Département de la santé et de l'action sociale

Secrétariat général

CIVESS

Bilan des visites COVID - 19 sur mandat 2020-2021

EMS de Gériatrie et de Psychiatrie de l'Age Avancé

Résultats et analyses des visites

Signification des acronymes

ADJ : Activités de jour
AVQ : Activité de la vie quotidienne
BRIO : Bureau régional d'information et d'orientation
CAT : Centre d'accueil temporaire
CMS : Centre médico-social
COVID -19 : Corona virus disease (la COVID -19)
CTR : Centre de traitement et réadaptation
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGS : Direction générale de la santé
DIR : Dossier informatisé du résident
DSAS : Département de la santé et de l'action sociale
EMS : Établissement médico-social
EPSM : Établissement psychosocial médicalisé
EMU : Equipe mobile d'urgence
GDS/ADD : Grandes difficultés sociales/addictions
HNM : Home non médicalisé
HMENT : Handicap Mental
HPA : Hôpital de psychiatrie adulte
HPAA : Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé
HPCI : Hygiène, prévention et contrôle de l'infection
HPHY : Handicap physique
OFSP : Office fédéral de la santé publique
PAA : Psychiatrie de l'âge avancé
PC : Protection civile
PHMS : Portail d'hébergement médico-social
PolyH : Polyhandicap
RH : Ressources humaines
SAS : Service d'accréditation suisse
PCR (test) : Polymerase chain reaction

Introduction

Le rôle du CIVESS est de s'assurer du respect de la dignité, de la sécurité et des droits des personnes hébergées dans les établissements sanitaires et sociaux du canton de Vaud.

Avec l'arrivée de la pandémie COVID -19, dès avril 2020 et sur décision de la Cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), les inspections usuelles du CIVESS ont été suspendues dans l'ensemble des établissements sanitaires et sociaux vaudois.
Un dispositif de mandats spécifiques a été maintenu dans les situations nécessitant une attention toute particulière.
En soutien à la crise liée à la pandémie, des « visites COVID -19 » sur mandat ont été mises en place.
Les EMS étant directement et fortement impactés dès le début de la pandémie, le choix a été fait de les visiter en priorité.
Les objectifs de ces visites étaient :

- d'échanger sur les bonnes pratiques et de rappeler l'application des directives en lien avec la pandémie,
- d'obtenir une visibilité du tissu institutionnel et d'identifier les établissements nécessitant un soutien particulier de la part du Pôle de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé et/ou de l'unité HPCI,
- de soutenir les établissements en recueillant leur vécu, leur ressenti et en questionnant leur réalité terrain.

Au cours de ces visites, un important travail d'écoute, de recueil d'informations (vécu de la crise, manifestation ou charge émotionnelle, traitement institutionnel de la crise…) a été effectué sur la base d'une grille spécifique CIVESS.

En **7 mois**, **124 EMS** accueillant près de 6000 résidents ont été visités dans l'ensemble du canton par le CIVESS. Ces établissements regroupent principalement deux missions qui sont la gériatrie et la psychiatrie de l'âge avancé.

Ce bilan présente les résultats des visites réalisées en EMS entre septembre 2020 et mars 2021, au moyen d'une grille spécifique créée à l'occasion de la pandémie COVID -19.

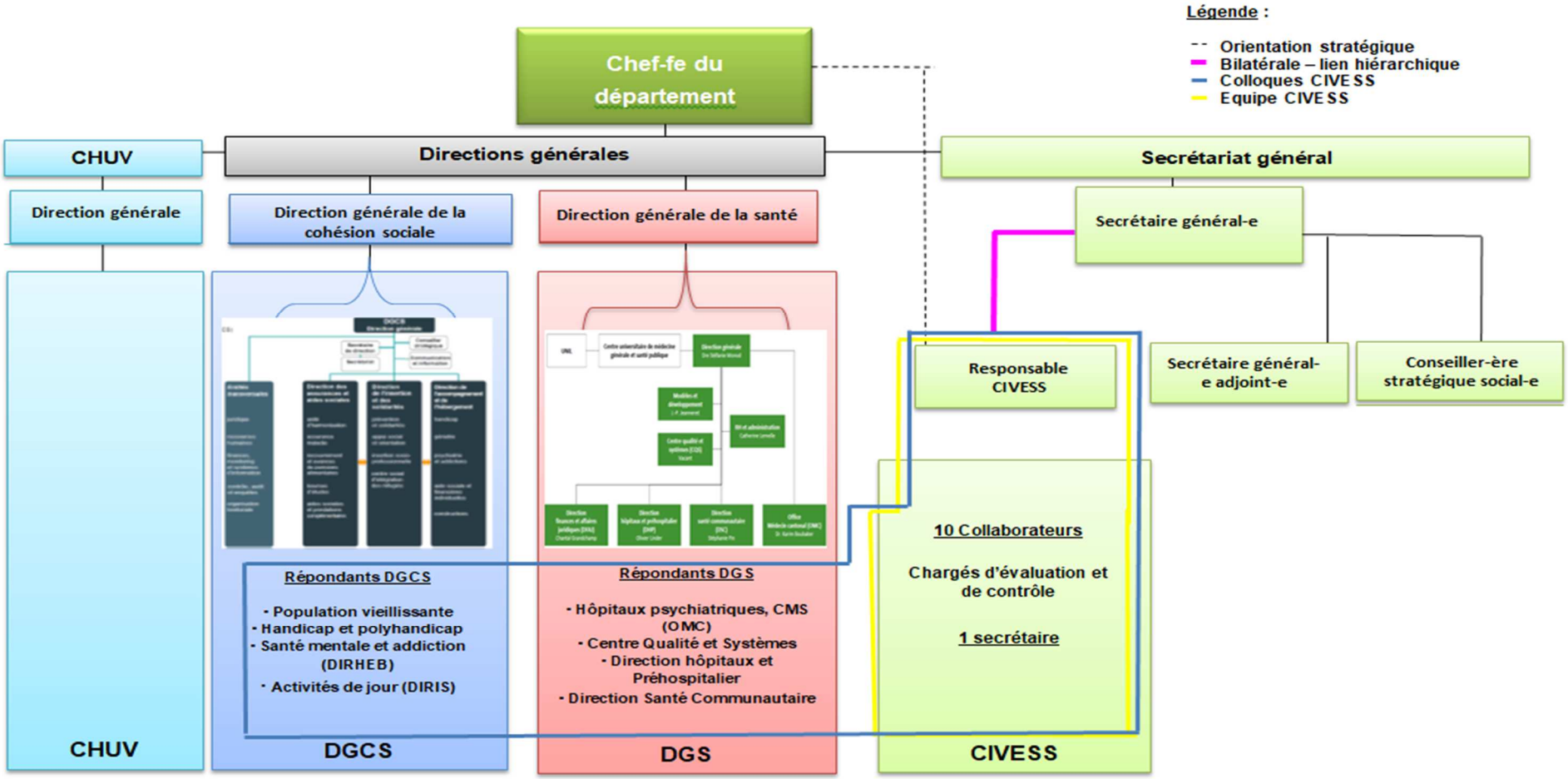
Le CIVESS attire l'attention des lecteurs sur les conditions prophylactiques et sanitaires dans lesquelles ce mandat a été réalisé, à savoir que les dispositions sécuritaires prises par les établissements ont toujours été respectées. Les différents éléments recueillis sont une compilation d'objets observés sur place et d'informations récoltées auprès des professionnels.
Un regard sur l'évolution des pratiques sera succinctement porté au travers de la présentation des résultats, des normes et critères.

Table des matières

Structure et organisation 5
Méthodologie 6
Les Normes 8
Résultats et commentaires détaillés 10
Phase 1 : Crise (1ère vague COVID-19) 11
Norme 0 Vécu durant la phase aigüe COVID -19 11
Phase 2 : Stratégie de réponse par rapport à la gestion de cas COVID -19 18
Norme 1 Directives et recommandations fédérales, cantonales et HPCI 18
Norme 2 Gestion des mesures de confinement, de quarantaine et d'isolement 22
Norme 3 Gestion des transferts (admissions, entrées, sorties, hospitalisations) 24
Norme 4 Modalités des visites et sorties en dehors de l'établissement (familles, intervenant-e-s externes) 25
Norme 5 Dignité, accompagnement 28
Norme 6 Communication 31
Norme 7 Ressources humaines 33
Observations/remarques des inspecteur-trice-s 36
Catégorisation des décès 36
Nombre d'établissements qui ont été orientés vers le service HPCI ou vers le PGPA pour un soutien : 36
Particularités architecturales 36
Remarques des établissements 37
Remarques des inspecteurs 38
Appréciation des visites 38
Point de vue des inspecteurs-trices : 38
Conclusion 39

Structure et organisation

Le CIVESS est un service de l'administration cantonale vaudoise rattaché au Département de la santé et de l'action sociale, plus précisément au Secrétariat Général du DSAS. Le-la Chef-fe du DSAS donne les grandes orientations du contrôle et valide les objectifs stratégiques.
Pour assurer une gestion performante de ses activités d'inspection, le CIVESS est organisée comme suit :



Les organigrammes du SG, de la DGS et de la DGCS sont disponibles sur le site internet de l'état de Vaud : www.vd.ch

Méthodologie

Les visites étaient annoncées et les dates convenues avec les établissements. Elles étaient effectuées par deux inspecteur-trice-s.
Une grille créée spécifiquement pour les EMS et les divisions C d'hôpitaux a été utilisée pour réaliser ces visites. Elle a été complétée par les notes de synthèse des inspecteur-trice-s.
A la fin de chaque visite et après un échange avec la direction, l'établissement a reçu la grille complétée le jour même.

La méthodologie des visites est à différencier des modalités d'inspection standard. Les visites ont essentiellement consisté à recueillir de l'information et partager des ressentis avec les résident-e-s et les professionnels présents, avec le risque que l'information transmise soit plus en lien avec un contexte émotionnel qu'une analyse objective du vécu des situations (risque d'approximation et d'imprécision de l'information donnée). Les inspecteur-trice-s du CIVESS n'ont pas cherché à vérifier les informations, à rechercher une congruence entre les éléments récoltés et les écrits comme c'est le cas pour les inspections. Les visites n'ont pas non plus fait l'objet d'un rapport de conformité au standard cantonal.

Néanmoins, le CIVESS a pu observer, quand cela était possible et dans le temps qui lui était imparti, l'accompagnement des résident-e-s, la dynamique générale de l'application des mesures HPCI, les conditions de sécurité mises en place ainsi que l'organisation institutionnelle globale.

Le projet des visites a permis de rencontrer les directions ainsi que les professionnels des différents secteurs : socioculturel, hôtelier, des soins, de l'intendance, de l'entretien technique, pour l'essentiel.

Le CIVESS s'est essentiellement centré sur la méthodologie des entretiens. Il a eu accès aux documents que les institutions souhaitaient partager avec lui. Le CIVESS, par choix méthodologique, n'a pas lu les dossiers des résident-e-s, ni vérifié la traçabilité, contrairement à ce qui est usuellement pratiqué dans le cadre des inspections.

Les visites ont permis au CIVESS d'accompagner bon nombre d'émotions, avec toute l'empathie nécessaire, tout en rappelant les bonnes pratiques et l'application des directives cantonales. L'objectif de ces visites était de soutenir le travail accompli, de rassurer les établissements, de répondre à leurs questionnements, d'accompagner leurs préoccupations dans le respect des directives en vigueur. Les éléments pertinents de gestion de la pandémie ont pu être discutés sur la base des informations récoltées dans le cadre des visites.

Les questionnements et les difficultés recueillies par le CIVESS ont été partagés avec la responsable du Pôle de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé de la DGCS dans l'objectif d'apporter un appui et un soutien supplémentaire lorsque cela était nécessaire.

