan basé sur les choix des équipes. Lorsque le Covid-19 s'est répandu dans l'EMS plusieurs mois plus tard, tout le monde s'est mobilisé pour aider, même ceux qui avaient initialement dit qu'ils préféreraient ne pas le faire :

« Tout le monde était là, même ceux qui comme moi au début ne voulaient pas, mais là on ne se pose plus la question, on est là et tout le monde fonce dans la vague. » (Nathalie, hôtellerie, 16/02/2021.)

Il s'agit d'un exemple de la manière dont les équipes se sont adaptées et réorganisées à maintes reprises pour protéger les personnes âgées. Les réadaptations impliquaient souvent de travailler plus longtemps, et d'assumer des tâches et des rôles totalement nouveaux.

Un fort sentiment de solidarité s'est développé à chaque étape de la pandémie, en particulier lorsque la crise a éclaté. Plusieurs personnes ont mentionné qu'il s'agissait d'une véritable approche multidisciplinaire, qui leur a permis de surmonter certaines différences entre les différents secteurs de travail. La solidarité du personnel a été la ressource la plus mentionnée :

« Tout le monde s'aidait. Même si moi ce n'était pas mon travail de nettoyer s'il fallait nettoyer j'allais nettoyer où apporter un plateau ou plier des blouses à la lingerie, tout le monde aidait. » (Giselle, administration, 15/02/2021.)

Trois personnes de l'hôtellerie ont mentionné comment la polyvalence du secteur a aussi favorisé la flexibilité :

« On est tous un peu polyvalent, moi s'il faut que je monte dans une chambre je vais me débrouiller, le collègue peut descendre à la lingerie aider aussi, on est tous formés pour se débrouiller pour faire un peu de tout, on peut faire tout. » (Nadia, Hôtellerie, 16/02/2021.)

L'adaptabilité implique également de trouver des solutions. Sabina a décrit à quel point il était important pour elle d'être capable de trouver des solutions de manière collective :

« Les meilleures solutions c'était de discuter, de se retrouver en colloque, il n'y a rien de pire qu'une personne toute seule de prendre vite fait une décision, en équipe c'est toujours mieux il y a toujours quelqu'un qui a une idée qui peut toujours bien tomber. » (Sabina, soins, 12/03/2021.)

Cela ne signifie pas que les problèmes étaient absents. Certains ont déclaré qu'il manquait une meilleure coordination entre les infirmières et les aides-soignantes au début de la crise. Les avis divergent également sur la raison pour laquelle une équipe exclusive pour les cas Covid-19 n'a pas été déployée plus tôt afin de réduire le nombre de personnes se rendant dans les chambres des résidents positifs. Certains membres du personnel ont estimé qu'avant la pandémie, les équipes d'infirmiers étaient déjà surchargées de travail et qu'elles n'étaient pas en mesure d'en assumer davantage, et qu'il aurait fallu recruter beaucoup plus de personnel dès le début pour aider à faire face à une telle situation. Les personnes qui ont mentionné ces opinions ont également déclaré qu'ils avaient déjà fait part de ces critiques et préoccupations à la direction et en avaient discuté au sein des équipes.

## **PROXIMITÉ DES CADRES ET L'ÉQUIPE DE DIRECTION : UNE FORCE ESSENTIELLE**

Tout au long des entretiens, le rôle des cadres et de la direction y compris du directeur, est apparu comme important pour faire face à la crise.

La proximité des managers avec les personnes âgées et les travailleurs de première ligne a été perçue comme un soutien vital pour le personnel. De nombreux problèmes inattendus se posent quotidiennement, et il est crucial de pouvoir s'adapter à l'évolution de la situation et des besoins des résidents et du personnel. Plusieurs membres du personnel ont mentionné que les cadres s'étaient directement impliqués dans des tâches auprès des personnes âgées pour les aider au plus fort de la crise. Des responsables étaient également pris par d'autres problèmes urgents, comme la recherche des intérimaires, et n'étaient donc pas aussi présents et disponibles que les équipes le souhaitaient. Cependant, dans l'ensemble, le personnel a mentionné les managers comme une grande source de soutien, qui étaient flexibles et tenaient compte de la réalité du terrain. Ce point est également apparu dans les descriptions générales du fonctionnement de l'EMS en dehors de la crise. Par exemple, l'un des résidents a décrit le directeur de la manière suivante :

« Il ne reste pas dans son bureau. Il est partout. Il circule partout. Vous le voyez partir à gauche il ressort par la droite. Il est à l'écoute, il essaye toujours de faire quelque chose. » (Monsieur F, résident, 17/02/2021.)

Une bonne communication interne était également primordiale. Il y avait une transparence sur les crises rencontrées, le nombre de personnes malades ou décédées, et des mises à jour régulières sur les changements étaient envoyées au personnel et aux familles afin que tout le monde ait le même niveau d'information. Le personnel a souvent décrit les responsables comme étant accessibles et leur fournissant les informations dont ils avaient besoin pour faire leur travail.