Afin d'avoir, dès que possible, une vision globale du réseau, l'ambition du CIVESS était de programmer les visites sur un temps relativement court d'environ 5 mois. Finalement, elles ont été effectuées en 7 mois. Le fait de convenir d'une date de visite avec les établissements, pour les ménager durant ce temps de crise ainsi que la période de Noël, ont eu pour effet de sensiblement rallonger le tour (un cycle qui reste très court par rapport à un tour d'inspection standard).
Deux cantons (Fribourg et Genève) ont été intéressés par ce projet. Pour répondre à leurs besoins et avec l'accord de la Cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), nous avons partagé avec eux notre grille des visites.

Pour rappel, les inspecteur-trice-s sont des professionnels expérimentés dans le domaine de la santé ou du travail social. Leur formation de base relève des domaines des soins (infirmier-ère-s, psychologue), de l'action sociale (assistant social, éducateur-trice-s social) et de la diététique ; il-elle-s ont suivi des formations postgrades.

Pour garantir l'indépendance, la neutralité et le professionnalisme de ses interventions, le CIVESS est engagé dans une démarche qualité. Il a obtenu sa première accréditation en 2002, renouvelée à plusieurs reprises par le SAS selon la norme ISO/CEI 17020.

Précaution de lecture :
Le présent rapport n'a pas pour ambition d'expliciter le nombre de décès en EMS ni l'origine des difficultés rencontrées. Il prétend seulement mettre en avant des réflexions partagées et la réalité du vécu selon le point de vue des différentes institutions.

Les Normes

La grille des visites utilisée dès 2020 est constituée de : **8 normes (0 à 7) et 19 critères (50 indicateurs).**
Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'indicateurs est mentionnée sur la grille.
La grille se décline en deux phases :

- *La phase 1 : Crise* (Norme 0)
- *La phase 2 : Stratégie de réponse par rapport à la gestion de cas COVID -19* (Normes 1 à 7)

Phase 1 : Crise (1ère vague COVID-19)

Norme 0 - Vécu durant la phase aigüe COVID -19 (1ère vague)
La sécurité du personnel a été assurée ♦ Les différents partenaires ont été mobilisés ♦ Les directives, recommandations cantonales et fédérales en termes de visites ont été appliquées.

Phase 2 : Stratégie de réponse par rapport à la gestion de cas COVID -19

Norme 1 - Directives et recommandations fédérales, cantonales et HPCI
Les établissements disposent d'un plan de continuité / de protection ♦ Les institutions annoncent, selon les directives, leurs situations COVID -19 sur le portail PHMS, à l'Office du Médecin Cantonal, à l'unité HPCI, ainsi qu'aux partenaires associés (réseau de soins régional…).

Norme 2 - Gestion des mesures de confinement, de quarantaine et d'isolement
Une évaluation clinique du résident est quotidiennement réalisée pour une détection des symptômes du COVID -19 ♦ Les plans d'isolement, de confinement et de déconfinement sont déterminés en tenant compte : des exigences légales, de la bonne compréhension entre confinement et isolement ♦ Isolement forcé en chambre.

Norme 3 - Gestion des transferts (admissions, entrées, sorties, hospitalisations)
La gestion des transferts est organisée selon les directives en vigueur.

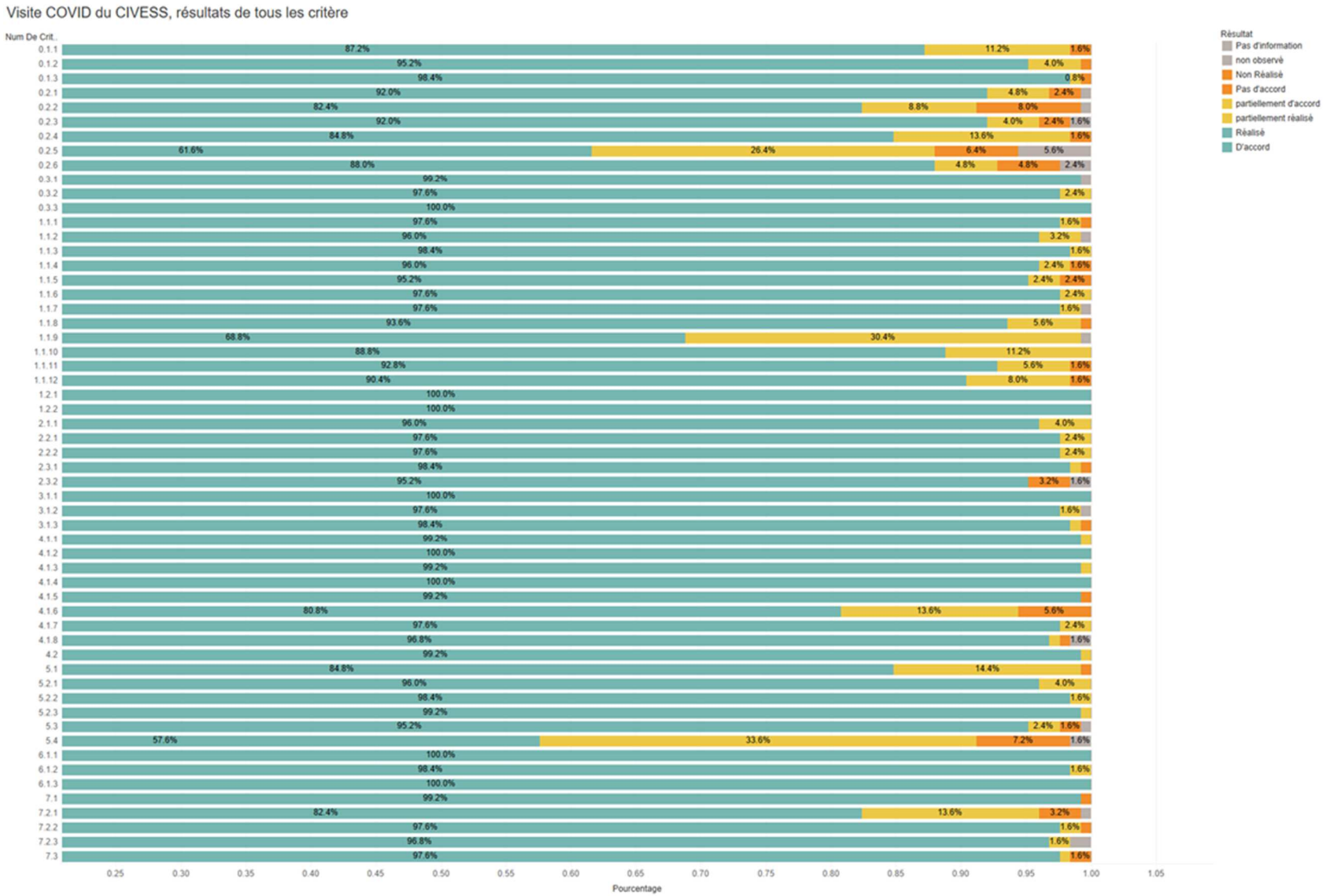
Norme 4 - Modalités des visites et sorties en dehors de l'établissement (familles, intervenant-e-s externes)
Les modalités d'accueil des visites / des intervenant-e-s externes s'effectuent selon les directives / recommandations OFSP et HPCI (plan de continuité) ♦ Des stratégies sont mises en place pour maintenir les visites.

Norme 5 - Dignité, accompagnement
Les directives anticipées du résident sont actualisées ♦ La continuité de l'accompagnement du résident est maintenue ♦ Le soutien psychologique du résident est renforcé selon son besoin ♦ L'établissement mesure le niveau de satisfaction des résidents sur leur qualité de vie durant la pandémie.

Norme 6 - Communication
Une stratégie de communication interne et externe durant les différentes phases pandémiques est élaborée pour: la famille, les proches, le réseau / faîtières / autorités, les intervenant-e-s externes (physiothérapeutes, fournisseurs, coiffeurs…).

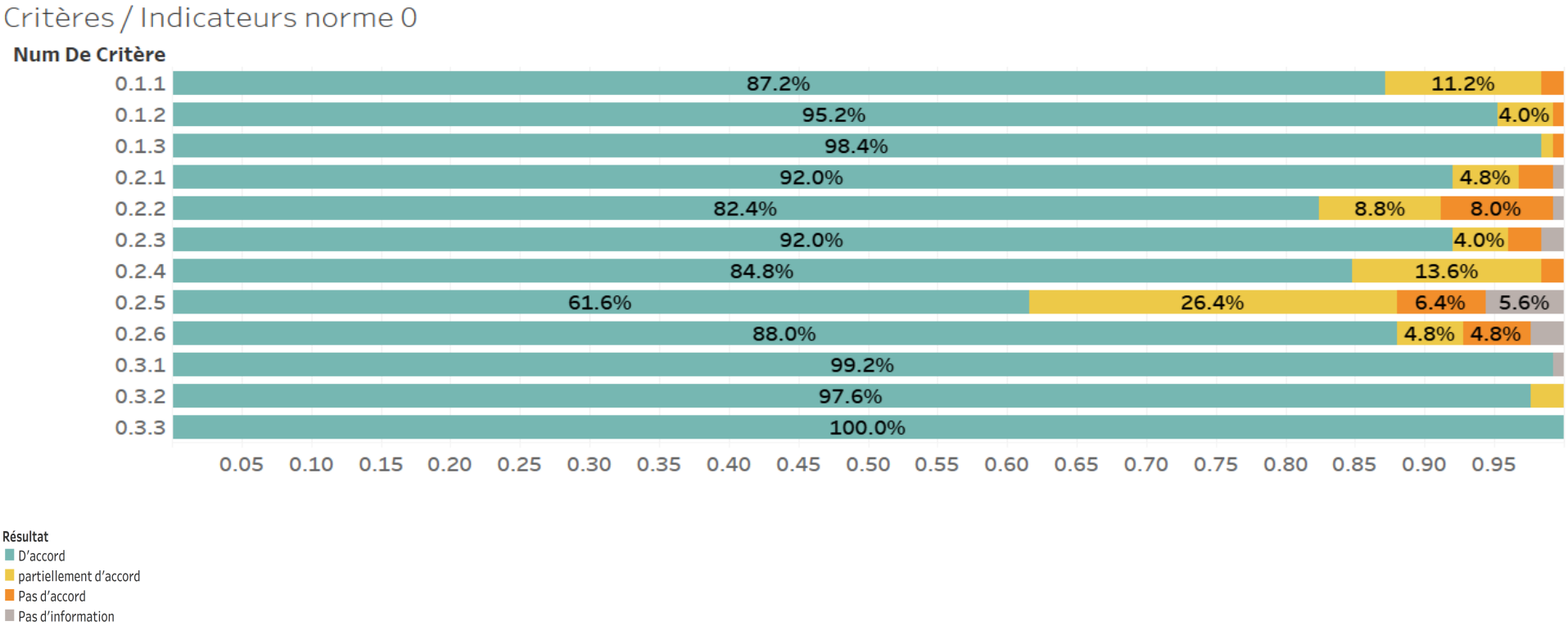
Norme 7 - Ressources humaines
Les modalités de remplacement, de collaboration et de continuité des visites du médecin référent sont assurées ♦ Des stratégies pour répondre à d'éventuelles absences liées au COVID -19 sont mises en place ♦ L'employeur applique l'ensemble des recommandations de l'OFSP concernant les professionnel-le-s vulnérables.

Résultats et commentaires détaillés



Phase 1 : Crise (1ère vague COVID-19)

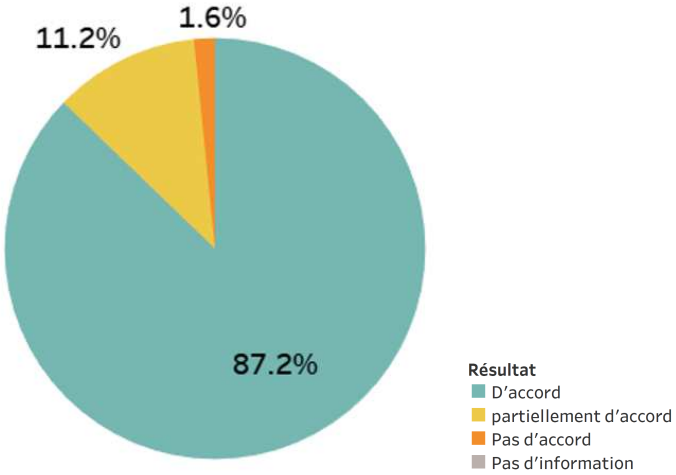
Norme 0 - Vécu durant la phase aigüe COVID -19



Critère 0.1 La sécurité du personnel a été assurée

0.1.1 **Matériel HPCI disponible** (87,2% D'accord)

Dans la grande majorité, les établissements n'ont pas manqué de matériel.
Avec beaucoup de persévérance, ils ont trouvé et partagé leurs canaux d'approvisionnement en réseau (initiatives, proactivité, créativité…). Certaines institutions possédaient déjà un stock avant la pandémie pour répondre à leurs propres besoins.
Malgré cela, quelques établissements nous ont rapporté avoir manqué de masques, de solution hydro alcoolique et de surblouses sur une courte période.
Durant la première vague, de nombreux professionnel-le-s témoignent de la difficulté à porter le masque durant huit heures d'affilée (sentiment d'insécurité quant aux pratiques HPCI Standard). Le matériel a dû être sécurisé et contrôlé pour éviter des « emprunts intempestifs » dans plusieurs établissements.



L'analyse des risques en lien avec la protection a permis :

- De mettre en place des stratégies pour prévenir la propagation du virus au sein de l'établissement (filtrage, désinfection, sectorisation, mesures barrières et contrôle HPCI, …).
- D'avoir un suivi clinique constant pour éviter - le plus tôt possible - les contaminations.
- De développer, renforcer et diffuser une culture HPCI forte (formation continue rigoureuse) en valorisant les bonnes pratiques HPCI de l'ensemble du personnel.

0.1.2 Possibilité de soutien/d'accompagnement psychologique (95.2 % D'accord)

De nombreuses ressources psychologiques ont été mises à la disposition du personnel pour le soutenir et prévenir le sentiment d'anxiété, la fatigue et le burn-out des équipes.
Des actions de soutien telles qu'énumérées ci-après ont permis de rassurer le personnel : la recherche du niveau de satisfaction des collaborateur-trice-s, la présence des cadres sur le terrain, le soutien des médecins, des psychologues, de la médecine du travail, des cliniciens. La qualité de l'information dispensée à l'interne aux équipes a contribué à limiter les problèmes liés à la peur. Réconfortées, les équipes se sentaient ainsi plus en sécurité sur leur lieu de travail.
D'autres ressources de soutien ont été mobilisées à savoir :

- **Créativité au niveau des différents services** (intendances, services techniques, soins, service socio hôtelier, cuisine, animation, etc.) pour répondre aux multiples adaptations générées par la pandémie (aménagement pour recevoir les visites, charriot COVID, sectorisation…)
- Anticipation
- Solidarité d'équipe
- Valorisation du personnel par les directions
- Mobilisation du plus grand nombre de ressources nécessaires à l'interne et à l'externe
- Présence de cliniciens
- Soutien des Fondations
- Taskforce pluridisciplinaire interne
- Testing systématique dès le début de la crise malgré les directives en vigueur
- **Politique de formation HPCI rigoureuse et renforcée déjà avant la pandémie.**

0.1.3 Identification et protection du personnel à risque (98.4 % D'accord)

Le personnel à risque a été identifié et protégé dans son travail (télétravail, transfert du collaborateur à un autre poste moins exposé, arrêt de travail…) à la suite d'une campagne d'information soutenue par les directions. Il nous est apparu, dans quelques rares situations, que du personnel vulnérable ne s'était pas annoncé auprès de la direction (crainte de devoir arrêter de travailler, peur que leur vulnérabilité ne se sache au sein de l'établissement). Il était donc important pour les directions d'apporter une information continue en lien avec la vulnérabilité et la notion de discrétion (surtout dans les équipes où le personnel change régulièrement). Quelques directions ont mentionné le fait que du personnel avait été gravement malade.

Critère 0.2 Les différents partenaires ont été mobilisés

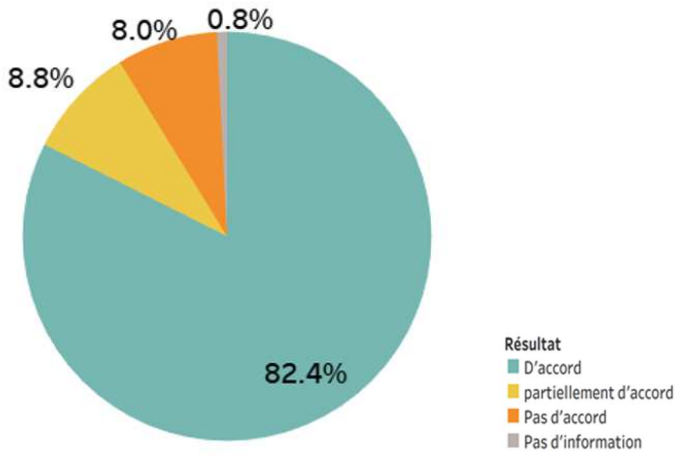
→ *Les différents partenaires ont été mobilisés et leur appui apprécié par la grande majorité des institutions.*

0.2.1 Réseaux santé (92 % D'accord)

Les différents réseaux ont été considérés comme une ressource soutenante et disponible durant la première vague pour la majorité des institutions.

0.2.2 Faîtières (82.4% D'accord)

Plusieurs établissements ont exprimé des difficultés dans leur attente et leur collaboration avec les faitières : difficultés en termes de communication et d'informations trop tardives.



0.2.3 Équipes mobiles (soins palliatifs, EMU, PAA) (92 % D'accord)

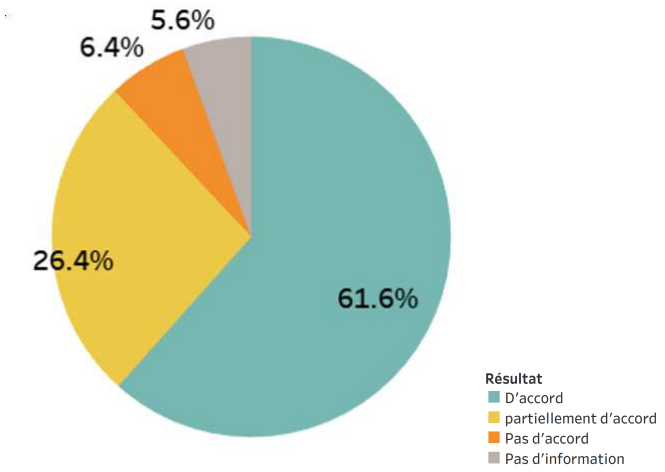
Pour la grande majorité des établissements, leur collaboration a été très appréciée quant à leur disponibilité et leur soutien.

0.2.4 HPCI (84.8 % D'accord)

Les ressources du HPCI cantonal ont été grandement appréciées, en particulier pour leur soutien terrain et la validation des bonnes pratiques.

0.2.5 DGCS, DGS (61.6 % D'accord)

Des établissements se sont exprimés sur l'arrivée de directives le vendredi en fin de journée avec une mise en place dans des délais impartis trop courts. Il a été fait mention que les directives étaient nombreuses et parfois très évolutives sur une période très courte, d'autres pas assez explicites ; les changements pour une même directive auraient pu être plus visibles dans les documents d'importance (corrigé par la suite).
Quelques institutions se sont senties peu soutenues par l'État par rapport à leur déficit financier.



0.2.6 Autres (88 % D'accord)

Les renforts externes ont été très appréciés (civilistes, militaires, étudiant-te-s infirmier-ère-s, etc.). Ils ont parfois demandé de la part des équipes - déjà très sollicitées - une adaptation conséquente pour les accueillir et leur donner un travail compatible avec leurs compétences.
Quelques difficultés ponctuelles ont été exprimées à savoir : barrière de la langue pour certains militaires, tournus important, manque de compétence en lien avec les besoins urgents d'accompagnement, difficultés de coordination avec les renforts de la PC, etc.

Critère 0.3 Les directives, recommandations cantonales et fédérales en termes de visites ont été appliquées

0.3.1 Phase aigüe : visite en fin de vie, cas de rigueur, alternatives mises en place, espaces dédiés (99.2 % D'accord)

0.3.2 Le plan de déconfinement a été respecté : suivi des différentes phases (97,6 % D'accord)

0.3.3 La communication avec les familles et les proches a été assurée (100 % D'accord)

Les informations recueillies montrent que les directives ont été très largement appliquées
Les visites ont été maintenues pour les cas de rigueur et dans le respect des mesures de protection. Le plan de confinement a été respecté et la communication assurée avec les familles et les proches, en utilisant les moyens disponibles : informations régulièrement données, Skype, WhatsApp, courriers, lieux dédiés, etc.

Questions, difficultés, obstacles :

Plusieurs indicateurs de difficulté et de fragilité nous ont été présentés :

- Déséquilibre entre professionnels d'expérience et novices
- Manque de stabilité d'équipe (déjà avant la crise)
- Manque de rigueur dans l'application des précautions standard
- Projet de déménagement institutionnel en cours
- Niveau d'engagement des professionnels en lien avec les motivations et le sentiment de peur
- Décalage entre l'aide externe apportée et les besoins d'accompagnement immédiats, le paradoxe de l'augmentation de la charge de travail et de l'accompagnement en lien avec la diminution des ressources RH pas assez rapidement compensées
- Fonctionnement institutionnel à flux tendu
- Mobilisation de ressources supplémentaires pour l'accompagnement des résidents PAA lorsqu'ils sont en isolement

Quelques établissements s'interrogent sur les synergies qui auraient pu être davantage développées au niveau RH dans le réseau des EMS, par exemple en créant un pool régional afin de soutenir les établissements en situation de crise et nécessitant un renfort RH.
De nombreuses institutions regrettent de ne pas avoir eu accès à une plateforme d'information en lien avec : le partage d'expérience terrain (difficultés-ressources), les outils de travail, les réseaux d'approvisionnement, les bonnes pratiques … pour prévenir le sentiment d'isolement.

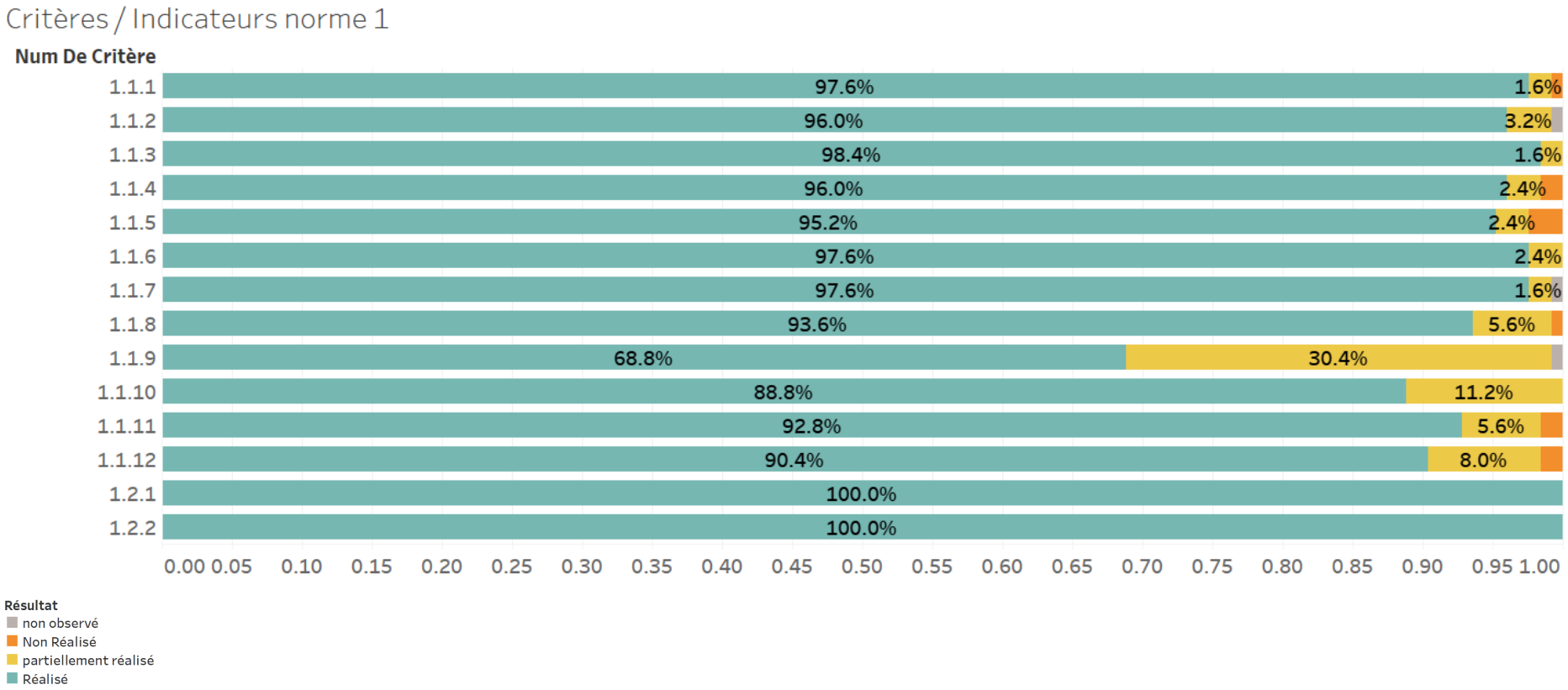
Vécu ressenti général :