La proximité de la direction, la flexibilité des équipes, la stabilité du personnel, une vision commune des soins centrés sur la personne et la capacité à exprimer ses préoccupations n'ont pas pu empêcher une crise de se produire, mais elles ont aidé la maison à la surmonter et à revenir rapidement à une approche individuelle des soins aux résidents.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

L'étude de cas "Les Clochettes" examine l'impact de la pandémie sur la capacité d'un EMS à fournir des soins aux résidents âgés qui y vivent, en se concentrant sur l'expérience du personnel et des résidents.

Prendre soin des personnes comprend le respect de l'individualité de chaque résident afin de promouvoir son autonomie, son confort, sa sécurité et ses besoins affectifs. Elle se construit en grande partie à travers les interactions permanentes entre le personnel et les résidents.

La pandémie a eu un impact sur ces interactions de plusieurs façons. Par exemple, le Covid-19 a renforcé le rôle de l'institution dans la décision des mesures qui affectent la vie quotidienne des résidents. En tant que telle, elle a eu un impact direct sur le " transfert de responsabilité " identifié par Maze et Nocerino (2017), où les résidents décident des responsabilités à déléguer au personnel. Lors de la pandémie, la capacité des résidents à négocier les transferts de responsabilité a diminué lorsque certaines décisions ont été confiées à l'institution, comme les mesures de protection et de distanciation. On peut soutenir que certaines de ces décisions n'étaient pas non plus du ressort de l'EMS, car elles reflétaient les politiques fédérales ou cantonales.

Les négociations autour de la gestion du temps institutionnel et individuel soulevées par Rimbart (2005) ont été également impactées, en particulier pendant l'épidémie, lorsque l'EMS a dû rationner le temps et ne pouvait plus répondre systématiquement aux besoins individuels. Les résidents ont dû s'adapter au rythme de l'établissement, avec un personnel à court de temps et toujours occupé, et des résidents asymptomatiques ou non malades ayant au contraire 'du temps à perdre'.

L'impact sur la prestation des soins peut être observé à travers les deux cas de figure dans lesquels l'EMS s'est retrouvé face à la pandémie.

Dans le premier, l'EMS était sous pression pour éviter une épidémie. Les ressources organisationnelles n'ont pas été directement touchées et ont pu être mobilisées pour les soins individuels et pour pallier l'effet négatif des mesures de protection sur la vie des résidents. Les équipes d'animation ont pu se concentrer sur le renforcement des liens sociaux individuels des résidents. Il apparaît cependant clairement que la fermeture de l'EMS aux visites pendant plusieurs mois a eu un coût élevé pour les résidents. Cela souligne l'importance pour les personnes âgées de pouvoir être physiquement avec leur famille et de maintenir des liens sociaux en dehors de l'institution.

Dans le second cas de figure l'EMS a dû gérer une épidémie. Cela a conduit à une véritable crise, car les besoins des résidents ont augmenté alors que la principale ressource organisationnelle de la maison a été touchée - son personnel. Dans cette situation, l'adaptation aux besoins individuels des résidents n'était plus systématique mais basée sur leur niveau de dépendance et leurs besoins médicaux. Les tensions autour de la gestion du temps étaient l'une des principales préoccupations soulevées par le personnel. Le service des repas dans les chambres, les mesures de protection contre les infections et les besoins accrus, ont augmenté le temps nécessaire pour tout faire, tout en faisant face aux infections parmi le personnel. Cela a poussé le personnel à donner la priorité à certaines actions et à se précipiter dans les activités, avec moins de temps pour interagir avec les personnes âgées.

L'étude a également montré à quel point la résilience de l'organisation repose sur son personnel. En un sens, les caractéristiques du personnel qui favorisent les soins individualisés sont aussi celles qui favorisent la résilience pour traverser une crise et revenir rapidement à des soins individualisés et diversifiés pour les résidents. Cela comprend :

- Avoir des équipes qui partagent une approche centrée sur le "résident" dans leur travail, de sorte qu'elles recherchent des solutions qui la favorisent ;
- Avoir des équipes capables de s'adapter rapidement à des situations changeantes et d'essayer de nouvelles méthodes de travail ;
- La confiance et la familiarité entre le personnel, entre le personnel et les résidents, et entre le personnel et les familles,
- Disposer d'une équipe de direction proche du personnel et des résidents, consciente des problèmes de fond rencontrés et capable d'apporter le soutien nécessaire, et qui favorise une culture de travail où l'on parle des problèmes.