Les établissements en crise ont dû gérer de nombreuses difficultés en lien avec l'absentéisme du personnel, l'augmentation des besoins en accompagnement, le nombre de décès élevés et les contraintes liées à l'isolement et au confinement (visites, activités…).
Vécu difficile quant à l'arrêt des visites et à l'obligation d'accueillir des entrées BRIO COVID -19 positifs dans les établissements sans COVID -19.
Plusieurs questionnements ressortent sur la notion d'interdiction d'hospitaliser au début de la pandémie en lien avec la compréhension de certains courriers et la réception des PACK COVID.

Phase 2 : Stratégie de réponse par rapport à la gestion de cas COVID -19

Norme 1 Directives et recommandations fédérales, cantonales et HPCI

Pour cette norme 1, étant donné le nombre important d'indicateurs, nous avons pris le parti de traiter seulement les indicateurs qui nous semblaient les plus significatifs à commenter.



Critère 1.1 - Les établissements disposent d'un plan de continuité et de protection :

1.1.1 Collaboration entre la direction et/ou le médecin référent et les équipes mobiles en vue de décider de l'attitude thérapeutique (97,6% réalisé)

Une excellente collaboration a été accomplie entre les directions des établissements et leurs médecins référents, ainsi qu'avec les équipes mobiles.
Nous avons constaté que les rares fois où les équipes mobiles n'ont pas été sollicitées, cela dépendait :

- Soit du médecin référent, qui souhaitait gérer les situations de santé des résident-e-s lui-même,
- Soit des EMS qui avaient suffisamment de ressources à l'interne et qui ont fait le choix de ne pas faire appel aux équipes mobiles.

Les directions ont également relevé la bonne collaboration avec le médecin référent. Cela a permis de rassurer le personnel par rapport à la pandémie et aux soins à apporter aux résident-e-s atteints par la COVID -19.

1.1.2 Collaboration avec l'unité HPCI cantonale, si nécessaire (96% réalisé)

L'unité HPCI cantonale a été une ressource importante pour les établissements.
Les rares remarques des EMS concernant l'unité HPCI cantonale portaient sur les faits suivants :

- Certains établissements n'avaient plus de répondant HPCI cantonal attitré
- Parfois, les réponses données pour des situations exposées similaires différaient selon l'interlocuteur HPCI qui les renseignait.

1.1.3 Réserves de matériel HPCI pour 3 mois selon les directives du DSAS (98,4% réalisé)

Les établissements ont relevé n'avoir eu aucune difficulté d'approvisionnement dans la seconde vague.
Le stockage des réserves a pu parfois être compliqué selon la disponibilité des espaces et des locaux.

1.1.4 Plan de sectorisation (96% réalisé)

La facilité et la possibilité de sectoriser les espaces dépendaient, en partie, de l'architecture des EMS. Malgré cette contrainte, la majorité des EMS a pu effectuer une sectorisation par étage, par bâtiment ou même scinder un étage en deux.

1.1.6 HPCI : plan de désinfection et entretien des surfaces renforcés (97,6% réalisé)

Il est à souligner **l'importance du secteur de l'intendance durant la pandémie**. Le personnel a fait un travail considérable au niveau des mesures d'hygiène. Il a dû intégrer les nouvelles normes HPCI, s'approprier de nouveaux produits et tout ce qui incombait à la désinfection spécifique à la COVID -19. Au vu du surplus considérable de travail à réaliser, la PC a été parfois sollicitée pour renforcer les équipes de l'intendance.

1.1.9 Les activités de groupe sont organisées selon les directives en vigueur (maintien des distances entre résidents ou port du masque, nombre de personnes, etc.) (68,8% réalisé)

Particulièrement en PAA, il a été difficile, voire impossible, pour le personnel de faire respecter la distanciation et le port du masque durant les activités.
Au sein même des lieux de vie, la plupart des résident-e-s, que ce soit en gériatrie ou en psychiatrie de l'âge avancé, ne portaient pas le masque.
Les activités individuelles ou en plus petits groupes ont donc été priorisées.

1.1.10 Développement d'une stratégie d'enseignement et d'accompagnement des résidents et des familles aux pratiques HPCI (88,8% réalisé)

Tous les EMS ont transmis aux familles et aux proches les informations relatives aux exigences des pratiques HPCI à respecter lors de leurs visites.
Différents outils ont été utilisés comme supports d'enseignement :

- Films didactiques faits soit par HPCI soit par les établissements,
- Affiches montrant les bonnes pratiques des gestes barrière,
- Sites internet, etc.
- Certains établissements ont mis à disposition des masques pour les visiteurs.

L'enseignement des normes HPCI a été un important travail réalisé par les différentes équipes des EMS.

Diverses stratégies ont été mises en place, comme

- L'engagement d'agents de sécurité privés pour effectuer l'apprentissage et la surveillance du respect des mesures ou
- La sollicitation de la PC pour effectuer l'accueil des visiteurs.

Pour les établissements, il a parfois été très ardu de faire comprendre la nécessité des gestes barrière aux familles et proches afin qu'ils soient respectés.

Certaines familles n'ont pas toujours été compliantes. De ce fait, il a fallu au personnel et aux directions beaucoup de tact et de patience afin de maintenir un lien de qualité avec ces dernières.

1.1.11 Formation et supervision de l'ensemble du personnel aux pratiques HPCI (y compris des apprentis) (92,8% réalisé)

Dans la majorité des EMS, la formation HPCI a été donnée à tout le personnel de l'établissement.

Au sein de la plupart des établissements, le respect des gestes barrière, dont le port du masque, n'a pas été aisé à faire respecter, en particulier lors des premiers mois de la pandémie. Un rappel régulier aux équipes concernant les bonnes pratiques a été nécessaire afin d'éviter le relâchement, notamment lors des périodes d'assouplissement des directives.

1.1.12 L'institution dispose d'un référent HPCI (90,4% réalisé)

Quasiment tous les EMS avaient un-e référent-e HPCI voire plusieurs. Certains étaient en formation ou en attente de formation.

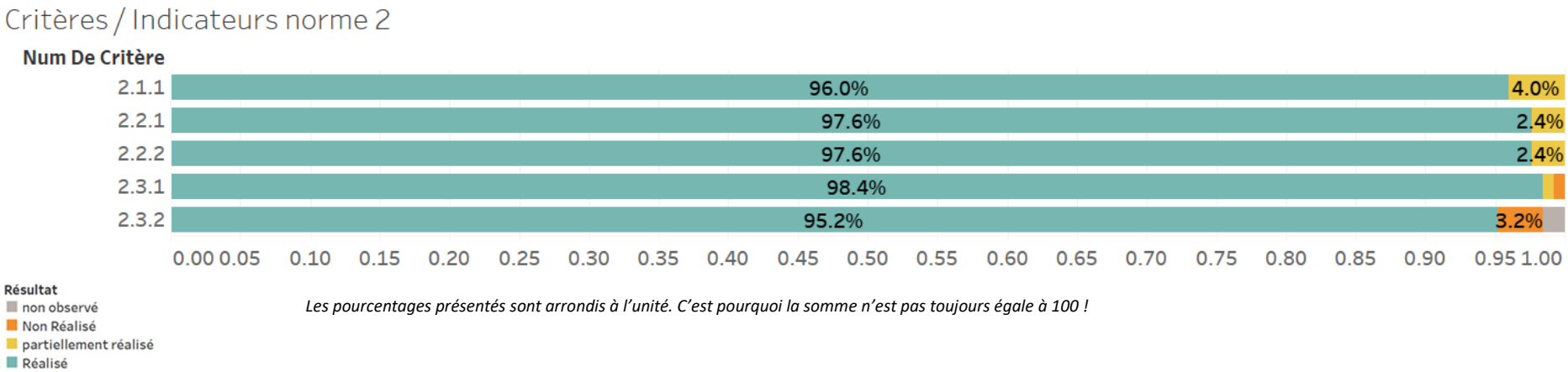
1.2 Les institutions annoncent, selon les directives, leurs situations COVID -19 sur le portail PHMS, à l'Office du Médecin Cantonal, à l'unité HPCI, ainsi qu'au partenaires associés (réseau de soins régional) (100% réalisé)

Nous avons constaté que tous les établissements connaissent les portails d'annonces sans exception.
Les établissements ont relevé

- La lourdeur administrative en lien avec les annonces de cas,
- Les doublons au vu des différents portails à renseigner.

Ils ont toutefois constaté une petite amélioration sur la deuxième vague grâce à une meilleure coordination au sein des divers réseaux.

Norme 2 Gestion des mesures de confinement, de quarantaine et d'isolement



Les pourcentages présentés sont arrondis à l'unité. C'est pourquoi la somme n'est pas toujours égale à 100 !

2.1 Une évaluation clinique du résident est quotidiennement réalisée pour une détection des symptômes du COVID -19 (96% réalisé)

L'approche clinique centrée sur les symptômes et l'attention portée au moindre changement ont permis une très bonne maîtrise des soins, mais aussi une excellente anticipation des éventuelles mesures additionnelles à mettre en place (isolement avec "Gouttelettes", tests PCR, oxygénothérapie, etc.).

2.2 Les plans d'isolement, de confinement et de déconfinement sont déterminés en tenant compte :

2.2.1 Des exigences légales (97.6% réalisé)

Chaque établissement a usé de ses propres stratégies dans l'application des mesures de confinement, de quarantaine et d'isolement, en fonction des ressources et possibilités qu'il pouvait déployer.
Ils ont notamment dû s'adapter et adapter leur méthodologie en fonction de l'architecture et du type de population accueillie (gériatrie ou PAA).
Les établissements ont su répondre avec force et volonté à l'interface entre les exigences attendues et la réalité terrain, en faisant preuve de rigueur, de bon sens ainsi que de beaucoup de créativité.

2.2.2 De la bonne compréhension entre confinement et isolement (97.6% réalisé)

Bien que l'utilisation des termes « confinement, quarantaine, isolement » n'ait pas toujours été comprise du personnel et confusante pour eux, il en ressort que les professionnels ont été capables d'appliquer les mesures en découlant avec justesse.

2.3 Isolement forcé en chambre

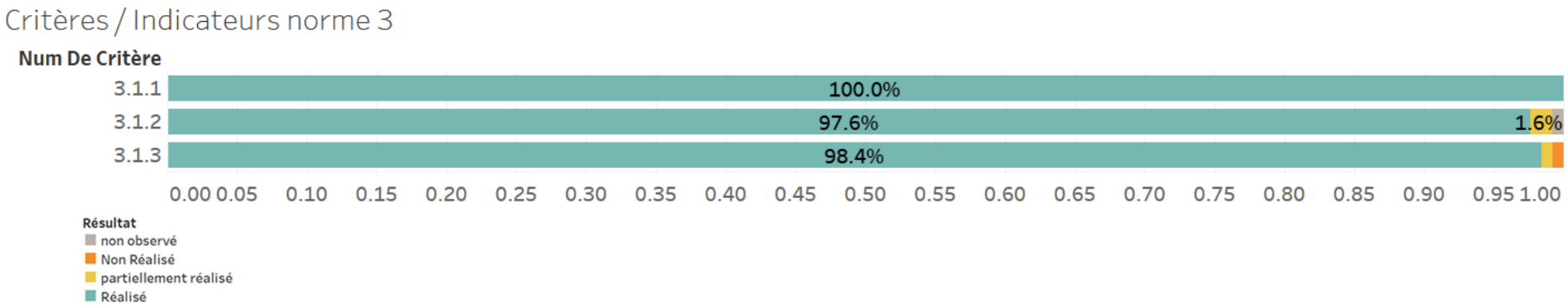
2.3.1 Des mesures alternatives/compensatoires à l'enfermement en chambre sont recherchées et appliquées (98.4% réalisé)

Plus de 98% des établissements ont su trouver des stratégies alternatives à l'enfermement, en déployant des moyens tels que mise en place de tapis alarmes devant les chambres ou en faisant appel à des renforts pour augmenter le niveau d'accompagnement et d'orientation, notamment en PAA. Éviter l'enfermement en chambre a nécessité un investissement très conséquent de la part des équipes interdisciplinaires, beaucoup de créativité et de souplesse.
Les rares établissements ayant dû user de mesures de contrainte (enfermement en chambre, médication), surtout lors de la première vague, nous ont transmis avoir mis en place des mesures compensatoires (présence renforcée en chambre, accompagnement individuel, balades accompagnées, etc…).

2.3.2 Le formulaire mesure de contrainte est utilisé lors d'enfermement (95.2% réalisé)

S'ils avaient eu à mettre en place des mesures de contrainte, **95%** des établissements ont pu nous confirmer qu'ils auraient utilisé le formulaire mesures de contrainte pour les signaler.

Norme 3 Gestion des transferts (admissions, entrées, sorties, hospitalisations)



3.1 La gestion des transferts est organisée selon les directives en vigueur :

3.1.1 Traçabilité (transferts) (100% réalisé)

Les établissements ont suivi les différents transferts des résident-e-s (traçabilité dans le dossier informatisé du résident-DIR). Un point d'attention particulier a été porté lors des retours dans l'institution en restant attentif, les jours suivants, à d'éventuels symptômes potentiellement liés à la COVID -19.

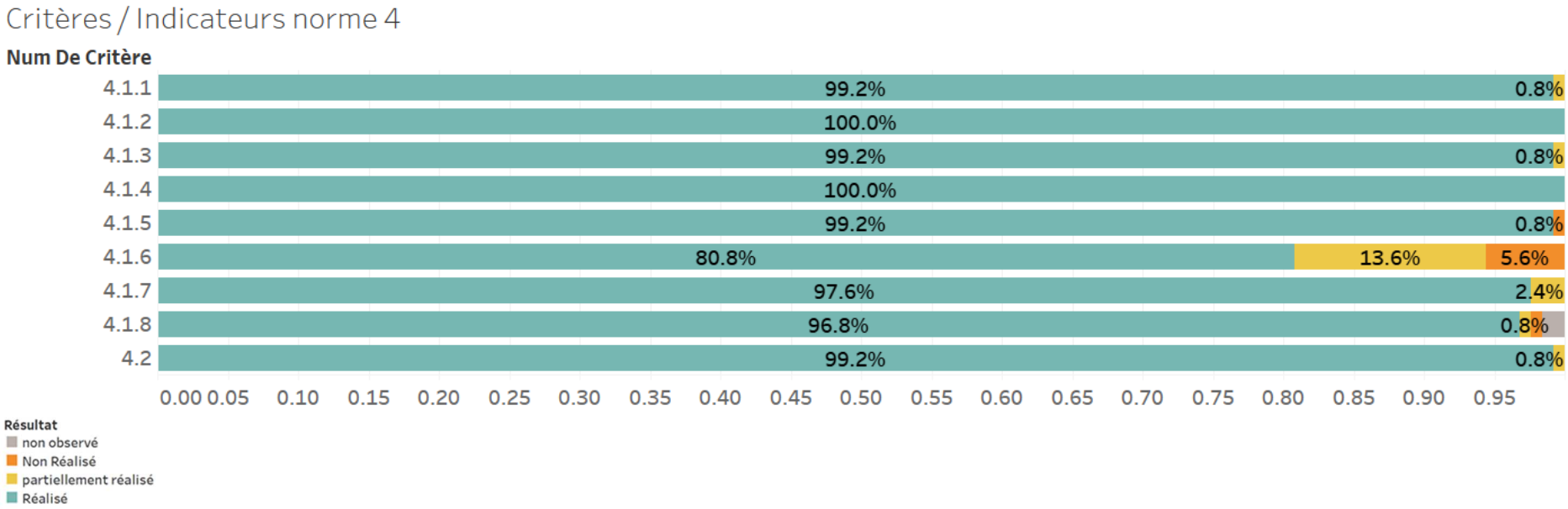
3.1.2 Condition d'admission et d'accueil des résidents (97.6% réalisé)

Une tendance à la surprotection (limitation des visites, mise en place d'isolement/quarantaine systématique lorsque non nécessaire, limitation des interactions, …) a été identifiée lors de nos visites, particulièrement lors d'accueil de nouveaux résident-e-s ou au retour d'hospitalisation.
En lien avec la crainte de contamination, l'augmentation de la charge de travail, la réorganisation globale des locaux (isolement), le contexte psychologique et humain, **une minorité d'établissements se sont montrés peu enclins à accueillir des résident-e-s COVID -19 positifs**.

3.1.3 Hospitalisation, rendez-vous médicaux (98.4% réalisé)

Les rendez-vous médicaux non urgents ont été différés. Des craintes en lien avec le risque de « ramener » le virus dans l'établissement depuis l'hôpital ont été verbalisées.
Des établissements ont relevé la difficulté de collaborer avec certains hôpitaux notamment concernant le Testing avant un retour en EMS et lorsqu'une hospitalisation était préconisée par le médecin référent de l'établissement.

Norme 4 Modalités des visites et sorties en dehors de l'établissement (familles, intervenant-e-s externes)



4.1 Les modalités d'accueil des visites/des intervenant-e-s externes s'effectuent selon les directives/recommandations OFSP et HPCI (plan de continuité) :

4.1.1 **Accueil** (99,2% réalisé)

L'accueil des visites a été majoritairement effectué par des personnes issues des soins ou du socioculturel connaissant bien les résident-e-s ; cela a permis de faciliter l'adhésion des proches et des familles aux mesures de protection.
Certains établissements ont fait le choix d'engager du personnel pour cette tâche.
L'accueil, le contact avec les familles et les proches ont pris beaucoup de temps. Cela a mobilisé des ressources au détriment des activités socioculturelles et de l'accompagnement des résident-e-s.

4.1.2 Identification et traçabilité des personnes externes (100 % réalisé)

L'ensemble des établissements ont élaboré des documents servant à la traçabilité des personnes externes à l'établissement ; ces données ont été conservées selon la directive en vigueur.
Le personnel d'accueil a eu un rôle important au niveau des consignes à donner et des documents de contrôle afin qu'ils soient dûment complétés ; cela a mobilisé des collaborateur-trice-s. La protection civile a pu être une ressource, certains établissements ont même engagé du personnel.

4.1.3 Mesures d'hygiène respectées (port du masque, distance, désinfection) (99,2 % réalisé)

L'ensemble des établissements s'est assuré que les visites ainsi que les intervenant-e-s externes respectent les précautions standards ; ils ont été accompagnés et informés par du personnel qualifié. Un certain nombre d'établissements ont relevé leurs difficultés à faire respecter les règles de distanciation et le port du masque par certaines familles. Celles-ci ont pu manifester des comportements agressifs envers les soignant-e-s et quelques établissements ont dû avoir recours à des rencontres et des courriers d'avertissements ; cette gestion a demandé beaucoup d'énergie aux équipes.

4.1.4 Lieu(x) dédié(s) pour les visites (terrasse, salle,…) (100 % réalisé)

L'ensemble des établissements a démontré une volonté de maintenir un maximum de visites et a fait preuve d'une grande créativité : l'aménagement de locaux conviviaux avec plexiglas, séparation des entrées pour permettre aux résident-e-s de voir leurs visiteurs. Des visites ont également été organisées dans les jardins/parcs des EMS grâce à l'installation de pavillons chauffés à l'extérieur, etc.

4.1.5 Les espaces extérieurs sont privilégiés lorsqu'il en existe (99,2 % réalisé)

Les établissements ont fait preuve de créativité afin de créer ou aménager des espaces extérieurs conviviaux lorsque cela était possible (visites, animations, ballades). Certains établissements ne disposant pas d'extérieurs suffisamment spacieux ont rencontré plus de difficultés à les aménager.

4.1.6 Sorties des résidents en dehors de l'établissement (80,8 % réalisé)

Les établissements se sont adaptés au mieux aux changements des directives cantonales (permissions / interdictions des sorties en dehors de l'établissement). Ces changements ont parfois été compliqués à gérer avec certaines familles (ne comprenant pas toujours l'importance ou le sens des directives). Les établissements ont pris beaucoup de temps pour communiquer aux familles les informations relatives aux sorties (courrier, mail, etc.), ceci afin de répondre aux nombreuses questions, interrogations et incompréhensions. Quelques d'établissements ont remonté que les résident-e-s faisaient preuve de beaucoup de résilience et qu'à l'inverse, certains proches pouvaient transmettre leurs inquiétudes.
Certains établissements nous ont rapporté un questionnement relatif aux départs de résident-e-s en week-end au domicile de leurs proches et l'impossibilité de pouvoir assurer une surveillance du respect des mesures de précaution. Des établissements ont fait le choix de maintenir l'interdiction des sorties (même lorsqu'elles étaient autorisées par le Canton) ; ils avaient trop de crainte de contamination. Des sorties en campagne ou dans les environs proches de l'établissement étaient assurées par le personnel.
L'aspect sécuritaire a parfois été privilégié aux dépens des sorties et des visites à l'extérieur.

4.1.7 Traçabilité des visites (symptômes, identification…) (97,6 % réalisé)

Les établissements se sont assurés d'une traçabilité des visites, un questionnaire a été élaboré pour le suivi, l'identification, les symptômes, etc.

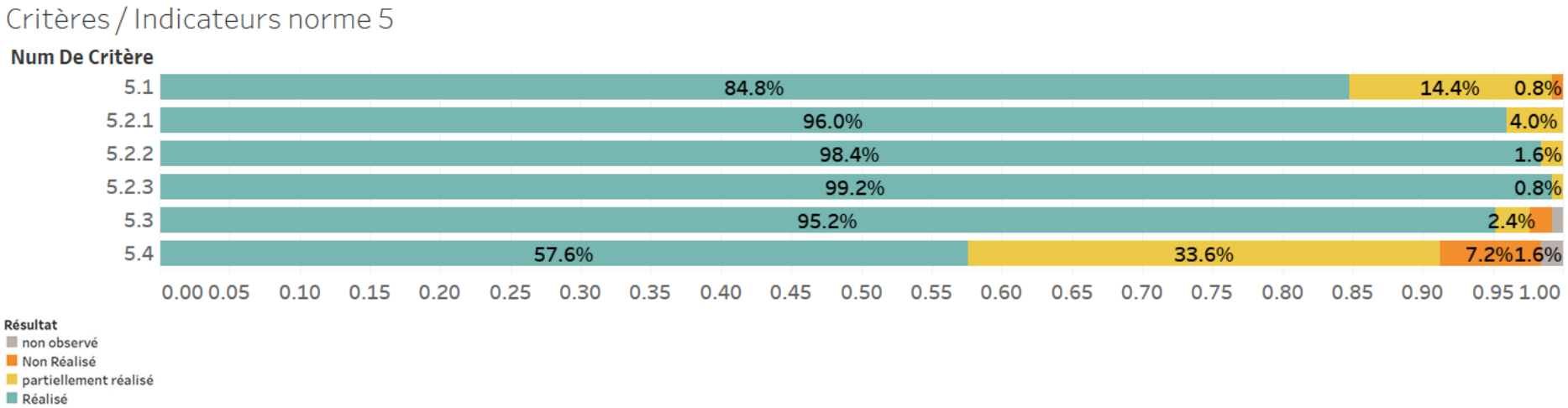
4.1.8 Des journées d'observation, de stage sont possibles moyennant le respect des directives en vigueur (nouveaux résidents, professionnels) (96,8 % réalisé)

Les établissements ont, dans la majorité des cas, continué à accueillir des stagiaires, apprenti-e-s et étudiant-e-s. Un petit nombre d'établissements a maintenu les visites de nouveaux résident-e-s qui ont pu être accompagné-e-s dans le respect des précautions standard ; mais, dans la majorité des cas, ces visites ont été remplacées par des vidéos, Visio, photographies des lieux et des chambres. Certains établissements ont fait le choix de ne plus accueillir de stagiaires faute de personnel en nombre suffisant pour les encadrer.