Cette étude s'est concentrée sur ce qui s'est passé à l'intérieur d'un EMS sur la base d'entretiens menés principalement avec le personnel. Il n'est donc peut-être pas surprenant que tant de conclusions soient centrées sur les équipes et il est clair qu'elles constituent un pilier essentiel de la réponse. Elles se sont involontairement retrouvées en première ligne de la pandémie, luttant pour protéger certaines des personnes les plus vulnérables de la société. Au terme de cette enquête, on peut s'interroger sur la place accordée aux EMS dans une stratégie cantonale ou fédérale de réponse à la pandémie, particulièrement pendant la deuxième vague, tant elles semblent avoir été livrées à elles-mêmes pour trouver des solutions pour les résidents et leur personnel pendant la crise.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anchisi Annick, Hummel Cornelia and Dallera Corinne (2014), Finir sa vie en établissement médico-social : mourir dans un "lieu de vie," *Krankenpflege*, 8(8), pp. 67.
- Botti Dominique (2020), Soignants contaminés Le sous-effectif pousse les EMS romands au bord du gouffre, *Tribune de Genève*, 21st November, pp. 4.
- Caleca C and Perrier C (2020), Liberté chérie : qu'en est-il de la liberté d'aller et venir pour un résident en institution ?, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(118), pp. 217–228.
- Caradec Vincent (2015), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 128 Tout le savoir, Armand Colin, [en ligne], <http://journals.openedition.org/lectures/2037>.
- Comas-Herrera Adelina, Zalakaín Joseba, Lemmon Elizabeth, Litwin Charles, Hsu Amy T, Schmidt Andrea E, Arling Greg, Kruse Florian and Fernández Jose-Luis (2021), *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*, pp. 29, mimeo.
- Conseil d'éthique de la Fegems (2011), Charte Ethique de la Fegems, [en ligne], [https://www.fegems.ch/content/files/charte\\_ethique\\_2011.pdf](https://www.fegems.ch/content/files/charte_ethique_2011.pdf), (accessed 23 May 2021).
- Mallon Isabelle (2007), Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?, *Gerontologie et société*, Fondation Nationale de Gérontologie, 30 / n° 121(2), pp. 251–264.
- Mazé Léa and Nocerino Pierre (2017), Analyser l'accueil des personnes âgées en institution. De l'autonomie aux transferts de responsabilité, *ethnographiques.org*, (35), [en ligne], [https://www.ethnographiques.org/2017/Maze\\_Nocerino](https://www.ethnographiques.org/2017/Maze_Nocerino).
- OCSTAT - Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2019), *Les établissements de santé à Genève, résultats 2017*, OCSTAT, pp. 4, [en ligne], [www.ge.ch/statistique](http://www.ge.ch/statistique), mimeo.
- Office Fédéral de la Santé Publique - OFSP (2021), *Décès liés au COVID-19 en Suisse et en comparaison internationale*, Bern: Département fédéral de l'intérieur, Confédération Suisse, mimeo.
- Office fédéral de la statistique OFS (2019), *Population des établissements médico-sociaux en 2017*, Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), [en ligne], [www.statistique.ch](http://www.statistique.ch), mimeo.

- Oris Michel, Ramiro Fariñas Diego, Pujol Rodriguez Rodriguez and Abellán Garcia Antonio (2020), La crise comme révélateur de la position sociale des personnes âgées, In: , *COVID-19: le regard des sciences sociales*, Seismo, pp. 179–191, [en ligne], <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:145546>.
- Paddock Katie, Brown Wilson Christine, Walshe Catherine and Todd Chris (2019), Care Home Life and Identity: A Qualitative Case Study, *The Gerontologist*, 59(4), pp. 655–664.
- Poisson-Goulais Ariane (2005), Relation entre lien social et dépendance de la personne âgée, In: , *Dépendances Paradoxes de notre société ?*, Hors Collection, ERES, pp. 143 à 162.
- Riello Marianna, Purgato Marianna, Bove Chiara, MacTaggart David and Rusconi Elena (2020), Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy, *Royal Society Open Science*, 7(9), pp. 200880.
- Rimbert Gérard (2005), Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite, *Lien social et Politiques*, Lien social et Politiques, (54), pp. 93–104.
- Roest Henriëtte G Van der, Prins Marleen, Velden Claudia van der, Steinmetz Stephanie, Stolte Elske, Tilburg Theo G van and Vries Danny H de (2020), The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands, *Journal of the American Medical Directors Association*, Elsevier, 21(11), pp. 1569–1570.
- Service du médecin cantonal (2021), *Covid-19 Point Epidémiologique Hebdomadaire Canton de Genève Semaine 10*, Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES) Direction générale de la santé, [en ligne], <https://www.ge.ch/document/19696/annexe/6>, mimeo.
- Strausbaugh Larry J, Sukumar Shirin R and Joseph Carol L (2003), Infectious disease outbreaks in nursing homes: an unappreciated hazard for frail elderly persons, *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 36(7), pp. 870–876.
- Zúñiga Franziska, Favez Lauriane, Baumann Sonja, Kindlimann Annette, Oeri Aislinn, Benkert Brigitte, Blatter Catherine, Renner Anja, Baumgartner-Violand Simone, Serdaly Christine, Ausserhofer Dietmar, Mabire Cédric and Simon Michael (2021), *Étude SHURP 2018 – Rapport final Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande*, Université de Bâle, pp. 175, [en ligne], <https://shurp.unibas.ch/fr/shurp-2018-publications/>, mimeo.