4.2 Des stratégies sont mises en place pour maintenir les visites (99,2 % réalisé)

Le maintien du lien avec les familles a été une des priorités des établissements. Cela a engendré un investissement important en temps et en ressources ainsi que de l'adaptabilité (modification des horaires, des tâches, etc.). Un accent particulier a été mis pour les cas de rigueur (fin de vie, détresse psychique, syndrome de glissement). De nombreux outils ont été développés pour maintenir et faciliter les liens avec les proches (courriers, Skype, WhatsApp, Face time, casque microphone dans les parloirs, etc.).
Limités par le nombre restreint de locaux disponibles , certains établissements ont rencontré plus de difficultés dans la gestion de l'accueil des visiteurs (nombre de visites par résident-e et par jour, devoir de s'inscrire ou de s'annoncer par téléphone afin de gérer le flux, etc.).
Des établissements ont identifié un réel questionnement éthique concernant la possibilité de suspendre les visites des familles qui ne collaboraient pas. En effet, le maintien de celles-ci en lien avec la mission d'accompagnement était primordial dans un contexte où les résident-e-s ont soufferts du manque de lien avec les proches. À notre connaissance, aucun établissement n'a eu recours à cette mesure, le dialogue ayant été privilégié .
Malgré tout, la plupart des établissements ont apprécié avoir à disposition des directives soutenantes et utilisables lors de la prise de décisions dans ce type de situation.

Norme 5 Dignité, accompagnement



5.1 Les directives anticipées du résident sont actualisées (84,8 % réalisé)

En fonction des établissements, les pratiques ont été différentes, mais dans la majorité des établissements les directives anticipées ont été mises à jour. Des formations ont pu être suivies par certains collaborateur-trice-s. Dans d'autres structures, l'ensemble des résident-e-s et/ou représentant-e-s thérapeutiques ont pu bénéficier d'informations et d'une réévaluation des directives anticipées correspondant aux désirs de fin de vie dans le contexte de la COVID -19. Nous avons pu constater qu'il n'y avait pas toujours une conscience de la particularité de la situation COVID-19 et de la possibilité de se « remettre » de cette maladie. Une minorité d'établissements ont encore de la difficulté à initier une réelle culture des directives anticipées, de les faire évoluer et surtout d'en parler avec les familles.

5.2 La continuité de l'accompagnement du résident est maintenue :

5.2.1 Sur l'axe et la dimension socio culturels (96 % réalisé)

Les établissements ont fait preuve de créativité et d'une grande capacité à réinventer le quotidien.
L'engagement de l'ensemble des équipes a été un moteur pour maintenir les activités socioculturelles. Un grand nombre d'établissements relève que cela a permis de renforcer l'interdisciplinarité.
Dans ce contexte, l'accompagnement en individuel a été grandement développé, laissant place à des actions qui seront pérennisées.
Certaines équipes socioculturelles ont été mobilisées pour venir en soutien aux équipes soignantes. Ceci a eu pour conséquence une diminution de l'offre socioculturelle.

5.2.2 Sur l'axe et la dimension spirituels (98,4 % réalisé)

Lors de la première vague, les intervenant-e-s spirituels ne sont plus intervenus dans les établissements. Certains ont néanmoins essayé de maintenir le lien avec les résident-e-s en utilisant diverses technologies et moyens de communication (Visio, courriers, téléphone, vidéo. etc.). Les équipes, au travers d'échanges en individuel, ont tenté de soutenir les résident-e-s sur le plan spirituel (au sens large) et de répondre à leur besoin (sens de la vie en période de COVID, isolement, etc.).
Le personnel a développé des compétences en interne. Certains établissements ont engagé des intervenant-e-s spirituels (déplorant le manque de soutien au niveau de l'Aumônerie qui a cessé son activité lors de la première vague). Les établissements auraient souhaité plus de créativité et de réactivité de la part des églises pour maintenir cette prestation décrite comme essentielle durant cette période de crise. L'accès à un accompagnement spirituel pour les résident-e-s n'a pas toujours été homogène entre les établissements (certains ayant sollicité plus de ressources que d'autres).

5.2.3 Sur l'axe et la dimension des soins (douleur, escarres, dénutrition) (99,2 % réalisé)

Le suivi du risque de dénutrition et du suivi de la douleur ont été maintenus, le personnel est resté attentif à stimuler les résident-e-s à se mobiliser.
La continuité des interventions des physiothérapeutes a été maintenue lors de la phase aigüe ainsi que tous les suivis spécifiques essentiels (diététique, soins palliatifs, etc.). Certaines fondations ont fait le choix d'engager un physiothérapeute.
Le personnel de la Protection Civile a également réalisé passablement d'accompagnement à la marche.
Dans plusieurs établissements, une formation du personnel socioéducatif et administratif aux soins de base a été réalisée afin d'assurer une possibilité de remplacement. Il nous a été rapporté qu'une péjoration de l'autonomie a été constatée chez de nombreux résident-e-s (perte de mobilité, augmentation des chutes, syndrome de glissement).

5.3 Le soutien psychologique du résident est renforcé selon son besoin (95,2 % réalisé)

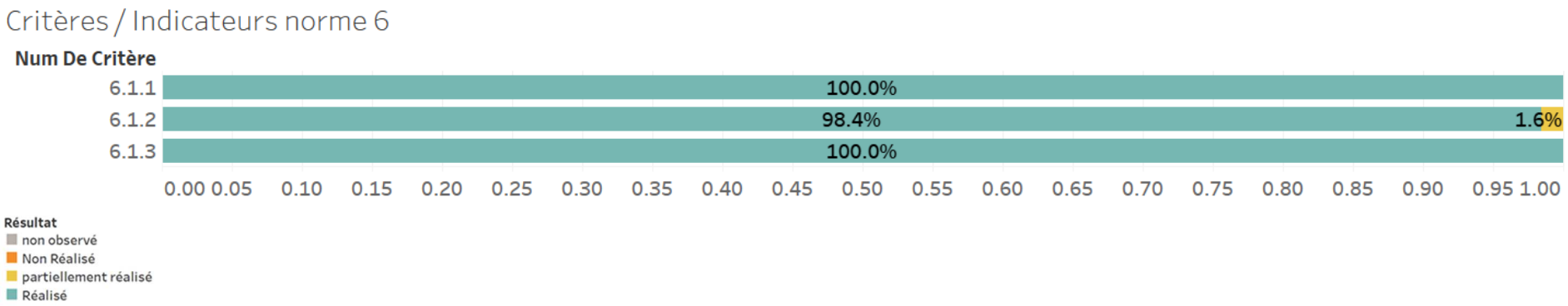
Du soutien a été proposé aux résident-e-s principalement par les médecins psychiatres, psychogériatres ainsi que par les équipes mobiles., après identification de leur besoin.
On constate une utilisation renforcée de l'échelle de dépression pour les résident-e-s. Les équipes (toutes professions confondues) étaient très attentives à la santé psychique des résident-e-s et ont également joué un rôle important pour les soutenir sur le plan psychologique.
La continuité des suivis psychologiques en cours pour les résident-e-s a été assurée.
Les équipes mobiles ont été sollicitées, mais certains établissements y ont eu recours tardivement.
Un grand nombre de résident-e-s avec lesquels nous nous sommes entretenus ont exprimé se sentir en sécurité au sein des établissements.

5.4 L'établissement mesure le niveau de satisfaction des résidents sur leur qualité de vie durant la pandémie (57,6 % réalisé)

Le personnel a montré une grande attention au bien-être des résident-e-s tout au long de la pandémie. Divers supports et outils ont été utilisés pour permettre l'expression des émotions liées à la situation pandémique. Des moments plus réguliers en individuel ou en très petit groupe ont été privilégiés, des « jeux » pour mesurer le niveau de satisfaction et l'état émotionnel des résident-e-s ont été mis en place, etc.

Un faible pourcentage d'établissements a pu élaborer un questionnaire de satisfaction destiné aux proches et aux résident-e-s. Cela n'a pas été la priorité de la majorité, toutefois de nombreux établissements sont en réflexion quant à l'élaboration d'un questionnaire post-crise.

Norme 6 Communication



6.1 Une stratégie de communication interne et externe durant les différentes phases pandémiques est élaborée pour :

6.1.1 La famille, les proches (100% réalisé)

L'importance de renforcer la communication à tous les niveaux a constitué un élément central lors de la gestion de la pandémie.
Anticipation, continuité, transparence, créativité ont été les maîtres mots cités très fréquemment par les directions et le personnel rencontrés lors des visites sur mandat.
La communication avec les familles et les proches des résident-e-s a été fréquente et divers modes ont été utilisés : sms, courrier postal, téléphone, appel vidéo, site internet, gazette. Les familles ont pu suivre les processus de confinement et de déconfinement mis en place dans les EMS. Elles ont reçu:

- Des informations formelles de la part des directions sur les processus engagés.
- Des informations informelles de la part des équipes soignantes pour donner des nouvelles de leurs proches et les rassurer ainsi sur l'état de santé physique et moral des résident-e-s.

Les stratégies de communication déployées ont nécessité de l'engagement et du temps de la part des divers acteur-trice-s institutionnel-le-s pour rassurer les familles des résident-e-s. Pour prévenir de potentielles doléances, une partie de cette l'énergie a été déployée pour accompagner certaines familles insatisfaites ou dans l'incompréhension des mesures appliquées.
Que ce soit lors de la 1ère ou de la 2ème vague, l'aspect communicatif a été fortement investi. *(Cohérence avec le point 0.03)*

6.1.2 Le réseau / faîtières / autorités, etc. (98.4% réalisé)

Bien que la qualité de la communication avec les divers partenaires des directions d'établissements ait été satisfaisante, des requêtes ont été formulées pour en améliorer l'efficience. Il a été relevé :

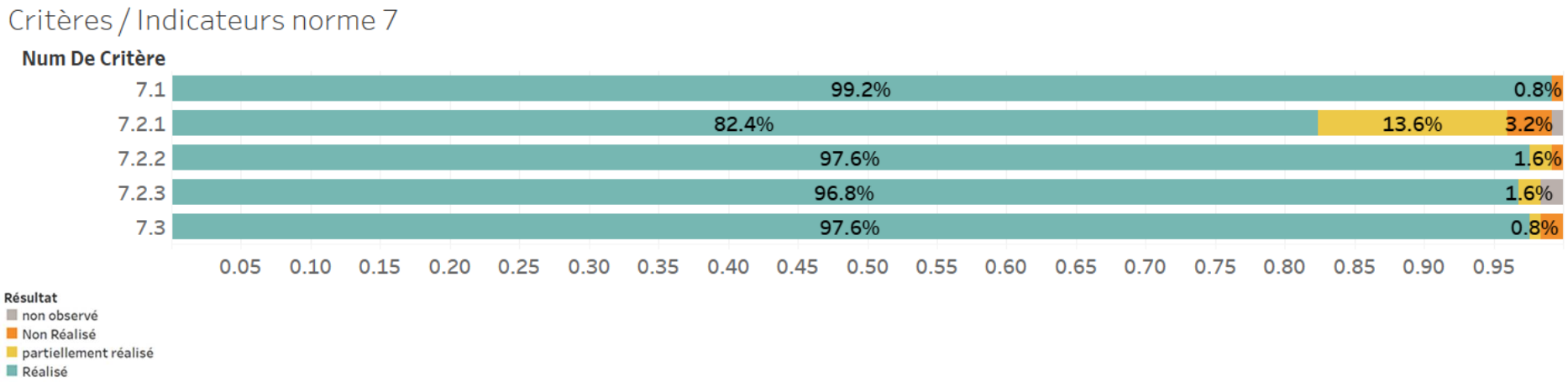
- D'une part la nécessité d'une communication claire entre le canton et les directions d'établissement pour la mise en pratique des diverses directives étatiques, dans un délai raisonnable
- D'autre part, la nécessité que les cadres des EMS traduisent lesdites directives en protocoles compréhensibles à l'ensemble du personnel.

Les directions ont pu aussi formuler leur attente concernant le partage des bonnes pratiques et d'expériences entre les divers acteur-trice-s concerné-e-s par la gestion de la pandémie. Ce partage aurait pu se présenter sous forme de plate-forme d'échange d'idées et d'initiatives innovantes, soutenant ainsi certains établissements plus isolés.

6.1.3 Les intervenant-e-s externes (physiothérapeutes, fournisseurs, coiffeurs, etc.) (100% réalisé)

De manière générale, la communication avec les intervenant-e-s externes s'est essentiellement focalisée sur le relai des recommandations, des consignes HPCI et dans la gestion des flux.
Les fournisseurs n'entraient pas dans les bâtiments ou de manière extrêmement circonscrite, de sorte à éviter tout contact avec les résident-e-s.
Quant aux prestations délivrées auprès des résident-e-s par les intervenant-e-s externes, des consignes claires ont été communiquées de la part des faitières concernées.

Norme 7 Ressources humaines



7.1 Les modalités de remplacement, de collaboration et de continuité des visites du médecin référent sont assurées (99.2% réalisé)

Les médecins référents et leurs remplaçants ont eu un rôle clé dans la gestion de la crise pandémique. L'excellente collaboration avec les équipes soignantes et la direction ainsi que leur l'implication personnelle ont été relevées. Leur disponibilité et leur présence sur le terrain ont permis la continuité de la prise en soins des résident-e-s.

L'intégration du médecin référent à la Task Force institutionnelle a renforcé les orientations stratégiques prises par la direction de l'EMS et a permis d'optimiser les soins prodigués aux résident-e-s, dans le cadre d'un dialogue continu avec le personnel et les familles.

Les médecins référents ont aussi eu un rôle majeur dans l'accompagnement des résident-e-s en fin de vie, en entretenant une proximité avec les équipes soignantes et en étant une personne-ressource.

Dans certaines situations, le médecin référent étant lui-même personne vulnérable ou absent, car impacté pour cause de COVID -19, les interactions ont pu se dérouler sous d'autres formes telles que des appels téléphoniques/vidéo, ou encore être palliées par le médecin co-référent du site, le médecin référent d'un autre site (établissements multisites) ou le médecin de garde.

7.2 Des stratégies pour répondre à d'éventuelles absences liées au COVID -19 sont mises en place :

7.2.1 La taille critique de fonctionnement RH est déterminée avec un plan de remplacement et de renfort (82,4% réalisé)

Tout au long de cette pandémie COVID -19, les directions d'établissements ont été proactives pour anticiper et/ou pallier le manque potentiel en personnel, quel que soit le secteur concerné.
Les établissements multisites ont pu s'appuyer sur des ressources internes disponibles lorsque l'un de leurs établissements était touché par la COVID -19, des pools internes de remplaçant-e-s intersites ont été mis sur pied. Parfois, ils ont pu faire appel à des collaborateur-trice-s retraité-e-s.
Il est aussi à relever la grande disponibilité des collaborateur-trice-s en fonction, qui ont accepté d'augmenter leur horaire, voire de renoncer temporairement à leurs vacances programmées.
L'accent a été mis en priorité sur les ressources internes avant de solliciter l'intervention de professionnel-le-s intérimaires ; en effet, cette démarche imposait une surcharge de travail relative à l'adaptation qu'imposait leur intégration et pouvait constituer un risque d'introduire le virus dans l'établissement.
Des collaborateur-trice-s faisant partie des équipes socioéducatives, ou même parfois de l'administration et de la cuisine, ont pu aussi accorder un soutien à l'accompagnement des bénéficiaires en prodiguant des soins de bases ou en renforçant l'aide aux repas.
Les directions ont établi des priorités et aménagé les horaires de travail des collaborateur-trice-s. Elles ont aussi permis la réalisation des mouvements d'entraide et de soutien :

- En proposant à du personnel frontalier de disposer d'un espace personnel pour y passer la nuit,
- En proposant au personnel étant parent diverses solutions pour faciliter la garde de leurs enfants.

Dans leur plan de continuité, certains établissements n'ont pas chiffré la taille critique du fonctionnement RH ; néanmoins, ils avaient connaissance du seuil critique qui aurait pu mettre en péril leur fonctionnement. Quelques petites structures ont été limitées pour permettre la modification des horaires de leurs employé-e-s, car ceux-ci avaient déjà un taux élevé d'occupation.

Dès la 2ème vague, des inquiétudes ont été exprimées sur

- Le risque de manque de ressources avec le tarissement du personnel disponible proposé par les agences intérimaires.
- La fatigabilité du personnel en place qui avait déjà été fortement sollicité et qui appréhendait la longueur de la pandémie.
- Le personnel fragilisé après des mois de mise sous pression : il est resté en alerte maximum et a modifié sa manière de travailler pour appliquer les différentes directives, les mesures de protection et HPCI.

L'investissement des médecins auprès des équipes a également été un élément clé pour rassurer et informer le personnel par rapport aux angoisses liées à la COVID -19 (supervision, participation aux colloques, disponibilité, présence terrain, etc.).
Pendant cette crise, la solidarité, l'interdisciplinarité, la flexibilité, la disponibilité et l'engagement ont été des valeurs incarnées par les collaborateur-trice-s des établissements visités et évoquées par les directions pour assurer la qualité de l'accompagnement. La gestion de la crise a été l'affaire de toutes et de tous.

7.2.2 **Présence terrain d'un cadre ou d'un remplaçant délégué** (97.6 % réalisé)

Sur l'ensemble des établissements visités, la mobilisation a été conséquente. Selon la taille de l'établissement, des Taskforces ou des cellules de crise ont été créées de manière à coordonner le pilotage de l'EMS, d'énoncer des directives claires et de soutenir les équipes engagées dans l'accompagnement terrain. L'implication des cadres, leur présence et leur accessibilité ont permis de tranquilliser, tant que faire se peut, les équipes en répondant aux diverses interrogations.
Certains cadres présentant des vulnérabilités ont continué à être en lien avec les équipes en visioconférence ou simplement par téléphone.
Dans certains multisites, alors qu'un cadre était touché dans sa santé, le relai a pu être pris par des cadres d'autres sites.

7.2.3 **Renfort de nuit anticipé** (96.8 % réalisé)

Pour répondre à la charge de travail supplémentaire à réaliser par le personnel de nuit, diverses stratégies ont été développées : les horaires de l'équipe de jour ont pu être prolongés en soirée, du personnel de jour a été amené à travailler de nuit, des aides ont été engagées, du personnel de la PC a été mobilisé pour accompagner les résident-e-s nécessitant de déambuler le soir. De plus, les piquets ont été disponibles sur appel et les CMS sont intervenus pour administrer des injections de morphine pour les résident-e-s avec prescription antalgique.
Certains établissements n'ont pas eu besoin d'engager des forces supplémentaires pour assurer le travail de nuit.

7.3 L'employeur applique l'ensemble des recommandations de l'OFSP concernant les professionnel-le-s vulnérables (97.6 % réalisé)

Les directions se sont souciées de protéger leur personnel vulnérable et ont appliqué les recommandations de l'OFSP en la matière. Par l'entremise d'une communication claire des ressources RH et via un management privilégiant la confiance, les employé-e-s fragilisé-e-s ou les collaboratrices enceintes ont pu être identifiés.
Certaines directions n'ont pas attendu d'obtenir un certificat médical attestant de la vulnérabilité du collaborateur-trice pour prendre des mesures de protection telles que

- Le télétravail
- La possibilité d'occuper un poste moins exposé
- La proposition de regagner leur domicile, si des alternatives n'ont pas été possibles.

Pour que le personnel puisse annoncer auprès de sa hiérarchie sa vulnérabilité, un tissu relationnel privilégiant la confiance s'est établi entre le collaborateur-trice et sa hiérarchie, car la délicate question du secret médical a dû être garantie.
Sur la base d'une responsabilité individuelle et collective, le personnel vulnérable s'est largement annoncé auprès des directions.

Observations/remarques des inspecteur-trice-s

Catégorisation des décès

La majeure partie des décès déclarés COVID -19 ont été testés positifs, surtout lors de la seconde vague.
Les directions d'établissements estiment qu'il persiste un doute ainsi qu'un questionnement sur le diagnostic COVID-19, porté pour environ 5 % des résident-e-s annoncé-e-s décédé-e-s COVID-19 positifs. De par leurs comorbidités, les situations de fin de vie préexistantes ainsi que l'état de grande faiblesse et fragilité déjà présents, a rendu la détermination de l'origine des décès difficile. Dans le contexte pandémique des décès, ces personnes ont été déclarées COVID-19 positives.
Questionnement général de plusieurs directions des soins concernant la mortalité due au COVID : « *la Covid-19 est-elle un accélérateur de mortalité sans en être la cause ou en est-elle la cause directe ?* ».

Nombre d'établissements qui ont été orientés vers le service HPCI ou vers le PGPA pour un soutien :

Le CIVESS a proposé à **9 établissements** une prise de contact avec ces deux partenaires. Les sujets étaient les suivants : besoin de renfort HPCI, questions sur le cahier des charges des médecins référents, risque de fatigabilité des équipes, ressources RH et inquiétudes au niveau financier.

Particularités architecturales

Il a été constaté que l'architecture a été un des éléments centraux dans la gestion de la pandémie. Elle a tantôt été vécue comme un réel atout ou à contrario comme un obstacle important.

- **Ressources**
  - Les établissements ayant eu la possibilité de moduler leurs espaces facilement, en ont clairement reconnu le bénéfice et la plus-value.
  - La possibilité d'utiliser les espaces extérieurs (jardins, balcons, terrasses, etc.) durant les périodes de confinement a été un réel atout pour les établissements ayant pu en profiter.
- **Obstacles**
  - La mise en place de flux de circulation n'a pas toujours été possible (lieux trop étroits, un seul ascenseur, etc.).
  - Pour les établissements disposant uniquement de chambres doubles, il a parfois été impossible de créer des chambres individuelles pour l'isolement.
  - D'autres structures ont créé des chambres d'isolement provisoires dans des espaces initialement dédiés à d'autres activités, comme des locaux d'animation par exemple.
  - L'architecture des établissements a également eu un fort impact sur les possibilités de mise en œuvre des mesures de distanciation, par ex. lors de réaménagement des espaces communautaires tels que les salles à manger, les salles d'animation et les salons.
  - Le partage des salles de bains présente un risque important de contamination croisée. De ce fait, certains lieux ont pris le parti d'utiliser des chaises percées individuelles disposées dans les chambres des résident-e-s pour limiter ce risque.

- **Ressentis/constats**
  - L'architecture a joué un rôle important concernant les possibilités de mettre en place les mesures de protection, notamment en matière de confinement, d'isolement et de quarantaine (comme le nombre de chambres doubles ou la possibilité de fermer des « couloirs » ou « services »).
  - Le choix de sectoriser par étage ou de créer des unités COVID -19 dépend, entre autres, des possibilités architecturales de chaque établissement.
  - Parfois, le choix a été fait au niveau des admissions - de conserver quelques lits vides - afin de pouvoir mettre facilement en place des isolements ou d'accueillir de manière plus aisée de nouveaux-nouvelles résident-e-s.
  - La conception de certains bâtiments Minergie - dotés de fenêtres difficilement ouvrables - a été un obstacle non négligeable dans l'aération des pièces en période pandémique.

Remarques des établissements

- **Ressources**
  - Chaque collaborateur-trice a été un élément central et indispensable dans la gestion de cette crise. L'interdisciplinarité tant prônée dans les équipes a été essentielle. En effet, chaque professionnel-le s'est adapté-e à la situation en investissant des activités qui ne faisaient pas partie de son champ de compétence (ex. : l'équipe socioculturelle a fait des soins de base, les soignants se sont investis dans l'accompagnement individuel, l'intendance s'est montrée disponible pour la distribution des repas, les secrétaires ont géré l'accueil des familles). En ce sens, une reconnaissance de l'implication de tous les corps de métier a été primordiale.
  - Bien que la période pandémique ait généré de fortes angoisses, l'EMS est vécu (par passablement de collaborateur-trice-s) comme un « cocon », un endroit sécuritaire.
- **Obstacles / Préoccupations majeures**
  - La plupart des directions a formulé une inquiétude globale concernant les aspects financiers (baisse du taux d'activité et augmentation des besoins en ressources humaines).
  - Passablement de craintes ont été exprimées au sujet des EMS. Le taux d'occupation a drastiquement baissé, en lien avec les multiples décès survenus lors des différentes vagues. Parfois, plus de la moitié des résident-e-s sont décédé-e-s dans un seul établissement. Les directions ont exprimé leur difficulté à retrouver un taux d'occupation convenable et leur crainte de devoir licencier du personnel.
- **Ressentis/constats**
  - Un grand nombre d'établissements souhaiterait voir émerger une plateforme cantonale d'échange et de mutualisation des bonnes pratiques qui permettrait des échanges rapides, efficaces et efficients.
  - Certains établissements ont émis l'idée de mettre en place des zones d'accueil « tampon ». Celles-ci permettant de centraliser les résidents post-hospitalisation et nécessitant un isolement/quarantaine. Le but aurait été de garantir une sécurité supérieure pour les établissements de la région n'étant pas touchés par la COVID -19 et accueillant de nouvelles admissions.

Remarques des inspecteurs

Les EMS sont dans une dynamique préventive et créative pour diminuer les risques de pandémie avec une conscience élevée au sujet de la protection des résident-e-s.
Un des enjeux centraux est de trouver l'équilibre entre le maintien des mesures sécuritaires et la poursuite de l'accompagnement socioculturel pour que la « vie » se poursuive.
Un investissement personnel colossal de la part du personnel a été consenti dans la vie privée afin de garantir l'application des mesures de protection et des gestes barrière : port du masque, distanciation, désinfection effectuée avec beaucoup de rigueur, report des vacances à l'étranger, limitation des contacts sociaux, etc.

Appréciation des visites

- **Ressources**
  - Les visites ont été appréciées et effectuées dans un climat constructif et collégial. La majorité des établissements affirme que ces visites étaient chargées de sens. C'était l'opportunité de, rétrospectivement, pouvoir faire le bilan de ce qu'ils avaient mis en place et de la manière dont ils géraient la crise. Ces moments d'introspection ont permis aux EMS de performer leur système et de délivrer un message positif et encourageant aux équipes pour l'effort accompli.
  - Les visites ont également été perçues, par une partie des directions et des collaborateur-trice-s, comme un moyen de pouvoir déposer, transmettre leur expérience à l'État.
  - Elles ont également été vécues, par certains EMS, comme une autre manière, pour l'État, par le biais du CIVESS , de prendre soin des établissements, de recueillir leur ressenti, de les soutenir dans l'application des mesures HPCI et reconnaitre, valoriser leurs pratiques dans un contexte hors norme.
  - La forme des visites était adéquate.
  - Les établissements ont vivement remercié le CIVESS pour ces moments de partage, empreints d'empathie et vécus comme un réel soutien.
- **Questionnements, difficultés :**

Pour une infime minorité d'établissements, l'annonce de la visite du CIVESS a généré, au sein des directions et des équipes, un certain stress.
Des établissements se questionnent sur ce que vont devenir les données récoltées et s'ils pourront avoir accès au bilan.

Point de vue des inspecteur-trice-s :

Les inspecteur-trice-s ont vécu des journées intenses, constructives et marquées par de riches échanges.
À la suite de ces visites, différentes actions/pistes de réflexion ont pu être mises en place afin de renforcer l'accompagnement, les gestes barrière ou encore les mesures HPCI.
Les établissements ont réservé un très bel accueil au CIVESS. Les directions et le personnel ont fait preuve d'une grande disponibilité et ont été avides de partage.

Conclusion

En préambule de la phase conclusive, il convient d'attirer l'attention du lecteur sur les limites de ce travail et sur un risque de biais qui ne peut être totalement écarté : les chiffres présentés reflètent une réalité construite à partir des observations empiriques et des discussions avec les directions d'établissements et le personnel.

- 49 critères et/ou indicateurs sur 57 ont été réalisés par plus de 85% des établissements.
- Ces excellents résultats démontrent le travail conséquent effectué dans les institutions.

Toutefois, il est important de ne pas minimiser le vécu potentiellement violent et éprouvant partagé par un grand nombre d'EMS au cours des différentes vagues.

L'effort considérable consenti par les directions ainsi que par les collaborateur-trice-s dans la gestion institutionnelle de la pandémie est à relever :

- Interdisciplinarité renforcée, solidarité accrue et investissement exceptionnel de chacun.
- L'anticipation et l'innovation auront permis de développer des moyens de prévention, de protection et d'accompagnement hors norme tout au long de la crise.
- Les différentes directives auront été questionnées et appliquées avec rigueur, efficacité et bon sens (cas de rigueur).
- Le courage, la dignité et la résilience dont ont fait preuve les résidents sont à saluer.

Lors de la gestion de la première vague pandémique, les établissements ont eu de nombreuses difficultés à gérer, dont notamment l'absentéisme du personnel, un nombre de décès plus élevé qu'à l'ordinaire ainsi que l'augmentation des besoins en accompagnement et des contraintes liées à l'isolement et au confinement.

Constats lors de la première vague :

- Dans la grande majorité des cas, les établissements n'ont pas manqué de matériel sur une trop longue durée, une fois passée la phase de crise initiale. On peut souligner, que c'est grâce à un effort considérable, à leur anticipation, leur créativité, l'investissement financier et leur persévérance qu'il ont pu obtenir du matériel.
- Il est à relever l'importance d'une politique cantonale de formation HPCI rigoureuse et durablement maintenue, dans le cadre de la gestion d'une crise pandémique.
- Les différents partenaires du réseau ont été largement mobilisés et leurs divers appuis ont été appréciés par la grande majorité des structures.
- Malgré un nombre conséquent et une fréquence élevée de renouvellements, on peut souligner que les directives cantonales ont été très largement appliquées.
- On notera néanmoins qu'une partie des établissements s'interroge sur de meilleures synergies qui auraient pu être développées en matière de ressources humaines dans le réseau des EMS ou concernant l'élaboration d'une plate-forme permettant un partage rapide de bonnes pratiques.

D'une manière générale, et ce, tout au long des différentes vagues, il est à relever que :

- **En ce qui concerne la gestion des mesures de confinement**, de quarantaine et d'isolement, les établissements ont su répondre à la complexité induite par les exigences attendues d'une part et à la réalité de terrain d'autre part.
  - Pour cela, ils ont fait preuve de rigueur, de bon sens et de beaucoup de créativité.
  - Ainsi, plus de 98 % des établissements ont su trouver des stratégies alternatives à l'enfermement.
  - On relèvera néanmoins une certaine tendance à la surprotection de la population hébergée (limitation du nombre de visites, isolement ou quarantaine systématique, limitation des interactions, etc.).
  - De même, en lien avec la crainte de contamination, une minorité d'établissements s'est montrée peu encline à accueillir des résident-e-s COVID positifs.

- **Dans ce contexte, l'architecture des bâtiments** a joué un rôle important, étant tantôt vécue comme un réel atout ou, à contrario, comme un obstacle important
  - De même, la possibilité d'utiliser les espaces extérieurs a permis de créer des zones de distanciation plus sécures.
  - Il nous a été également transmis que la conception de certains bâtiments au label Minergie, dotés de fenêtres à ouverture restreinte, pouvait être une contrainte non négligeable dans l'aération des pièces.

- **Sur le plan de la communication et des ressources humaines**,
  - Les maîtres-mots cités par les directions et le personnel rencontrés sont créativité, solidarité, continuité et transparence.
  - Des stratégies de communication ont été mises en place afin de permettre aux familles de maintenir un lien avec leurs proches, d'être rassurées sur leur état physique et moral, ainsi que de suivre les processus de confinement et de déconfinement.
  - Même si de manière générale la qualité de ces mesures a été satisfaisante, un certain nombre de requêtes ont été formulées par les familles pour en améliorer l'efficience.

- **Les médecins référents ont joué un rôle-clé** dans la gestion de la crise, notamment en maintenant une excellente collaboration avec les soignants et la direction, lesquels ont relevé la qualité de leur implication.

- **Pour leur part, les directions d'établissement** ont fait preuve d'une importante productivité afin de pouvoir anticiper ou pallier le manque de personnel dans tous les secteurs.
  - Quelle que soit la taille des établissements visités, la mobilisation a été très conséquente,
  - La création de cellules de crise internes a permis de piloter l'EMS de manière plus efficiente et plus réactive en énonçant des directives claires et en soutenant les équipes sur le terrain.
  - L'implication des cadres et leur accessibilité ont permis de rassurer les équipes.
  - Parallèlement à ça, les directions se sont souciées de protéger leur personnel vulnérable et ont appliqué les recommandations de l'OFSP en la matière, identifiant et accompagnant les employés concernés ou les collaboratrices enceintes.

En résumé, l'interdisciplinarité, la flexibilité, l'engagement de l'ensemble des collaborateur-trice-s et des directions ont permis d'assurer la qualité de l'accompagnement.

Durant la seconde vague, le CIVESS a également eu la responsabilité de collecter des informations relatives à la catégorisation des décès survenus dans les EMS.

- La collecte de ces informations ne fut pas aisée, notamment en lien avec
  - L'absence du médecin-référent lors de la visite du CIVESS ou encore
  - L'approximation de certaines informations transmises.

  Néanmoins, ce sont toujours les médecins-référents qui ont porté la responsabilité de catégoriser les décès.
- Selon les informations transmises par les directions,
  - La très large majorité des personnes décédées - annoncées comme positives - avaient fait l'objet d'un test,
  - À l'exception de la période, durant laquelle, les directives cantonales enjoignaient de ne plus effectuer de tests systématiques lors de la présence de trois cas certifiés ou plus.
- De manière synthétique, il est possible d'affirmer que les établissements ont été attentifs à catégoriser les causes de décès de leurs résident-e-s de manière pertinente en faisant notamment le tri entre l'impact du COVID et les comorbidités préexistantes.

In fine, la mise sur pied de ce dispositif particulier de « visites COVID » a permis,

- D'une part, d'accompagner les établissements
  - dans la mise en place des mesures particulières liées à la gestion de la pandémie, ainsi que
  - dans la compréhension et la diffusion des différentes directives cantonales,
  - mais également, de les soutenir et de renforcer un sentiment de proximité par la présence sur le terrain des inspecteur-trice-s du CIVESS .
- D'autre part, cette organisation a permis à la direction du département
  - D'avoir des informations concrètes et pragmatiques de la réalité quotidienne des EMS et de contribuer ainsi à renforcer le sentiment de solidarité cantonal durant cette période particulièrement délicate.